

La enfermedad renal crónica como riesgo vascular

Sr. editor:

Ante todo, me gustaría felicitar a Marta Ángela Abadía Cascajero, Tamara Alonso Sanfont y Jesús Martín Fernández por la publicación en la *Revista Clínica de Medicina de Familia* de su original «Impacto del control de la tensión arterial sobre la morbimortalidad en pacientes hipertensos mayores de 65, en el ámbito comunitario»¹. Inicio esta carta discrepando de la utilización de resultados de cohortes para obtener resultados que puede que no tengan plausibilidad clínica al margen del poder estadístico de las mismas.

Y lo considero pues en el citado artículo, aun habiéndose utilizado los criterios diagnósticos para la hipertensión arterial (HTA) de las guías ESC/ESH 2018 (guías de referencia) tanto para el diagnóstico como para el tratamiento y el seguimiento de la HTA en nuestro medio², para estas guías de consenso solo la cifra de presión sistólica/diastólica >140/90 mmHg en consulta es diagnóstico de la misma, siempre que sea tomada en las condiciones allí descritas. Por lo tanto, considero que la primera limitación de este estudio es generalizar las conclusiones del mismo basándose en la heterogeneidad de la obtención de las cifras de tensión arterial que figuran en la historia clínica.

Al margen de este sesgo inevitable, también se considera limitación utilizar una variable de resultado combinado (no descrita en el texto del artículo) y que llaman evento cardiovascular (ECV), donde curiosamente incluyen como ECV la enfermedad renal crónica (ERC), la microalbuminuria en orina y la proteinuria, por lo que entendemos que puede que se estén refiriendo a la presencia de lesión en órgano diana por la HTA; por lo tanto, debiéramos incluir también la presencia de hipertrofia ventricular en el electrocardiograma (ECG), ateromatosis en arteria carotídea y retinopatía hipertensiva, ya que sí han incluido en ese resultado combinado la enfermedad cerebrovascular y la arteriopatía periférica, que también son lesión en órgano diana de la HTA.

Ninguna de las guías KDIGO sobre ERC asociada a diabetes mellitus o a HTA consideran la ERC como enfermedad vascular^{3,4}, por lo que se recomienda que utilicen el término vascular/renal al referirse a las mismas (la terminología usada genera confusión). En este mismo nivel, considero clave, y una importante ayuda para entender el estudio, la publicación de una tabla con los resultados de estas variables que forman la variable combinada, pues han presentado un resumen de la misma donde hablan de ECV (sí o no), pero no nos detallan cuál de los ECV tiene más peso o si hay alguna significación estadística de alguno de ellos.

Se considera confusa la forma de definir microalbuminuria y proteinuria, pues en la actualidad la mayoría seguimos los criterios del

documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica⁵ (tabla 1).

Por tanto, considero que, para generalizar los resultados del estudio, deben tenerse en cuenta dos sesgos importantes: el de diagnóstico (variable predictora) y el de resultado (compuesto llamado ECV), mal definido y con datos ausentes en la publicación.

Retomando el principio de esta carta, considero que, en enfermedades cardiovasculares tan prevalentes como la HTA, con una heterogeneidad tan grande desde el diagnóstico hasta la evolución y complicaciones graves o mortalidad, no deben ser sometidas a estudios *ad hoc* de cohortes por el riesgo de generalizar resultados no plausibles con la clínica o «estado del arte» sobre la misma.

Tabla 1. Categorías de albumina/proteinuria

	A1 NORMAL	A2 INCREMENTO MODERADO	A3 INCREMENTO GRAVE
ACR mg/g	<30	30-300	>300
ACR mg/mmol	<3	3-30	>30
RP/RC mg/g	<150	150-500	>500
RP/RC mg/mmol	<15	15-50	>50
UAE mg/24 h	<30	30- 300	>300
EPU mg/24 h	<150	150-500	>500
Tira reactiva	Negativa	Indicio a 1+	>2+

ACR: cociente albúmina/creatinina en orina (una muestra); PR/CR: cociente proteína/creatinina en orina (una muestra); EAU: excreción de albumina en orina de 24 horas; EPU: excreción de proteínas en orina de 24 horas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abadía Cascajero MA, Alonso Sanfont T, Martín Fernández JM. Impacto del control de la tensión arterial sobre la morbimortalidad en pacientes hipertensos mayores de 65, en el ámbito comunitario. *Rev Clin Med Fam.* 2023;16(1):17-23.
2. Williams B, Mancia, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72(2):160.e1-e78.
3. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for the Management of Diabetes Management Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl.* 2020;98(45):S1-S120.
4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl.* 2021;99(3S):S1-S87.
5. García Maset R, Bover J, Segura de la Morena J, Goicoechea Diezhandino M, Cebollada del Hoyo J, Escalada San Martín J, et al. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología (Madr).* 2022;42(3):223-362.

Miguel Ángel María Tablado*

*Coordinador del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la semFYC



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0