

## PRÓLOGO

La alimentación y la nutrición en las condiciones de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) ha sido presencia recurrente en las páginas de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición desde su reaparición en el 2007. Excepciones aparte (que solo confirmarían la existencia de la regla), son escasos los volúmenes de la RCAN que no contengan alguna contribución acerca de las singularidades que rodean la utilización de los nutrientes cuando la función renal falla, y cómo estas singularidades repercuten en todos los dominios del estado de salud, incluido (por supuesto) el estado nutricional del sujeto. En lo que a mi actuación como Editor corresponde, me complació enormemente haber podido compilar en un suplemento de la RCAN las ponencias de sendos talleres dedicados el primero al riesgo cardiovascular asociado a la ERC el primero; y la repercusión de la desnutrición energético-nutricional (DEN) sobre la evolución de la ERC, y la respuesta a las terapias sustitutivas de la función renal (trasplante renal incluido).<sup>1</sup>

Muchas de las contribuciones sobre la alimentación y la nutrición en las condiciones de la ERC representan indagaciones transversales en su diseño que evalúan la naturaleza y la fuerza de las asociaciones entre variables que reflejan (léase también modelan) los distintos dominios del estado de salud del nefrópata crónico, o estudios de cohortes orientados a examinar el impacto de la desnutrición presente sobre la supervivencia a corto plazo del sujeto en diálisis. Y esto me trae al tema del presente suplemento. En él se han acomodado los resultados de un estudio longitudinal que la autora condujo en un servicio hospitalario de Nefrología durante 3 años para registrar el cambio en el estado nutricional durante la administración de la hemodiálisis, primero; y tras la colocación de un injerto renal; después.

La riqueza informativa de este estudio no debe pasarse por alto. La tercera parte de los pacientes había acumulado más de 8 años en hemodiálisis (HD) antes del trasplante renal (TR). El estudio reflejó lo que muchos han afirmado antes: mientras más prolongado sea el tiempo de permanencia en un programa HD, mayor puede ser la pérdida de la masa magra corporal. Pero lo más significativo es que, a los 3 años del TR, el exceso de peso era el fenotipo nutricional predominante: la resultante final de numerosas influencias biológicas, medicamentosas, y nutricionales; y que muy bien pudiera dar al traste con la funcionalidad y vitalidad del injerto colocado.

Este estudio también examina el riesgo cardiovascular que la ERC comporta para el sujeto nefrópata. La propia azotemia crea un entorno pro-inflamatorio que daña irreversiblemente el endotelio.<sup>2-3</sup> Si a ella se le suman la enfermedad que ha condicionado la pérdida de la función renal (como la Diabetes y la hipertensión arterial), la anemia secundaria al daño renal crónico, y las características del régimen depurador, entonces estamos ante una situación realmente explosiva para todos. Y solo he descrito lo que sería el fenotipo prevalente del nefrópata crónico que hoy asistimos en las unidades de diálisis del país. Coloquemos encima de todo ello una circunferencia aumentada de la cintura, como el mejor subrogado que tenemos de la grasa abdominal, y podremos entonces explicar la elevada morbimortalidad del nefrópata durante la administración de las terapias sustitutivas del riñón dañado.

El estudio acomodado en este suplemento también ha registrado el comportamiento de variables bioquímicas imprescindibles en el seguimiento a largo plazo del nefrópata crónico. Más de la mitad de los pacientes mostraba anemia antes del TR, a pesar de la protección con eritropoyetina recombinante.<sup>4-5</sup> Ello solo apuntaría hacia pérdidas no cuantificadas de sangre durante la administración de la HD, la refractoriedad de la médula ósea ante el estímulo hormonal, los aportes insuficientes de hierro dietético y/o la mala utilización del hierro ingerido y absorbido debido a la subdiálisis y la inflamación crónica. El beneficio inmediato del TR es la normalización de la hemoglobina sérica. La anemia solo afectaba al 4% de los sujetos transcurrido el primer año del trasplante, y ello apuntaría hacia la vitalidad del injerto y el éxito de la terapia inmunosupresora.

Pero el TR pudiera implicar otros peligros para el paciente, y nuevos retos para los grupos básicos de trabajo. Con el TR se incrementó el riesgo de ocurrencia de dislipidemias. A los 3 años de colocado el injerto renal, más de la mitad de los trasplantados mostraba cifras séricas de triglicéridos  $> 2.24 \text{ mmol.L}^{-1}$ . Las dislipidemias significan resistencia periférica elevada a la acción de la insulina e hiperglicemia, dentro de un contexto de exceso de peso, aumento desproporcionado de la grasa corporal con deposición preferencial en el abdomen; y una terapia inmunosupresora que muchas veces descansa en esteroides y otras drogas reconocidas por su acción contrarreguladora de la insulina.<sup>6-7</sup> Todo ello atenta contra la efectividad del TR como terapia sustitutiva de la función renal perdida, lo que se traslada inmediatamente a costos incrementados de los costos y calidad disminuida de la asistencia médica.

Otras riquezas esconde el estudio que colocamos en este suplemento a la consideración del lector. La discusión de los resultados ha justificado una extensa y abarcadora revisión de una bibliografía que ha crecido exponencialmente a medida que se comprende la necesidad de una intervención integral de las causas y síntomas de la ERC, y de las terapias que se administran hoy para preservar en todo momento el estado de salud del nefrópata.

La lectura e inculturación de los resultados y conclusiones de este estudio deberían abrir nuevos derroteros a la investigación biomédica, y como lógica natural, mejores tratamientos, tolerancias aumentadas a los mismos, y supervivencia prolongada del enfermo con carga disminuida de morbilidades y discapacidades. Si ello fuera posible, habrá valido la pena la publicación de este suplemento de la RCAN.

Dr. Sergio Santana Porbén.

Editor-En-Jefe.

RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La Alimentación y la Nutrición en la Enfermedad Renal Crónica [Resúmenes de un Taller de Expertos]. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2014;24(2 Supl 1):S1-S186.
2. Tomey MI, Winston JA. Cardiovascular pathophysiology in chronic kidney disease: Opportunities to transition from disease to health. Ann Glob Health 2014;80:69-76.
3. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. New Engl J Med 2004;351:1296-1305.
4. Nurko S. Anemia in chronic kidney disease: Causes, diagnosis, treatment. Cleveland J Med 2006;73:289-297.

5. Pérez-Oliva JF, Lagarde M, Herrera Valdés R. Broad use of Cuban recombinant human erythropoietin (ior-EPOCIM) in dialysis patients at the Institute of Nephrology. MEDICC Review 2005;7(5):0-0. Disponible en: [http://www.medicc.org/publications/medicc\\_review/0505/cuban-medicalliterature-2.html/](http://www.medicc.org/publications/medicc_review/0505/cuban-medicalliterature-2.html/). Fecha de última visita: 13 de Mayo del 2016.
6. Tsimihodimos V, Dounousi E, Siamopoulos KC. Dyslipidemia in chronic kidney disease: An approach to pathogenesis and treatment. Am J Nephrol 2008;28:958-73.
7. Cattran DC, Steiner G, Wilson DR. Hyperlipidemia after renal transplantation: Natural history and pathophysiology Ann Intern Med 1999;91:554-59.
8. Borroto Díaz G, Barceló Acosta M. Complicaciones metabólicas tras el trasplante renal. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2014;24(2):280-303.