



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Hernández-Llamas, Guillermo; Arias-Villegas, Graciela; Espinoza-Ibarra, Janeth;
Hernández-Barraza, María Concepción; Fregoso-Casillas, Enrique; Sandoval-Rodríguez,
Verónica Patricia; Omaña-Domínguez, Ricardo

Nefroprotección en una unidad de especialidades médicas de enfermedades crónicas en
México

Salud Pública de México, vol. 58, núm. 3, mayo-junio, 2016, pp. 339-340

Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10646826005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

o recibir tratamiento con antidiabéticos orales o insulina,² y se definieron hipertensos si presentaban una tensión arterial 140/90³ mmHg o estaban recibiendo tratamiento antihipertensivo.

Los resultados obtenidos reflejan que, en efecto, en el hospital Escandón 51.4% de los pacientes con enfermedad renal crónica se asocia con diabetes mellitus de larga evolución y 37.2% con hipertensión arterial; el resto se asocia con otras causas poco representativas para el objetivo del análisis.

En 2010, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) estableció la prevalencia de enfermedad renal crónica en México. Los datos arrojados colocaron a la diabetes mellitus II como la principal causa con 48.5%; la hipertensión arterial sistémica en segundo con 19%; las glomerulonefritis con 12.7% y otras causas con 19.8%.¹

Es importante resaltar que la prevalencia de hipertensión arterial y enfermedad renal crónica casi duplica la prevalencia proporcionada por el IMSS en 2010, por lo que es deber de las autoridades correspondientes identificar las posibles causas de este elevación en la prevalencia e implementar medidas preventivas o correctivas, según sea el caso, con la finalidad de seguir brindando atención médica efectiva, adaptando los programas de prevención al tipo de pacientes que se atienden.

José Luis Serna-Soto, MC, Port.⁽¹⁾

secretaria.medica@hospitalescandon.org

Rafael Antonio de Jesús Ortega-Mendoza, MC, Port.⁽¹⁾

Oscar Adrián Rivera-Ramírez, MC, Anest.⁽¹⁾

Guillermo Cesar Pérez-Peláez, MC, Pediatr.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospital Escandón I.A.P. Ciudad de México.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7918>

Referencias

1. Méndez-Durán A, Méndez-Bueno JF, Tapia-Yáñez T, Muñoz Montes A, Aguilar-Sánchez L. Epidemiología de la Insuficiencia Renal crónica en México. Revista diálisis y transplante 2010;31(01).
2. ADA. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of diabetes Mellitus. Diabetes Care 2014;37(1):588. <http://doi.org/3cr>
3. Panel Members Appointed to the Eight Joint National Committee. Evidence Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report. December 18, 2013:E6.

Nefroprotección en una unidad de especialidades médicas de enfermedades crónicas en México

Señor editor: El problema de la insuficiencia renal crónica y su tratamiento sustitutivo, además de ser un grave problema de salud pública, demanda miles de millones de pesos en los servicios de salud.¹ Por considerar que contiene información de interés para los profesionales que trabajan en este campo de la salud, presentamos un trabajo en el que se propone que el apropiado manejo en el primer nivel de atención, en este caso, la Unidad de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas de la Secretaría de Salud (UNEME- EC) de Mazatlán, Sinaloa, de los factores de riesgo como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y sobrepeso evitan la progresión del daño renal.

Por ello, decidimos evaluar, además de las variables de rigor (*vide infra*), el comportamiento de la función renal medida por depuración de creatinina en los primeros pacientes (73), con diabetes mellitus tipo 2, o en combinación con otras patologías, seguidos por un año. Las variables

aludidas fueron tensión arterial sistólica (mm/Hg, TAS), tensión arterial diastólica (mm/Hg, TAD), colesterol total (mg/dl, CT), lipoproteínas de alta densidad (HDL; mg/dl), lipoproteínas de baja densidad (LDL; mg/dl), triglicéridos (mg/dl, TG), Peso (kg), índice de masa corporal (IMC; kg/m²), % de hemoglobina glucosilada (HbA1c) y creatinina sérica (mg/dl, Cr.S) iniciales (I) y finales (F). Los pacientes funcionaron como sus propios controles. Se usó la prueba de t pareada para análisis estadísticos. Valores inferiores a 0.05 se consideraron significativos. Así, se observaron cambios en depuración de creatinina (90 ± 2.9 vs. 84 ± 3.2 ml/min/1.73 m², $p < 0.05$) y en CrS. ($0.9 \pm .03$ vs. $0.96 \pm .03$ mg/dl, $p < 0.05$). El resto de las variables mostró cambios significativos y normalización. El peso e IMC disminuyeron significativamente pero de forma mínima (78 ± 1.9 vs 76 ± 1.6 kg, $p < 0.05$, y 29.9 ± 0.63 vs 29.0 ± 0.5 kg/m², $p < 0.05$, respectivamente).

Para explicar los cambios en la función renal, con el antecedente que presenta disminución reversible por cambios hemodinámicos en la filtración glomerular en sujetos que reciben bloqueadores de antagonistas de los receptores de la angiotensina 2 (ARA2),² se analizaron por separado los 39 sujetos tratados sin bloqueadores de ARA2 que no mostraron cambios en CrS ($0.89 \pm .03$ vs $0.91 \pm .03$ mg/dl p: n.s.) ni en depuración de creatinina (92 ± 4.0 vs 88 ± 4.3 ml/mn/1.73 m², p: n.s.); en tanto que los 34 que los recibieron, aumentaron significativamente CrS (0.92 ± 0.05 contra $1.0 \pm .06$ mg/dl, $p < 0.05$) y la depuración de creatinina mostró una tendencia a la baja (87 ± 4.0 vs 79 ± 4.6 ml/mn/1.73 m², $p: 0.06$).

En relación con la disminución de la filtración glomerular, nues-

tos resultados son similares a los informados en población caucásica: 5 ml/min/año,³ inferiores a los informados por un grupo connacional: 22 ml/min/año⁴ y un metanálisis de Holtkamp F.A. en el que encontró que a la disminución de la filtración glomerular secundaria a la administración de losartán paradójicamente predice disminución en el deterioro de la función renal.²

*Guillermo Hernández-Llamas, MD Nefr,⁽¹⁾
guillermo_hernandez@prodigy.net.mx
Graciela Arias-Villegas, M en Nutr,⁽¹⁾*

*Janeth Espinoza-Ibarra, L en Enf Obstet,⁽¹⁾
María Concepción Hernández-Barraza, L en Nutr,⁽¹⁾
Enrique Fregoso-Casillas, L en Psiq,⁽¹⁾
Verónica Patricia Sandoval-Rodríguez, L en TS,⁽¹⁾
Ricardo Omaña-Domínguez, M Intern.⁽¹⁾*

⁽¹⁾ Unidad de Especialidades Médicas de Enfermedades Clínicas Mazatlán, Servicios de Salud de Sinaloa. Sinaloa, México.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7919>

2. Holtkamp FA, de Zeew D, Thomas MC, Cooper ME, de Graeff PA, Hillege HJ, et al. An acute fall in estimated glomerular filtration rate during treatment with losartan predicts a slower decrease in long term renal function. *Kidney Int* 2011;80(3):282-287. <http://doi.org/d7rw25>

3. Rossing K, Christensen PK, Hovind P, Tarnow L, Rossing P, Parving HH. Progression of nephropathy in type 2 diabetic patients. *Kidney Utterbautibak* 2004;66(4):1596-1605. <http://doi.org/d94f9n>

4. Cortés-Sanabria L, Cabrera-Pivaral CE, Cueto-Manzano AM, Rojas-Campos E, Barragán G, Hernández-Anaya M, Martínez-Ramírez HR. Improving care of patients with diabetes and CKD: a pilot study for a cluster-randomized trial. *Am J Kidney Dis* 2008; 51:(5) 777-788. <http://doi.org/b99d2p>

Referencias

- I. Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana. México: Secretaría de Salud, 2009.