

Riesgos y enfermedad renal crónica. Peligros del mal uso de una buena clasificación

Risks and chronic kidney diseases. Dangers of misusing a good classification

Carlos Genaro Gutiérrez Gutiérrez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8963-2703>

Beatriz Torres Rodríguez² <https://orcid.org/0000-0003-2390-1760>

¹ Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

² Centro de Estudios Sociodemográficos de la Universidad de La Habana (CEDEM). La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: carlosgutierrezdoble@gmail.com

Recibido: 26/01/2024

Aceptado: 08/02/2024

Las personas mayores aman las cifras.

El Principito, Saint-Exupéry

La tabla de clasificación de la enfermedad renal crónica, basada en el filtrado glomerular (FG), la albuminuria y el riesgo de eventos adversos, sin lugar a dudas, es una buena clasificación.⁽¹⁾ En la actualidad, la utilizan los nefrólogos, médicos de la familia, cardiólogos, endocrinólogos, internistas y otros, incluidos los pacientes y familiares, pero en muchas ocasiones no es bien empleada. Las

respuestas a las interrogantes que se reflejan a continuación están publicadas ampliamente y deben ser del dominio de todos los que emplean esta clasificación. Su desconocimiento conduce a iatrogenias.

La determinación de la creatinina plasmática es muy importante, pero: ¿se cumplieron las condiciones preanalíticas, por ejemplo, el grado de hidratación de la persona? ¿existen interferencias de numerosas sustancias o condiciones? ¿es una persona con un hábito corporal extremo? ¿es IDMS (espectrometría de masas por dilución isotópica) trazable, y si no lo es, se estandarizó?

La cifra de la creatinina no estándar es más elevada por la existencia de cromógenos y esto influye en el filtrado glomerular (FG) calculado, con una diferencia no despreciable en los primeros estadios de ERC. Para adecuar las determinaciones no estandarizadas, puede emplearse la fórmula CALCRE, adaptada a las características de la región, como se recomienda al utilizarlas.^(1,2)

El FG ¿es medido con administración de sustancias externas? ¿o es calculado a partir de las cifras de creatinina sérica con diferentes fórmulas? A su vez ¿estarán adecuadas a la región, edad, hábito corporal muscular y hábitos dietéticos? El mestizaje de las poblaciones es una realidad, la raza es un constructo social y no biológico, y deben eliminarse de las fórmulas para calcular el FG. Sorprende la clarividencia de José Martí cuando dijo “[...] en el negro no hay culpa aborigen ni virus que lo inhabilite para desenvolver toda su alma de hombre”.⁽³⁾

En relación con la albuminuria ¿se hizo el cálculo del índice albúmina creatinina (IAC) en la orina o solo se determinó la albúmina? En este último caso, las influencias del volumen de diuresis, que no ocurren al calcular el IAC, influyen al brindar valores más bajos en la orina diluida y, viceversa, cuando está concentrada. El IAC es más exacto, pero también puede brindar resultados falsamente elevados, por ejemplo, cuando la creatinuria disminuye, por daño renal o por disminución de la masa muscular ¿evoluciona? una sola cifra elevada, no es sinónimo de daño

renal ¿Cambiará el riesgo en los estadios 3a y 3b, con un IAC normal, en la enfermedad renal diabética del fenotipo sin proteinuria?

Deben interpretarse los análisis de laboratorio en el contexto de la ERC. En la persona mayor, el cálculo del FG puede ser tan necesario como impreciso. Se recomiendan las fórmulas MDRD y CKD-EPI, pero aún no existe un consenso sobre cuál es la mejor, incluso hay más incertidumbre en la utilización de estas ecuaciones en los mayores de 85 años.^(1,4,5,6)

En la práctica diaria, no resulta infrecuente esta situación: El médico toma su teléfono, calcula el FG y le dice que tiene una ERC estadio 3. El paciente pregunta cuántos estadios son. Cinco, le responde. El paciente, sin reponerse de la noticia, piensa que está casi al final.

¿Qué certeza existe de que está en ese estadio? ¿Se le comunica siempre al paciente y a su familia? incluso, dentro de profesionales, hay dudas por desconocimiento; entonces ¿qué valor tendrá generalizar para todos el conocimiento de los estadios? (esto no incluye informar de la existencia de la ERC, que siempre debe comunicarse a los pacientes), además, ¿han transcurrido más de tres meses entre, por lo menos, dos determinaciones? ¿Se trata de una ERC en estadios 3-4 en una persona mayor, que puede no progresar o que el riesgo de mortalidad por causa cardiovascular haga presumir que no tendrá tiempo de vida para poder avanzar hasta un estadio 5 de ERC? ¿Existen factores de progresión y de agravamiento que hayan pasado inadvertidos y que, al detectarlos y corregirlos, espontáneamente, o por el uso de nuevas drogas (ejemplo los iSGLT2), puedan favorecer una mejoría de las funciones renales? ¿Se justifica la preocupación, incremento de las acciones médicas y gastos provocados al comunicar el estadio?^(1,5)

Otra situación, una persona mayor con un FG en 13 ml/min/1.73 m², está en estadio 5, al igual que otra en 8 ml/ml/min ¿difiere la conducta? Unos cuantos ml/min no modifican la clasificación, pero si la conducta.

Desde 2010 hasta 2021, se han desarrollado seis estudios IDEAL (*Initiating Dialysis Early and Late*), al comparar dos grupos en relación con el inicio de los métodos dialíticos (inicio tardío: 5-7 ml/min/1.73 m²y precoz: 10-14 ml/min/1.73 m²), se concluye que no hubo diferencias en la calidad de vida ni en costos de salud, entre el inicio de tratamiento dialítico precoz o tardío ni, tampoco, en relación con la mortalidad, el riesgo de hospitalización y la evolución cardiovascular.⁽¹⁾ No olvidar que el inicio de un tratamiento sustitutivo de las funciones renales, agrega una nueva enfermedad crónica.

¿Y si el inicio precoz motivó una realización anticipada de la fístula arteriovenosa, que puede sobrecargar un corazón previamente dañado, con un acceso vascular que, en muchos casos, puede demorar tiempo para emplearse?⁽⁷⁾

El punto de práctica 5.4.3 (Guías KDIGO-2023), aconseja planificar el trasplante renal precoz y/o el acceso a la diálisis en adultos cuando el FG sea inferior a 20 ml/min/1,73 m² o el riesgo de ERC estadio 5 sea mayor de 40 % en dos años.⁽¹⁾ Se refiere planificar y no iniciar, en la población adulta, no en las personas mayores.

El inicio de un tratamiento sustitutivo de las funciones renales debe basarse en un conjunto de síntomas como la calidad de vida, preferencias del paciente, nivel del FG y otras alteraciones de laboratorio.

Los diferentes *scores* de riesgo que se utilizan en pacientes con ERC (por ejemplo, KFRE, *Clinical outcomes with severely decreased GFR, Framingham Risk Score*),^(8,9,10) no encierran aspectos que, por lo menos, pueden ser tan decisivos como los incluidos, lo que suscita la pregunta; ¿y el conocimiento de pacientes y familiares, las redes de apoyo, los factores psicológicos, el grado de resiliencia, de proveedores a proveídos, los trastornos y malestares sexuales, la

interseccionalidad, los factores económicos, las políticas de salud y la pericia del grupo de atención? Por ejemplo, si se aplica el score KFRE (*Kidney Failure Risk Evaluation*) en dos personas de 80 años que tienen las mismas cifras de riesgo de ERC, estadio 5, en dos y cinco años, pero una de ellas vive sola, en un lugar alejado de los centros de salud, sin redes de apoyo y con otras limitaciones sociales y económicas ¿tendrán el mismo riesgo?

El autor de este artículo ha publicado una clasificación pronóstica en tres grupos para las personas con ERC, en la cual integra los factores bio-psico-sociales:

1. Probablemente evoluciona bien (PEB)
2. Evolución imprecisa (EI)
3. Probablemente evoluciona mal (PEM),⁽¹¹⁾ que sin sustituir ni dejar de emplear los diferentes *scores*, indiscutiblemente útiles y reconocidos, puede resultar de complemento y ayuda en el proceso de información a los pacientes y sus familiares, y en la toma de decisiones, muchas veces difíciles, que no deben basarse solo en cálculos matemáticos.

En resumen, si no se conocen y precisan diferentes variables, y si no se hace un análisis integral y personalizado ante cada paciente, sin perder de vista las guías que nos orientan, se corre el riesgo del mal uso de una buena clasificación, con todo el daño que ello pueda implicar.

Referencias bibliográficas

1. KDIGO. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease; 2023 [acceso 12/02/2024]. Disponible en: [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(23\)00766-4/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(23)00766-4/fulltext)

2. CALCRE; s. a.[acceso 12/02/2024]. Disponible en:<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.anasalva.calcre>
3. Martí J. Mi raza; 1893[acceso 12/02/2024]. Disponible en: <https://edisciplinas.usp.br>
4. Gutiérrez C, Cruz Y, Howland I, Mesa M, Hernández C. Utilidad del método clínico en los análisis de laboratorio de Nefrología con resultados confusos o difíciles. Investigaciones Médico Quirúrgicas. 2011;3(2):132-41.
5. Gutiérrez C. Envejecimiento y enfermedades renales La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022[acceso 12/02/2023]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/envejecimiento-y-enfermedades-renales>
6. Abdulkader R. Aging and decreased glomerular filtration rate: An elderly population-based study. PLOS ONE. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189935>
7. Cruz R. Angioaccesos en receptores de trasplante renal. Dilemas a la luz del síndrome cardiorrenal tipo 4. Rev Nefrol Dial Traspl. 2023;43(4):208-18.
8. The Kidney Failure Risk Equation; s. a. [acceso 12/02/2024]. Disponible en:<https://kidneyfailurerisk.com>
9. Clinical outcomes with severely decreased GFR. s. a. [acceso 12/02/2024]. Disponible en: <https://reference.medscape.com>
10. Framingham Risk Score; 2008[acceso 12/02/2024].Disponible en:<https://reference.medscape.com>
11. Gutiérrez C, Torres B, Candelaria JC, Acosta C. Contexto clínico-epidemiológico de las enfermedades renales crónicas y la sexualidad. Libro Salud, malestares y problemas sexuales. CENESEX.2015;IV:15-30.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

