



**Álvaro García – Colombia**

**Presidente del AWG Colombia 2006 – 2009  
Expresidente de la Asociación Colombiana de Nefrología  
Profesor de la Universidad de Antioquia  
Unidad de Diálisis del Hospital San Vicente de Paúl**

La anemia es una entidad que acompaña a la enfermedad renal y quizás es la etiología más frecuente de mortalidad en estos pacientes que los lleva a un 50% de causa de muerte en pacientes con enfermedad renal. Consideramos que las sociedades científicas tienen la obligación de revisar la literatura, actualizar sus guías, mirar lo que existe en el contexto mundial y tratar de adaptarlas a nuestras circunstancias; es por ello que con la ayuda del Anemia Working Group hicimos una primera reunión en un pueblito cercano a Medellín. Revisamos la literatura y buscamos cómo actualizar nuestras guías y cómo hacer un panorama para Latinoamérica. Latinoamérica es un territorio muy amplio, para el 2004 tenía 500 millones de habitantes, de estos 480 estaban en terapia de reemplazo renal con un 60% en hemodiálisis, 20% en trasplante renal y otro 20% en CAP. A pesar de que las culturas son diferentes era un reto para nosotros porque todas las guías hechas actualmente estaban para un piso de menos de 1.000 mts. y nosotros sabemos que Bolivia, La Paz y todas estas tienen una altura mucho mayor por lo cual las guías que teníamos estaban prácticamente desactualizadas en ese sentido.

Después de revisar la literatura hicimos nuestro primer borrador. Tuvimos un consenso a nivel Latinoamericano con varios expertos para poderlas modificar, corregir y finalmente apareció este documento que queremos presentar el día de hoy.

Parte de este documento es importante para conocer que tenemos un concepto muy claro y no fragmentado como el que tienen muchas personas respecto a la enfermedad renal. Para nosotros, desde que al paciente se diagnostica enfermedad renal, se mueve a través del tiempo en diferentes etapas y quizás la que más se conoce es la etapa de publicidad de trasplantes y pacientes en diálisis pero para nosotros son muy importantes en las primeras etapas. Los pacientes que se trasplantan vuelven otra vez a un estadio un poco más alto o menor que el estadio cinco pero el paciente continúa con enfermedad renal. Debido a esto, las guías prácticamente cobijan todo el espectro de la enfermedad renal.

Están determinadas inicialmente con la importancia clínica de la anemia en la enfermedad renal, el diagnóstico de la anemia, estudio de la anemia, rango de hemoglobina a obtener, frecuencia de seguimiento de los parámetros hemáticos, diagnóstico de ferropenia, tratamiento de ferropenia, agentes estimulantes, uso de otros estimulantes, terapia transfusional y anemia en trasplante renal. A pesar de que se ha hecho una evaluación de la literatura mundial lo que tenemos nosotros en

nuestro medio y lo que hay en Latinoamérica, parte del consenso no tiene un asidero tan potente desde el punto de vista científico, por lo cual tuvimos que recurrir a expertos para que valoraran el conocimiento que daban estas guías y ustedes van a ver que si es de alto o de bajo poder y de esa manera vamos a hacerlas.

Tienen que leer esta parte que es muy importante; esto les va diciendo más o menos el grado de poder que tiene la guía; el tratamiento de la anemia pudiera en un momento dado retrasar la enfermedad renal, es decir, la evolución de la enfermedad renal, disminuir la hipertrofia del ventrículo izquierdo y por ende, disminuir la morbilidad y mortalidad desde este punto de vista. Es conocido que no todo es verdad en esta aseveración pero si se aumenta la capacidad física, la capacidad mental del paciente y la vida del paciente se torna mejor cuando tiene una hemoglobina por encima de 11.

En cuanto al diagnóstico de la anemia, este es otro punto de debate que quizás ustedes lo van a ver a través de la literatura. Mirando las buenas prácticas Europeas, las Canadienses, las Brasileñas nos pusimos prácticamente de acuerdo para poder demostrar y decir que la anemia en los estadios 1 y 2 de la enfermedad renal es igual a lo que dice la literatura mundial que debe ser menor a 13.5 en hombres y menor de 12 en mujeres. Ustedes van a ver que unos dicen si la paciente está premenopáusica, post-menopáusica, si el paciente está a determinada altura pero habría que tener un consenso con respecto a esto. En cuanto a los pacientes en los estadios 3, 4 y 5 no creo que haya mucho problema y diagnosticamos una anemia en los pacientes que tienen menos de 11 g/dL, no sólo como diagnóstico sino a nivel de intervención, ya que si a los pacientes en este momento los dejamos con menos de esa hemoglobina, el paciente va a presentar una serie de consecuencias secundarias a su anemia.

En cuanto a pacientes que tienen enfermedad renal que no corresponde a su nivel de hemoglobina, de acuerdo a su tasa de filtración glomerular, esos pacientes deben de ser evaluados para buscar alguna otra causa de anemia.

Siguiendo con la guía, tenemos la tercera guía, el estudio de la anemia; ¿cómo se debe estudiar la anemia? No podemos hacer en una guía en cuanto a esto. Lo último en manejo del diagnóstico es que debemos tratar de unificar los criterios a nivel de todo nuestro continente para determinar qué pacientes tienen anemia; nos pareció lo más fácil y lo que dice la literatura es hacer un hemoleucograma completo que contenga leucocitos, plaquetas, hemoglobina, volumen corpuscular medio, hemoglobina corpuscular media, ferritina sérica, porcentaje de saturación, transferrina y recuento de reticulocitos. ¿Por qué esto? Sencillamente para poder decir que la anemia del paciente con enfermedad renal crónica es normocítica, normocrómica y si el paciente tiene estos índices diferentes poder buscar alguna otra causa que el Doctor Hildebrando presentó en la última diapositiva; entonces, vieron que la anemia del paciente con enfermedad renal crónica hay que excluir por lo menos como otros 15 factores más que pueden estar asociados.