

soporte digital fue de 8,1% ($p < 0,01$). El porcentaje de registro no actualizado fue 81,13% ($p < 0,01$) (tabla 1). La tasa de registro/año por soportes fue de 4,67 registros/año en digital y 4,41 registros/año en papel ($p = 0,12$).

Este estudio demuestra la posibilidad que un 67% de historias no posean ningún dato sobre la ocupación del paciente y también que el registro de ocupación actual sea muy inferior en comparación con lo registrado antiguamente en el papel. Así mismo demuestra una tasa de registro/año muy similar en ambos soportes, lo que podría sugerir que el actual sistema (e-cap: utilizado como registro datos en el área sanitaria de Barcelona) no está siendo una herramienta efectiva para el registro ocupacional.

Este hecho podría estar explicado por la manera en que está organizada la historia digital con múltiples aplicativos a conocer para efectuar el registro. También están las barreras conocidas para el médico de primaria: elevada carga asistencial, poco tiempo para la atención y la falta de conocimiento de las enfermedades profesionales⁴. Esto, de confirmarse, dificulta la valoración del origen laboral o no de las patologías en primaria.

Hay que decir que el estudio está restringido a un centro de primaria concreto, por lo que creemos necesario hacer un estudio más amplio en la red de primaria. Sin embargo, creemos necesario recomendar a los médicos de primaria que pregunten de primera intención la ocupación del paciente⁵, porque esto permitiría un intercambio de información con beneficio para el paciente, concienciándose de los riesgos de su trabajo, y para el médico, conociendo las tareas y lugares que ponen en riesgo la salud del paciente. También recomendamos modificar la aplicación informática de la historia de tal modo que haga más fácil este registro. Ambas acciones ayudarían a una mejor coordinación de la salud laboral y la primaria, lo que mejoraría la prevención y la cobertura sanitaria del paciente-trabajador⁶.

Agradecimientos

A todo el personal médico y administrativo del centro de Atención Primaria del Poblenu por su activa participación;

doi:10.1016/j.aprim.2009.11.003

a Consol Serra por su trabajo en coordinación, y a la Unidad Docente de Medicina del Trabajo de la Universidad Pompeu Fabra.

Bibliografía

1. Benavides FG, Castejón J, Gimeno D, Porta M, Mestres J, Simonet P, et al. Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. *Am J Ind Med.* 2005;47:176–80.
2. Won JU, Dembe AE. Services Provided by Family Physicians for Patients with occupational injuries and illnesses. *Annals of family Medicine.* 2006;4:138–47.
3. Sng J, Lee S, Koh D. Bridging the gap between occupational medicine and family medicine. *Ann Acad Med Singapore.* 2008;37:158–61.
4. Harber P, Merz B. Time and Knowledge Barriers to Recognizing Occupational Disease. *JOEM.* 2001;43:285–8.
5. Goldstein BD. The Second Question of the Occupational History: What is the Riskiest Part of Your Job? *JOEM.* 2007;49:1060–2.
6. Harber P, Mullin M, Merz B, Tarazini M. Frequency of occupational health concerns in general clinics. *JOEM.* 2001;43:939–45.

Giancarlo Ditolvi Vera^{a,*}, Fernando G. Benavides^{a,b}, Oriol Armengol^c y Leslie Barrionuevo-Rosas^d

^aUnidad Docente de Medicina del Trabajo Mateu Orfila, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^bCentro de Investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^cCentro de Atención Primaria de «Poblenu», Barcelona, España

^dServicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nilogiancarlo.ditolvi01@campus.upf.edu (G. Ditolvi Vera).

La sombra del RALES es alargada

The shadow of “RALES” is long

Sr. Director:

Hace una década aprendimos el beneficio de añadir 25 mg de espironolactona a los IECA en la insuficiencia cardiaca clase IV. En 1.663 pacientes, seguidos dos años, se redujeron un 30% el RR de muerte y un 35% las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca. Eran las luces del estudio RALES¹.

Años después, un estudio poblacional en más de 30.000 pacientes tratados con IECA por insuficiencia cardiaca descubrió las sombras. Se registró un incremento de más del triple en la prescripción de espironolactona desde 1999,

año de la publicación del RALES, acompañado de un aumento de la tasa de hospitalizaciones por hiperpotasemia (2,4–11/1.000 pacientes/año) y con una mortalidad asociada que se multiplicó por 7 (0,3–2/1.000 pacientes/año). La falta de monitorización del potasio sérico (Ks) y el uso inapropiado de altas dosis de espironolactona fueron algunas de las razones².

¿El médico de atención primaria conoce este riesgo? Presentamos 3 casos de hiperpotasemia atendidos en un mes; ninguno de ellos, con enfermedad renal crónica (ERC) previa.

Caso 1: Mujer de 82 años, hipertensa, diabética, cardiopatía isquémica, en tratamiento con IECA y espironolactona 100 mg/día. Acude a Urgencias remitida de Atención Primaria por hiperpotasemia; presenta debilidad y signos de deshidratación, urea: 183 mg/dl, creatinina (Crs): 3,9 mg/dl, Ks: 6,7 mEq/l con repercusión electrocardiográfica. Su Crs previa era 1,3 mg/dl, el filtrado glomerular (FG)

demuestra una ERC 3: Cockcroft-Gault(C-G) = 34 ml/min y MDRD = 39 ml/min. Al alta corrige Ks y Crs similar a la previa.

Caso 2: Mujer de 84 años, hipertensa, diabética y fibrilación auricular crónica. Tratada con espironolactona 100 mg/día y ARA II. Acude a Urgencias por astenia y pérdida de fuerza. Presenta hipotensión, bradicardia y disminución de conciencia. Urea: 219 mg/dl, Crs: 3,6 mg/dl y Ks: 8,7 mEq/l. Mejora con expansión y medidas antihiperpota-sémicas (6,44 mmol/l) sin hemodiálisis. Crs basal: 1,4 mg/dl. Por FG C-G = 29 ml/min, y MDRD = 39 ml/min, es decir, una ERC 3-4.

Caso 3: Varón de 80 años diabético, hipertenso, miocar-diopatía hipertensiva, marcapasos, tratado con IECAs y espironolactona 100 mg/día. Acude a urgencias remitido desde Atención Primaria por hiperpotasemia severa (Ks: 8,2 mEq/l). Presenta imposibilidad para deambular. Cr: 1,2 mg/dl. El F.G. descubre una ERC 3. (C-G = 48 ml/min y MDRD = 58 ml/min).

Discusión y conclusiones

Esta preocupante «epidemia»² había sido recogida en nuestro entorno previamente³. En 2005, el Colegio Americano de Cardiología ya se hace eco de este peligro y establece unas recomendaciones para reducir el riesgo de hiperpotasemia en la población tratada con espironolactona, aconsejando evitarla si la creatinina es superior a 1,6 mg/dl, y el potasio superior a 5 mEq/l, e insistiendo en la necesidad de un seguimiento estrecho del Ks (3.º y 7.º día tras el inicio y, al menos, una vez al mes los 3 primeros meses)⁴.

Diez años después del RALES, esta realidad se explica por el uso del doble-triple de la dosis de espironolactona aplicada en el RALES sin seguimiento del Ks.

Además, en nuestra población anciana, se añade un factor no recogido por Jurlink et al² como es una función renal falsamente normal en términos de Crs. Existe una falta de representatividad de la Crs que, aun siendo normal o casi normal, sobrevalora el FG hasta en dos de cada tres mujeres y

uno de cada tres varones de más de 80 años con FG de menos de 50 ml/min, en lo que se ha llamado insuficiencia renal «oculta»⁵, y de la que son un ejemplo nuestros pacientes en los que el FG demuestra una ERC 3-4/5, con Crs normal o casi normal. La relación riesgo/beneficio es inaceptable al usar espironolactona si Ks > 5 mEq/l o en presencia de ERC. Es necesario recurrir a estimaciones del FG en población anciana (C-G o MDRD) para identificar correctamente pacientes con ERC en los que hay que evitar espironolactona.

Bibliografía

1. Pitt B, Zannad F, Remme WJ, Cody R, Castaigne A, Perez A, et al. for the Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. N Engl J Med. 1999;341:709-17.
2. Juurlink DN, Mamdani M, Lee D, Kopp A, Austin PC, Laupacis A, et al. Rates of Hyperkalemia after Publication of the Randomized Aldactone Evaluation Study. N Engl J Med. 2004;351:543-51.
3. Tato A, Merino JL, Liaño F, Tenorio MT, Arambarri M, Cano MT, et al. Hiperpotasemia yatrogénica: un problema de salud pública. Nefrología Extrahospitalaria. 2002;2:21-4.
4. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. ACC/AHA Guideline Update for the diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. Circulation. 2005;112:e154-235.
5. Fernández-Fresnedo G, de Francisco ALM, Rodrigo E, Piñera C, Herráez I, Ruiz JC, et al. Insuficiencia renal oculta por valoración de la función renal mediante la creatinina sérica. Nefrología. 2002;22:144-51.

Elisa Pereira, Agustín Carreño*, Mazine Bennouna e Isabel Ferreras

Sección de Nefrología, SESCAM, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acarreno@senefro.org (A. Carreño).

doi:10.1016/j.aprim.2009.10.024

Respuesta de los autores a la carta: evolución del estado nutricional de personas mayores frágiles en Atención Primaria

Author's reply: Evolution of nutritional state in the fragile elderly in Primary Care

Sr. Director:

Tras la lectura del trabajo de Bordallo et al en relación con la desnutrición en personas mayores frágiles¹, hay algunos datos de interés para la práctica clínica habitual que cabría resaltar. Como demuestran los autores, la prevalencia de desnutrición en este grupo de pacientes es muy elevada (superior al 80%). Esto muestra la necesidad de incorporar una herramienta de *screening* nutricional en la valoración

geriátrica integral para detectar precozmente la desnutrición e instaurar una intervención nutricional eficiente que mejore la calidad y la seguridad de la asistencia que prestamos a estos pacientes.

Los métodos de valoración nutricional se basan en datos antropométricos, bioquímicos y de anamnesis, sin que ninguna herramienta individual permita definir inequívocamente la situación nutricional de un paciente. Aunque los parámetros antropométricos empleados en este trabajo cuentan con ventajas (simplicidad, economía y rapidez), presentan ciertas limitaciones: 1) no son indicadores precoces de desnutrición; 2) pueden albergar sesgos y problemas de reproductibilidad interobservador e intraobservador (especialmente con la medida de pliegues cutáneos) que se intentan obviar con la sistematización de la metodología de medición, la calibración correcta de los aparatos y con la repetición de las medidas por el mismo observador (se estima la media de las medidas repetidas), y 3) están influidos por cambios en la composición corporal