

## CARTA AL DIRECTOR

### Impacto de la formación en diabetes e hipertensión arterial en enfermedad renal crónica. Factores determinantes de la pérdida de función renal



### Impact of training in diabetes and hypertension in chronic kidney disease: Determinants of renal function loss

Ante todo, hay que felicitar a los autores Lahera-García et al. por el artículo publicado en la revista SEMERGEN «Impacto de la formación en pacientes con diabetes o hipertensión para la prevención de la enfermedad renal y cardiovascular en el ámbito de Atención Primaria»<sup>1</sup>. Escribo esta carta al editor de la citada revista como comentario a su artículo, desde la crítica más modesta, al fondo de este artículo, que no a la metodología aplicada, que me parece muy correcta. Mi observación tiene que ver con la utilización como variable de resultado de las cifras de presión arterial y, sobre todo, las cifras de filtrado glomerular.

La clasificación y medición de la presión arterial siguiendo las guías ESC/ESH está bien aplicada, si bien es de todos conocida la limitación en la medición en la consulta, mejorable con AMPA y MAPA<sup>2</sup>.

La definición de enfermedad renal crónica (ERC) no es exclusiva de la cifra de filtrado glomerular: no se considera ERC si el filtrado es mayor de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, según las guías KDIGO, de uso generalizado en nuestro país, que la clasifican en 6 categorías (1, 2, 3a, 3b, 4 y 5)<sup>3</sup>, teniendo en cuenta que la hipertensión arterial y la diabetes mellitus son factores de riesgo de desarrollo, riesgo de inicio, riesgo de progresión y riesgo de evolución a terapia sustitutiva renal, como claramente se puede seguir en el último consenso español al respecto<sup>4</sup>.

También siguiendo a ambas recomendaciones podemos reconocer que la pérdida de función renal en forma de filtrado es inherente a la edad a partir de los 45 años, con disminuciones de aproximadamente 1 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> por año. El sexo es una variable también que tener en cuenta en la distribución de la cohorte, así como el resto de las comorbilidades que condicionan el riesgo cardiovascular y desarrollo

de ERC (dislipidemia, obesidad, tabaquismo, enfermedades autoinmunes, enfermedades infecciosas, daño renal agudo, antecedentes de nefropatía familiar, enfermedad obstructiva urológica, consumo de fármacos).

Precisamente en esta línea es claro que los fármacos que los pacientes tomaban para la hipertensión arterial y la diabetes deben estar presentes en el resumen pues al menos 3 de los más utilizados (IECA, ARA II e isglT2) pueden disminuir el filtrado desde el principio (paciente bien controlado con caída del filtrado).

Por último, se echa en falta la utilización de los datos de proteinuria y, por tanto, la definición de ERC por cociente alterado de albúmina/creatinina. Desconocemos este dato, que debería estar presente, pues la clasificación de ERC parte del filtrado, alteración estructural del riñón o proteinuria, según las distintas guías. También es interesante el análisis de los criterios de progresión en la ERC por filtrado o proteinuria.

Por tanto, aunque el trabajo de estos autores es excelente y todo lo que sea favorecer la educación multidisciplinar (incluyendo al farmacéutico) individual o grupal del paciente y la familia produce resultados en salud claros y positivos, probablemente a través de la mejora de la adherencia, no debería concluir el estudio que esto mejora la función renal, al menos, de la forma en la que los autores lo han utilizado.

## Bibliografía

1. Lahera-García AM, Cano-Jimenez A, Lahera- Julia V, García-Vallejo O. Impacto de la formación en pacientes con diabetes y/o hipertensión para la prevención de la enfermedad renal y cardiovascular en el ámbito de Atención Primaria. *Semerger*. 2022;48:235–44. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359321003464>.
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei GA, Azizi Met, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72, 160.e1-e78. <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-esh-2018-sobre-el-articulo-S0300893218306791>.
3. KDIGO 2021 Clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl*. 2021;99:S1–87 [consultado 19 Mayo 2022] Disponible en: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2016/10/KDIGO-2021-BP-GL.pdf>.

4. Garcia-Maset R, Bover J, Segura de la Morena J, Goicoechea-Diezhandino M, Cebollada del hoyo J, Eacalada-San Martin J, et al. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrología [Internet]. 2021 [consultado 19 Mayo 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699521001612?via%3Dihub>

M.Á. María Tablado

*Consultorio Local Perales de Tajuña, Perales de Tajuña, Madrid, España*

Correo electrónico: [docencialosfresnos@hotmail.com](mailto:docencialosfresnos@hotmail.com)