

importante es saber cómo y cuándo utilizarlos y cómo combinarlos para obtener un control efectivo y eficiente del paciente hipertenso.

El hipertenso es un paciente de riesgo cardiovascular en el que la elección del tratamiento viene condicionada por otras circunstancias añadidas. Actualmente 2 grandes consideraciones dominan el tratamiento antihipertensivo: por una parte, el bloqueo del sistema renina-angiotensina se erige como base de éste y, por otra parte, la utilización de combinaciones para lograr un mejor control antihipertensivo. Esta es la situación real y la práctica clínica seguida por la mayoría de los médicos españoles así lo corrobora.

En resumen, consideramos que la Guía Terapéutica de la semFYC está anclada en unos planteamientos ya felizmente superados y no refleja las evidencias acumuladas sobre antihipertensivos que deben entrar en la elección de numerosos pacientes hipertensos.

## Bibliografía

1. Abellán J, Leal M, Martínez A, García-Galbis J. Guía terapéutica en atención primaria de la semFYC. Sección Hipertensión Arterial Esencial. ¿Actualizada? ¿Basada en qué evidencias? Aten Primaria. 2009;41:275.
2. Guía terapéutica en Atención Primaria basada en la evidencia, 3 ed. Barcelona: Ediciones semFYC; 2007.
3. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Lee A, Green A, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. 2003;42:1206–52.
4. ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. (ALLHAT). JAMA. 2002;288:2981–97.
5. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. J Hypertension. 2007;25:1015–187.
6. The Captopril Prevention Project (CAPP) Study Group. Effect of angiotensin-converting enzyme inhibition compared with conventional therapy on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: The Captopril Prevention Project (CAPP) randomized trial. Curr Hypertens Rep. 1999;1:466–7.
7. Hawkins NM, Wang D, McMurray JJ, Pfeffer MA, Swedberg K, Granger CB, et al. CHARM Investigators and Committees. Prevalence and prognostic implications of electrocardiographic left ventricular hypertrophy in heart failure: Evidence from the CHARM programme. Heart. 2007;93:59–64.
8. Brunner M, Cooper-DeHoff RM, Gong Y, Karnes JH, Langa TY, Pepine CJ, et al. INVEST Investigators. Factors influencing blood pressure response to trandolapril add-on therapy in patients taking verapamil SR (from the International Verapamil SR/Trandolapril INVEST Study). Am J Cardiol. 2007;99:1549–1554.
9. Taddei S, Ghiadoni L, Salvetti A. Current treatment of patients with hypertension: Therapeutic implications of INSIGHT. Drugs. 2003;63:1435–44.
10. Boersma C, Carides GW, Atthobari J, Voors AA, Postma MJ. An economic assessment of losartan-based versus atenolol-based therapy in patients with hypertension and left-ventricular hypertrophy: Results from the Losartan Intervention For Endpoint reduction (LIFE) study adapted to The Netherlands. Clin Ther. 2007;29:963–71.
11. McQueen MJ, Lonn E, Gerstein HC, Bosch J, Yusuf S. The HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation) Study and its consequences. Scand J Clin Lab Invest Suppl. 2005;240:143–56.
12. Meurin P. The ASCOT trial: Clarifying the role of ACE inhibition in the reduction of cardiovascular events in patients with hypertension. Am J Cardiovasc Drugs. 2006;6:327–34.

José Abellán Alemán\*, Mariano Leal Hernández,  
Antonio Martínez Pastor y José García-Galbis Marín

*Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia, Murcia, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jabellan@pdi.ucam.edu  
(J. Abellán Alemán).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.aprim.2009.09.012

doi:10.1016/j.aprim.2009.09.013

## Insuficiencia renal oculta en diabéticos sin enfermedad cardiovascular conocida

### Hidden renal failure in diabetics with no known cardiovascular disease

*Sr. Director:*

Con el objetivo de conocer la prevalencia de la insuficiencia renal (IR) oculta en pacientes diabéticos sin enfermedad cardiovascular conocida, hemos realizado un estudio descriptivo basado en la revisión de historias clínicas en un centro de salud

urbano. Participaron pacientes diabéticos mayores de 50 años sin diagnóstico previo de enfermedad cardiovascular ni nefropatía, obtenidos del registro informático por muestreo aleatorizado estratificado por edad. Se consideró una prevalencia estimada de IR del 20% y una precisión del 5% sobre una población total de 42.000 habitantes, con una prevalencia atendida de diabetes del 4% (1.500 pacientes). De ellos, el 39% (580 pacientes) tenía antecedentes conocidos de enfermedad cardiovascular o nefropatía.

En el estudio realizamos mediciones de los factores de riesgo cardiovascular, bioquímica sanguínea y cálculo del filtrado glomerular estimado mediante la ecuación MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*). Se consideró IR si el

**Tabla 1** Características generales y según la presencia de insuficiencia renal

Características de la muestra		Pacientes con IR	Pacientes sin IR	p
n	240	19 (8%)	219 (92%)	
Edad	66,49 ± 10,08	76,37 ± 7,8	65,73 ± 9,7	<0,001
porcentaje superior a 65 años	52,1	89,50	49,30	<0,001
Mujeres	125 (52%)	73,70%	50,20%	<0,05
PAS	134,06 ± 16,19	136,31 ± 14,32	133,8 ± 7,1	NS
PAD	76,57 ± 8,43	77,36 ± 8,39	76,4 ± 8,4	NS
Tabaco	46 (19,4%)	10,50%	19,90%	NS
HTA	168 (70%)	93,30%	68,20%	<0,05
Dislipidemia	122 (51%)	53,30%	51,10%	NS
IMC superior a 30	90(37,5% )	60,40%	36,50%	0,05
Glucosa	140,4 ± 44,04	146 ± 51,9	140,18 ± 43,5	NS
PA inferior a 130/80	135 (55,4%)	46,70%	56,10%	NS
Colesterol	202,75 ± 38,8	208,8 ± 33,2	202,61 ± 39,23	NS
TG	145,6 ± 88,4	145,6 ± 53,9	145,7 ± 91	NS
HDL	53,15 ± 14,10	56,94 ± 12,66	52,84 ± 14,22	NS
LDL	120,95 ± 33,08	126,57 ± 34,8	120,6 ± 32,9	NS
LDL inferior a 100	65 (27,1%)	33,30%	26,50%	NS
Creatinina	0,86 ± 0,20	1,2 ± 0,25	0,83 ± 0,16	<0,001
HbA1C	7,46 ± 1,37	7,76 ± 1,27	7,42 ± 1,38	NS
HbA1C inferior al 7%	92(38%)	15,80%	45%	<0,05
TFG	86,13 ± 22,18	54,6 ± 9,8	98,7 ± 23	<0,0001

IMC: índice de masa corporal; IR: insuficiencia renal; HbA1C: hemoglobina glucosilada; HDL: *high-density lipoproteins* 'lipoproteínas de alta densidad'; HTA: hipertensión arterial; LDL: *low-density lipoprotein* 'lipoproteínas de baja densidad'; NS: no significativo (dato); PA: presión arterial; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; TFG: tasa de filtración glomerular; TG: triglicéridos.

filtrado glomerular era inferior a 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Se establecieron estándares de control adecuado de presión arterial si ésta era inferior a 130/80 mmHg; de diabetes si la hemoglobina glucosilada (HbA1C) era inferior al 7%, y de hiperlipidemia si el colesterol ligado a las lipoproteínas de baja densidad era inferior a 100 mg/dl.

En el estudio se incluyeron 240 pacientes con edad media de 65 ± 10 años. La IR estuvo presente en el 8% de los pacientes. Los resultados por grupos con presencia o ausencia de IR se exponen en la [tabla 1](#). La IR se asoció a edad superior a 65 años, sexo femenino ( $p < 0,001$ ), deficiente control de diabetes ( $HbA1C > 7$ ) y presencia de hipertensión arterial asociada ( $p < 0,05$ ). En cuanto al tratamiento utilizado, el 21% de los pacientes con IR estaba tratado con insulina ( $p < 0,05$ ). Del total de pacientes, el 33% estaba en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), y el 44,2% estaba en tratamiento con estatinas; el uso de IECA y del antagonista del receptor de la angiotensina II (ARA-II) era lo más frecuente en el grupo de pacientes con IR (68%) ( $p < 0,05$ ).

Hemos observado una baja prevalencia de IR en comparación con estudios similares<sup>1-4</sup>. En nuestro trabajo esto se ha asociado a la edad, el sexo femenino, un deficiente control de la diabetes y la presencia de hipertensión asociada.

En cuanto a la medicación en pacientes con IR, destaca el mayor uso de diuréticos, IECA, ARA-II e insulina ( $p < 0,05$ ), como se aconseja en las guías de práctica clínica. No hubo diferencias significativas en la utilización en otros grupos de medicamentos. Parece necesario introducir sistemáticamente el cálculo de filtración glomerular<sup>5,6</sup> a partir de fórmulas

como MDRD en poblaciones de riesgo de IR, ya que la identificación precoz permitiría la optimización del tratamiento con el objetivo de disminuir el riesgo de progresión de la IR y de su morbilidad asociada en términos de muerte, enfermedad cardiovascular e ingresos hospitalarios.

## Bibliografía

- De Francisco AL, De la Cruz JJ, Cases A, De la Figuera M, Egocheaga MI, Gorriz JJ, et al. Prevalence of kidney insufficiency in primary care population in Spain: EROCAP study. *Nefrología*. 2007;27:300-12.
- Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P, et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *JAMA*. 2007;298:2038-47.
- Tranche Iparraguirre S, Riesgo García A, Marín Iranzo R, Díaz González G, García Fernández A. Prevalencia de insuficiencia renal oculta en población diabética tipo 2. *Atención Primaria*. 2005;35:359-64.
- Cea-Calvo L, Conthe P, Gómez-Fernández P, De Álvaro F, Fernández-Pérez C, RICARDH investigators. Target organ damage and cardiovascular complications in patients with hypertension and type 2 diabetes in Spain: A cross-sectional study. *Cardiovasc Diabetol*. 2006;3:5-23.
- Alcázar R, Egocheaga MI, Orte L, Lobos JM, González Parra E, Álvarez Guisasola F, et al. Documento de consenso SEN-SEMFYC sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2008;28:273-82.
- Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, et al. National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. *Ann Intern Med*. 2003;139:137-47.

M<sup>a</sup> Teresa Gijón Conde<sup>a,\*</sup>, Carmen Rodríguez Martín Millanes<sup>a</sup>, Isabel Pitillas Robledo<sup>a</sup> y Esteban González López<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Universitario Majadahonda, Área 6 Madrid, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

<sup>b</sup>Centro de Salud Universitario Villanueva de la Cañada, Área 6 Madrid, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

\*Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: condemaite@terra.es  
(M.T. Gijón Conde).

doi:10.1016/j.aprim.2009.03.004

## Oportunidades de formación transfronteriza en Medicina de Familia en una Europa sin fronteras

### Cross-border training opportunities in Family Medicine in a Europe without frontiers

Sr. Director:

Las oportunidades de formación médica continuada transfronteriza, aunque poco conocidas y discutidas en la literatura médica, son iniciativas importantes para el desarrollo profesional en Medicina General y de Familia. Presentamos en esta carta una experiencia de autogestión de la formación en un médico residente portugués a través de la realización de actividades de formación en España.

Una gran parte de los médicos residentes de hoy pertenecemos a una generación que los medios de comunicación han denominado la "Generación Easyjet". Este nombre se debe a la aparición de las compañías aéreas de bajo coste que, junto con los programas de becas de intercambio como el Erasmus, han facilitado la movilidad de los estudiantes. Como resultado de esto, esta generación presenta una mayor receptividad a las ideas e influencias de otros países.

A raíz de una invitación para asistir a Madrid a una reunión de la Sección de Jóvenes Médicos de Familia (JMF) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), en febrero de 2008, el residente portugués, coautor de este artículo, tomó contacto con los recursos de formación de la semFYC. Como consecuencia de éstos, estimó que las posibilidades de formación que la semFYC proporciona podrían complementar las posibles deficiencias en la formación especializada que pudiera haber en Portugal. La proximidad geográfica, lingüística y cultural en relación con Portugal, así como la disponibilidad de excelentes conexiones aéreas con compañías aerolíneas de bajo costo, se ofrecían como factores facilitadores.

Una vez tomada la decisión de darse de alta como socio de la semFYC, el siguiente paso fue la elaboración de un plan informal de detección de necesidades de formación y de desarrollo profesional. Esto incluyó el análisis del catálogo de ofertas formativas de la semFYC para seleccionar aquellas actividades que más opciones tendrían de satisfacer las necesidades, en particular las que pudieran compatibilizarse con el calendario del programa de formación especializada.

Hasta la fecha, ha sido posible llevar a cabo una serie de cursos, adquirir material formativo y la asistencia al congreso de la semFYC de Madrid. Como limitaciones, cabe señalar primero la dificultad en tramitar los permisos para asistir a los cursos, ya que la confirmación de la solicitud llega generalmente pocos días antes del inicio de éstos, lo que lleva a que en ocasiones se recurra a los días de libre disposición o incluso a las propias vacaciones del médico. En segundo lugar, las limitaciones inherentes a la situación financiera propia de todo médico residente, agravada por los gastos de alojamiento, manutención y desplazamiento.

En resumen, la experiencia hasta ahora es muy positiva en términos profesionales, y supone un modesto ejemplo de un sistema informal de autogestión de la formación durante el período de especialización, que parte de un análisis y de una detección de las necesidades formativas, de la búsqueda de recursos y del desarrollo de un plan individual de adquisición de competencias. Además, puede ser el punto de partida de programas de intercambio de residentes y JMF entre 2 países a veces tan lejanos pero, sin embargo, tan cercanos.

Tiago Villanueva<sup>a,\*</sup> y Enrique Gavilán-Moral<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidade de Saúde Familiar (USF) Alpha Mouro, Rio de Mouro, Lisboa, Portugal

<sup>b</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Área de Salud de Plasencia, Cáceres, España

\*Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: tiago.villanueva@gmail.com  
(T. Villanueva).

doi:10.1016/j.aprim.2009.03.003