

Editorial

Reflexiones a propósito de dos documentos de consenso sobre enfermedad renal crónica

Reflections on two consensus documents about chronic kidney disease

Alberto Martínez-Castelao^a, Manuel Gorostidi^b, José Luis Górriz^c,
Rafael Santamaría Olmo^d, Jordi Bover^e, Julián Segura^f

^a Nefrología. Hospital Universitario Bellvitge. IDIBELL. GEENDIAB. REDinREN. Instituto de Salud Carlos III. Hospitalet de Llobregat, Barcelona (España)

^b Servicio de Nefrología. Hospital Central de Asturias. REDinREN. Instituto de Salud Carlos III. Oviedo, Asturias (España)

^c Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Dr. Peset GEENDIAB REDinREN, Instituto de Salud Carlos III, Córdoba, Valencia (España)

^d Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Reina Sofía, REDinREN Instituto de Salud Carlos III. Valencia, Córdoba (España)

^e Fundació Puigvert. Universitat Autònoma de Barcelona FP/UAB. Red Nacional de Investigación en Nefrología (REDinREN). Instituto de Investigación Carlos III. Barcelona (España)

^f Hospital 12 Octubre. REDinREN Instituto de Salud Carlos III. Madrid (España)

Introducción. Antecedentes del tema

Según los datos del Estudio EPIRCE¹ la enfermedad renal crónica (ERC) puede afectar a un 9,2% de la población española y en sus fases más avanzadas, que incluyen la definición previa de la insuficiencia renal crónica (IRC) o filtrado glomerular estimado (FGe < 60 ml/min/1,73 m²), a un 6,8% de dicha población.

La preocupación de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.) desde hace años por este problema epidemiológico tan importante, que consume en su etapa más avanzada (la ERC estadio 5 en tratamiento sustitutivo renal [TSR]), un 2,5% del total del presupuesto sanitario español, quedó bien patente al crear un grupo específico de trabajo –Grupo de Acción Estratégica–, para evaluar de forma continuada este problema

y establecer contactos con otras sociedades científicas, para abordar y mejorar la aproximación multidisciplinar a este grave reto de salud pública. Por todo ello, en 2006 se editó el documento de consenso para la estimación adecuada del FG, juntamente con la Sociedad Española de Química Clínica² (SEQC), y en 2007 se redactó el primer documento de consenso para el manejo de la ERC, con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria³ (semFYC).

Además, la S.E.N. creó un grupo de trabajo específico para elaborar las “Estrategias en Salud Renal”, que fueron comunicadas al Ministerio de Sanidad, debatidas y puestas en conocimiento de otras sociedades científicas en una reunión en Madrid en 2008, y publicadas en dos ocasiones en la revista *Nefrología*^{4,5}.

Siendo la proteinuria uno de los marcadores de lesión renal y su incremento factor de progresión hacia estadios avanza-

* Autor para correspondencia.

Alberto Martínez-Castelao, Nefrología, Hospital Universitario Bellvitge, IDIBELL, GEENDIAB, REDINREN, Instituto de Salud Carlos III, avenida 308-3F, 08860, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España. Tel.: 610459262.

Correos electrónicos: albertomcastelao@gmail.com; amartinez@bellvitgehospital.cat

dos de ERC, juntamente con la SEQC se promovió la redacción y la publicación en 2011 del documento con las recomendaciones para la detección y el seguimiento de la proteinuria en la ERC⁶.

Dada la importancia de la ERC y su creciente presencia en nuestra población general y la necesidad de una puesta al día en su manejo más adecuado a los criterios actuales, la S.E.N., en colaboración con otras nueve sociedades científicas, reunió a un grupo de expertos representantes de cada una de las sociedades firmantes implicadas –dos por cada sociedad–, y en diciembre de 2012 estuvo listo un primer borrador del “Documento de consenso de diez sociedades para el manejo de la ERC”, que se publicó en primera instancia en esas fechas en la página web de cada una de las sociedades, para ser sometido a revisión pública. El documento definitivo se remitió de nuevo a todas las sociedades con las aportaciones recibidas, para ser nuevamente publicado en las páginas web respectivas y, finalmente, se publicó en *Nefrología* en marzo de 2015⁷.

Paralelamente, la iniciativa *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO) ha publicado en los últimos tres años guías sobre el manejo general y el control de la presión arterial en el paciente con ERC^{8,9}, cuyos contenidos más relevantes han sido integrados y sintetizados en el “Documento de la S.E.N. sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la ERC”, recientemente publicado en *Nefrología*¹⁰.

Ambos documentos están siendo objeto de un elevado número de consultas, a juzgar por las visitas en la web de la revista *Nefrología*. Desde la publicación en línea el pasado 6 de marzo de 2014, el “Documento de consenso de diez sociedades para el manejo de la ERC”⁷ ha recibido 6.718 visitas, y el “Documento de la S.E.N. sobre las Guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la ERC”¹⁰, 7.705 visitas. En ambos casos son los artículos más visitados del último año y triplican o cuadruplican el número promedio de visitas a los artículos de *Nefrología*, lo que puede ser la expresión del interés multidisciplinar de los documentos que están siendo consultados por especialidades distintas a la Nefrología.

¿Por qué tantos documentos de consenso sobre ERC promovidos por la S.E.N.? (tabla 1)

Como quiera que ambos documentos referidos a la ERC han sido promovidos por la S.E.N. y publicados de forma secuencial, pretendemos en este editorial comentar los aspectos específicos o diferenciales de dichos documentos.

Ambos tienen una extensión muy similar: el primero consta de 20 páginas, en las cuales se recogen 7 tablas y dos figuras, y se refieren 77 citas bibliográficas. El segundo, a través de 15 páginas, presenta 7 tablas y dos figuras, con 45 referencias bibliográficas.

Si analizamos los contenidos de ambos documentos, podemos decir que coinciden en todos los aspectos fundamentales, sin que existan discrepancias en cuanto a los contenidos y recomendaciones.

Sí existen, en cambio, pequeñas diferencias de matices, que vamos a comentar.

El documento de consenso de diez sociedades⁷ representa un esfuerzo multidisciplinar de las sociedades que, de alguna manera, están implicadas en el manejo de pacientes con ERC: Atención Primaria, Cardiología, Diabetes, Endocrinología, Medicina Interna y la propia S.E.N., o en el diagnóstico de laboratorio de la ERC, como es el caso de la SEQC. En este sentido, y por encima de la discusión actual sobre cómo debemos diagnosticar la ERC¹¹, es el carácter multidisciplinar y la publicación de este documento más allá de nuestra revista lo que permite la transmisión transversal del conocimiento actual sobre el diagnóstico y manejo de los aspectos más importantes de nuestra especialidad, facilitando su implementación adecuada en la práctica clínica general y extendiéndola no solo a otras especialidades sino, sobre todo, al conocimiento de sus estadios más tempranos. Gracias a estas iniciativas, otras especialidades tan dispares como Cirugía Vasculor o Anestesiología están incorporando el conocimiento nefrológico a su práctica clínica en sus revistas de impacto^{12,13}. Este documento ha tenido la virtud de reunir, por primera vez en nuestro medio, a un número tan elevado de sociedades científicas de nuestro país y ponerlas de acuerdo en los aspectos básicos del diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la ERC.

1. El documento insiste en los diversos métodos de estimación del FG, recomendando el diagnóstico de la ERC a través de las estimaciones del FG basadas en la fórmula CKD-EPI –al igual que el documento KDIGO sobre el manejo general del paciente con ERC–, y en la determinación del cociente albúmina/creatinina (cAlb/creat) en una muestra aislada de orina matutina. Introduce el mismo método de categorización de la ERC teniendo presente el estadio de función renal según FGe y el cAlb/creat en orina, según la misma clasificación KDIGO en A1, A2 o A3, dependiendo de la intensidad de la albuminuria. Recomienda así mismo no referirse al término “microalbuminuria”, sino a “excre-

Tabla 1 – Documentos importantes sobre enfermedad renal crónica

Documento	Autores (referencia)	Año
EPIRCE	Otero et al. ¹	2005
Documento Consenso S.E.N.-SEQC	Gracia et al. ²	2006
Estrategias Salud Renal Documento consenso S.E.N.-semFYC	Alcázar, de Francisco ⁴	2006
Estrategias Salud Renal Recomendaciones proteinuria	Alcázar et al. ³	2008
KDIGO-CKD	Martínez Castela et al. ⁵	2009
KDIGO BP	Montañés et al. ⁶	2011
Documento consenso 10 sociedades	KDIGO-CKD Working Group ⁸	2013
Documento S.E.N. sobre guías KDIGO	KDIGO BP Working Group ⁹	2012
	Martínez Castela et al. ⁷	2014
	Gorostido et al. ¹⁰	2014

EPIRCE: epidemiología insuficiencia renal crónica en España; ERC: enfermedad renal crónica; S.E.N.: Sociedad Española Nefrología; SEQC: Sociedad Española Química Clínica; semFYC: Sociedad Española Medicina de Familia y Comunitaria; KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes; BP: Blood Pressure; CKD: Chronic Kidney Disease.

ción urinaria de albúmina elevada”, así como al término “proteinuria”, para la eliminación urinaria igual o superior a 300 mg/día.

2. Refuerza la relevancia de criterios radiológicos o histológicos a tener en cuenta a la hora de diagnosticar la ERC.
3. Insiste muy especialmente en los factores de progresión de la ERC, con una tabla diseñada al respecto.
4. Considera la progresión de la ERC con los mismos criterios que el documento KDIGO, e insiste en el paso de una categoría a otra en función del mismo estadio y del cAlb/creat.
5. Cuando se refiere en este punto a los criterios de remisión al especialista en Nefrología, el documento introduce unos criterios precisos, expresados en forma de “algoritmo” para dicha derivación, en función del FGe, el cAlb/creat y la edad del paciente, añadiendo consideraciones específicas para el caso del paciente añoso o diabético y recomendando la realización de ultrasonografía renal en casos determinados.
6. En cuanto a la monitorización y seguimiento de los pacientes afectos de ERC, se recomienda practicar determinaciones bioquímicas y hematológicas concretas, teniendo en consideración la posible presencia de anemia y ferropenia o de alteraciones del metabolismo óseo y mineral.
7. Dedicar un capítulo de recomendaciones especiales a la prevención de la nefrotoxicidad, cómo evitar la hiperkalemia, la depleción de volumen, el uso innecesario de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), diuréticos distales, antibióticos nefrotóxicos o la vigilancia en las exploraciones radiológicas que incluyen diversos contrastes radiológicos.
8. El documento insiste también especialmente en los aspectos relativos al régimen de vida, ejercicio físico y aspectos dietéticos.
9. En cuanto a los objetivos de tratamiento farmacológico, coincide con el documento KDIGO en lo relacionado con las cifras diana de presión arterial en el paciente con o sin proteinuria, pero añade un apartado específico para el manejo de fármacos hipoglucemiantes en el paciente diabético con ERC, bien sean hipoglucemiantes orales o insulina, con consideraciones específicas en esos casos particulares.
10. Así mismo el documento insiste en la estratificación del riesgo cardio-vascular, al igual que el documento KDIGO, pero con algunas consideraciones específicas en el manejo de las estatinas y tratamientos combinados con ezetimiba, y añade algunos comentarios respecto a la obesidad, tabaco, alcohol e hiperuricemia.
11. De forma diferencial se añaden consideraciones respecto a la anemia, dianas de hemoglobina, uso de agentes estimulantes de la eritropoyesis y manejo del metabolismo férrico. Se añaden también aspectos relacionados con las alteraciones del metabolismo mineral y óseo, el diagnóstico del hiperparatiroidismo secundario a la ERC, el manejo de la acidosis metabólica, el manejo del paciente con ERC no en diálisis y la preparación del paciente para el tratamiento sustitutivo renal (TSR).
12. De forma específica se añaden recomendaciones para el manejo conjunto del paciente con los médicos de Atención Primaria, en relación con el paciente con TSR, bien en

hemodiálisis, en diálisis peritoneal o portador de un trasplante renal, con recomendaciones respecto a las vacunaciones aconsejables en estos pacientes.

13. Finalmente se añade un apartado específico para considerar los cuidados paliativos en el paciente con ERC avanzada pero no tributario de tratamiento conservador (TRS).

Un aspecto diferencial del documento de consenso promovido por la S.E.N. en relación con las guías KDIGO¹⁰ es que en dichas guías se hacen unas recomendaciones sobre el manejo y tratamiento de la ERC siguiendo un procedimiento de evaluación sistemática de las evidencias existentes, utilizando el grado de recomendación y el sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), señalando que existen muy pocas evidencias grado 1 y discutiendo sobre áreas de incertidumbre de los distintos aspectos tratados. Este aspecto no se ha manejado de esta forma en el documento de consenso de diez sociedades.

En resumen, podemos decir que el documento de diez sociedades⁷ adapta las recomendaciones del documento KDIGO¹⁰ a la realidad de nuestro medio, con algunas recomendaciones específicas.

Es intención de la S.E.N. incorporar de forma periódica las evidencias que se vayan generando, actualizando las recomendaciones de práctica clínica y documentos de consenso ya existentes y valorando los documentos internacionales que se generen en el manejo multifactorial y multidisciplinar del paciente con ERC.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Otero A, de Francisco A, Gayoso P, García F; en representación del EPIRCE Study Group. Prevalence of chronic renal disease in Spain: Results of the EPIRCE study. *Nefrología*. 2010;30:78-86.
2. Gracia S, Montañés R, Bover J, Cases A, Deulofeu R, Martín de Francisco AL, et al.; Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC) y Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.). Documento de consenso: recomendaciones sobre la utilización de ecuaciones para la estimación del filtrado glomerular en adultos. *Nefrología*. 2006;26:658-65.
3. Alcázar R, Egocheaga MI, Orte L, Lobos JM, González Parra E, Alvarez Guisasola F, et al. Documento de consenso S.E.N.-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2008;28:273-82.
4. Alcázar R, de Francisco AL. Acción estratégica de la S.E.N. frente a la enfermedad renal. *Nefrología*. 2006;26:1-4.
5. Martínez Castela A, Martín de Francisco A, Górriz J, Alcázar R, Orte L. Estrategias en salud renal: un proyecto de la Sociedad Española de Nefrología. *Nefrología*. 2009;29:185-92.

6. Montañés Bermúdez R, Gràcia García S, Pérez Surribas D, Martínez Castela A, Bover Sanjuán J; Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular; Sociedad Española de Nefrología. Documento de Consenso. Recomendaciones sobre la valoración de la proteinuria en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrologia*. 2011;31:331-45.
7. Martínez-Castelao A, Górriz JL, Bover J, Segura-de la Morena J, Cebollada J, Escalada J, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrologia*. 2014;34:243-62.
8. Kidney Disease Improving Global Outcomes KDIGO CKD Working Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl*. 2013;3:1-150.
9. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Working group. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl*. 2012;2:337-414.
10. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández-Fresnedo G, Galcerán JM, Goicoechea M, et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrologia*. 2014;34:302-16.
11. Hallan SI, Gansevoort RT. Moderator's view: Estimating glomerular filtration rate—the past, present and future. *Nephrol Dial Transplant*. 2013;28:1404-6.
12. Mases A, Sabaté S, Guilera N, Sadurní M, Arroyo R, Fau M, et al.; ANESCARDIOCAT Group. Preoperative estimated glomerular filtration rate and the risk of major adverse cardiovascular and cerebrovascular events in non-cardiac surgery. *Br J Anaesth*. 2014;113:644-51.
13. Romero JM, Bover J, Fite J, Bellmunt S, Dilmé JF, Camacho M, et al. The Modification of Diet in Renal Disease 4-calculated glomerular filtration rate is a better prognostic factor of cardiovascular events than classical cardiovascular risk factors in patients with peripheral arterial disease. *J Vasc Surg*. 2012;56:1324-30.