Diabetes mellitus e hipertensión: importancia del cribado de albuminuria

Diabetes mellitus and hypertension: the relevance of checking albuminuria

Sr. Editor:

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica cuyas repercusiones clínicas, sociales y económicas son cada vez mayores. Se estima que la prevalencia de diabetes en el mundo, en todos los grupos de edad es de 6,4%, afectando a 285 millones de personas y se espera que aumente a 7,7% en el 2030 (439 millones de casos)¹. En Centro América y América del Sur la prevalencia media es de 8% y la estimada para el año 2035 es de 9,8%².

Una de las complicaciones a mediano y largo plazo es la nefropatía diabética, condicionada entre otros factores por el grado de control de la enfermedad, la hiperfiltración y la obesidad. Se ha convertido en la primera causa de ingreso en programas de tratamiento renal sustitutivo (TRS) en los países desarrollados y en vías de desarrollo. La progresión hacia insuficiencia renal crónica (IRC) en estadio 5D en el enfermo con DM es más rápida por la hiperglicemia, por la presencia concomitante de proteinuria, hipertensión arterial (HTA), sobrepeso, dislipemia y sedentarismo.

En el estudio UKPDS, con más de 5.000 pacientes con DM tipo 2, el 25% desarrollaba microalbuminuria en 10 años y en otros 10 años más el descenso de función renal. Sin embargo, aquellos pacientes que se incluyeron en el estudio con una creatinina mayor de 2 mg/dl llegaban a la terapia renal sustitutiva (TRS) en tan sólo 2,5 años³.

La hipertensión también está aumentando y la previsión a nivel mundial para el 2025 es de 1.560 millones. En Latinoamérica 40,7% de los hombres y 34,8% de las mujeres son hipertensos⁴.

Actualmente, la medicina clínica no puede contemplarse sin el concurso de las actividades preventivas. Es prioritario el inicio de la terapia nefroprotectora y cardioprotectora desde etapas precoces.

El tamizaje de albuminuria de 24 h mediante el cociente albúmina/creatinina en orina en muestra simple de orina, es considerado por la guías de prevención cardiovascular y renal como marcador

de afectación subclínica, anterior a la aparición de la enfermedad cardiovascular o renal, por lo que es la prueba recomendada para el diagnóstico de albuminuria, incluido en el ámbito de atención primaria. En la hipertensión esencial la microalbuminuria es la expresión de la disfunción endotelial, sin embargo en la DM es consecuencia de la lesión de los tres componentes de la barrera de filtración glomerular (podocitos, membrana basal y endotelio) más hipertensión intraglomerular e hiperfiltración. El tamizaje anual de microalbuminuria en la DM tipo 1, debería realizarse desde los 5 años del diagnóstico, sin embargo, en la DM tipo 2 es necesario desde el momento en que se diagnostica la enfermedad. Debido a la variabilidad en la excreción urinaria de albúmina, un cociente albúmina creatinina elevado (mayor de 30 mg/g), debe ser confirmado en ausencia de infección urinaria en 2 muestras más recogidas en los siguientes 3 a 6 meses. La hiperglucemia, el ejercicio, la HTA, la infección urinaria y la fiebre pueden elevar los niveles sobre el valor basal. Por otra parte, la determinación de creatinina plasmática en el paciente con DM así como la estimación del filtrado glomerular (FG), mediante alguna fórmula como la de *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD) o la *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* (CKD-EPI), las guías recomiendan realizarlo al menos 1 vez al año. En el tratamiento de la HTA, son de elección los fármacos bloqueantes del sistema renina-angiotensina, existiendo consenso entre las guías clínicas para conservar el objetivo de presión arterial < 130/80 mmHg con microalbuminuria, pero el objetivo menos estricto de PA < 140/90 mmHg con albuminuria normal⁵. En el paciente con DM tipo 2 e hipertensión, incluso con albuminuria normal los bloqueantes del sistema renina-angiotensina retrasan la aparición de microalbuminuria⁶. Son fundamentales en el tratamiento el control de la glicemia para lograr una hemoglobina glicosilada inferior a 7%, el adecuado control de la dislipidemia con el fin de reducir los eventos cardiovasculares primarios y secundarios y la reducción del sobrepeso. Varios estudios han demostrado que el control de microalbuminuria es costo-efectivo, en mayores de 50 años con DM, o HTA y ambos, comparado con dejar estas condiciones a su evolución natural y manejar las complicaciones cuando se presenten.

Queremos enfatizar la realización del tamizaje

de albuminuria en orina desde atención primaria en los pacientes diabéticos tipo 2 y también en los hipertensos, ya que permite iniciar precozmente medidas de prevención del daño cardiovascular y renal, con lo que disminuyen los costes y la incidencia acumulada de IRC y mejora la expectativa de vida.

**Margarita Delgado Córdova^{1,2a},
Juan Carlos Peñaloza²**

¹Universidad Autónoma de Chile.

²Universidad Católica del Maule, Hospital de Talca, Chile.

^aPhD.

Referencias

1. Shaw J, Sicree R, Zimmet P. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 87 (1): 4-14.
2. Aschner P, Aguilar-Salinas C, Aguirre L, Franco L, et al. Diabetes in South and Central America: an update. *Diabetes Res Clin Pract* 2014 ;103 (2): 238-43.
3. Adler AI, Stevens RJ, Manley SE, Bilous RW, Cull CA, Holman RR. Development and progression of nephropathy in type 2 diabetes: the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS 64). *Kidney Internat* 2003; 63 (1): 225-32.
4. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365 (9455): 217-23.
5. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 2014; 311: 507-20.
6. Haller H, Ito S, Izzo Jr JL, Januszewicz A, Katayama S, Menne J, et al. Olmesartan for the delay or prevention of microalbuminuria in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2011; 364 (10): 907-17.

Conflictos de intereses: ninguno que declarar

Correspondencia a:

Dra. Margarita Delgado Córdoba

Universidad Autónoma de Chile. Hospital Regional de Talca, Chile.

margaritadelcor@yahoo.es