

^c *Medicina de Familia y Comunitaria, Unidad Docente de Huelva, Huelva, España*

^d *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Molino de la Vega, Huelva, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tonhy_66@hotmail.com
(A. Mora Jurado).

doi:10.1016/j.aprim.2010.09.016

Antes y después del filtrado glomerular

Before and after glomerular filtration

Sr. Director:

La enfermedad renal crónica, especialmente en fases iniciales, es muy desconocida¹. Hasta hace pocos años solamente se identificaba e intervenía en las fases más avanzadas¹. Recientemente disponemos de estudios que relacionan la insuficiencia renal crónica (IRC) con un aumento de la morbimortalidad cardiovascular¹⁻⁴, por lo que es necesaria una intervención precoz y un control estricto de estos pacientes^{2,5}.

La prevalencia de la IRC en la población española adulta es de 6,8% (EPIRCE) y entre los pacientes que acuden a consulta en Atención Primaria (EROCAP) del 21%¹. Si además tienen factores de riesgo cardiovascular (FRCV) la cifra llega al 35-40%².

Para el cálculo del filtrado glomerular (FG) se utilizan mayoritariamente dos ecuaciones: *Modification of Diet in Renal Disease (MDRD-4)* y la fórmula de Cockcroft-Gault^{1,3,6}.

La MDRD-4 es la fórmula más utilizada³, no requiere del peso del paciente pero no distingue los estadios 1-2³. La segunda fórmula requiere de edad, peso, creatinina sérica y sexo^{2,3}.

El objetivo principal de este trabajo es, después de un año de disponer del FG de los pacientes, conocer el grado de control de la función renal y de los FRCV de los pacientes con IRC.

Realizamos un estudio retrospectivo en el Centro de Salud de Santa Eugènia de Berga (Barcelona). Incluimos a todos los pacientes mayores de 14 años con el diagnóstico de IRC en la historia clínica informatizada y/o con dos FG inferiores de 60 ml/min/1,73m² o con un solo FG alterado con una creatinina superior a 1,3 mg/dl en mujeres y superior a 1,4 mg/dl en hombres. Se excluyeron los pacientes no visitados o sin analítica y/o exploración física en el último año, pacientes desplazados o que habían sido exitus. Se recogieron datos epidemiológicos: edad, sexo, índice de masa corporal, FRCV: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y tabaquismo; enfermedades cardiovasculares y enfermedades reno-prostáticas. Se revisaron analíticas y ecografías realizadas en el Centro de Salud y/o en el Hospital de referencia de los pacientes.

En una población de 13.784 habitantes se detectaron 340 casos con un FG < 60 ml/min hasta el 31 de diciembre de 2008; de estos 110 solo tenían 1 FG, 17 de los cuales, el siguiente FG era > 60 ml/min/m² y 93 no tenían calculado otro FG. Cumplían criterios de inclusión 191.

La prevalencia global de IRC fue de 1,39%, la relación H/M: 1/1,02, y la edad media 76,08 (DE: 12,02) años.

En la distribución por estadios los pacientes mayoritariamente pertenecen al estadio 3 (86,9%), al 4 (8,4%), al 5 (3,1%) y no catalogables (1,6%).

Presentan mal control de la hipertensión arterial (presión arterial > 130/80 mmHg o 125/75 mmHg si el cociente albuminuria/creatinina es > 500 mg/g) el 78,1%; de la diabetes mellitus tipo 2 (Hb1Ac > 7%) el 52% y de su hipercolesterolemia (cLDL > 100 mg/dl) el 47,9% de los casos².

El 49,7% de los pacientes disponían de ecografía renal, el 36,8% de las cuales eran normales y el 63,2% patológicas; en el 38% de estas se detectó un parénquima reducido.

La prevalencia de nuestra población con IRC es muy baja comparada con el estudio EPIRCE. Esto indica que muy probablemente existen muchos pacientes infradiagnosticados y por tanto se debe solicitar de forma sistemática el FG a todos los pacientes con FRCV².

Además, el bajo grado de control de los FRCV indica el trabajo que hay por delante y la importancia de la IRC en Atención Primaria, desconocida u olvidada hasta el momento¹. La identificación temprana de la IRC y el buen control de los FRCV son esenciales también para retardar y modificar la progresión de la enfermedad renal⁵.

Agradecimientos

Al Dr. J. Espinàs, tutor docente de nuestra ABS y a la Dra. Teresa Masat, técnica de salud de la SAP Osona del ICS.

Bibliografía

- Martín de Francisco AL, Aguilera L, Fuster V. Enfermedad cardiovascular, enfermedad renal y otras enfermedades crónicas. Es necesaria una intervención más temprana en la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2009;29:6-9.
- Alcazar R, Egocheaga MI, Orte L, Lobos JM, González Para E, Álvarez Guisasola F, et al. Documento de consenso semFYC-SEN sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2008;273-282.
- Gracia S, Montañés R, Bover J, Cases A, Deulofeu R, Martín de Francisco AL, et al. Documento de consenso: Recomendaciones sobre la utilización de ecuaciones para la estimación del filtrado glomerular en adultos. *Nefrología*. 2006;26:658-65.
- Alcazar R, Orte L, Otero A. Enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2008;3-6.
- Gorritz JL. Enfermedad renal crónica (ERC): detección, prevención y remisión adecuada a nefrología. *Nefrología extra-hospitalaria*. 2004;11:11-3.
- de Francisco ALM, Otero A. Insuficiencia renal oculta: estudio EPIRCE. *Nefrología*. 2005;25:66-71.

Mercè Cervera*, Maria Callís, Núria Calonge, Mireia Zurita, Laia Franquesa y Silvia Galan

ABS Santa Eugènia de Berga, Unidad Docente de MFyC Centro, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 39593mcl@comb.cat (M. Cervera).

doi:10.1016/j.aprim.2010.09.028