

Microhematuria asintomática. ¿Son necesarias las guías de práctica clínica?

Sr. Director: La microhematuria (MH) se define como la presencia de una cantidad anormal de eritrocitos en la orina, pero insuficiente para ser detectada a simple vista^{1,2}. Se acepta como hematuria la presencia de una cantidad superior a 2-3 hematíes por campo en el sedimento urinario o más de 400,00 hematíes en la orina de 12 horas³.

Es un hallazgo de laboratorio frecuente en Atención Primaria, detectado en analíticas realizadas a pacientes incluidos en protocolos como hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc., en personas sanas en controles rutinarios en la consulta, o bien derivados desde servicios médicos de empresa, revisiones escolares, etc.

La prevalencia se sitúa entre el 0,5%-2% en la infancia y hasta un 13% en adultos, según los autores⁴. La etiología es variada (tabla 1), puede ser de origen renal o extra-renal, no llegando a filiarse en un 11,7%-54,2% de los casos⁵. Todas estas afecciones tienen como manifestación inicial la MH, muchas veces no asociada a ningún síntoma orientativo.

A continuación se presenta un caso clínico donde se demuestra la necesidad de establecer unas normas de actuación que faciliten la toma de decisiones.

Mujer de 59 años, con antecedentes de migraña que toma una media de tres comprimidos al día de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), sin otros antecedentes de interés, ni alergias conocidas. Acude al centro de salud para

apertura de historia, estando asintomática. Se solicita analítica de control con hemograma y bioquímica normales; en la tira de orina presenta hemoglobina +++. En el sedimento se observan 18 hematíes/campo, sin proteinuria, y con urocultivo negativo. La exploración física está dentro de la normalidad; tensión arterial (TA) 130/80 mmHg, peso 61,4 kg, talla 1,50 m², índice de masa corporal (IMC) 27,28 kg/m². Se confirma la MH con la petición de dos nuevos sistemáticos de orina con una periodicidad mensual. Ante esto se solicita un Mantoux que es de 30 30 mm, una radiografía de tórax y una ecografía abdominal que están dentro de la normalidad. Con todos estos resultados se solicita la valoración en Nefrología para completar el estudio. Se repiten el hemograma, la bioquímica, la analítica y el cultivo de orina donde se confirma una MH sin proteinuria y con urocultivo negativo. El aclaramiento de creatinina es de 68,7 ml/min. El estudio metabólico con determinación urinaria de ácido úrico, oxálico, fósforo, calcio, magnesio y citrato son normales. El índice calcio/creatinina es de 0,1 y la microalbuminuria de 24,6 mg/l. La citología urinaria muestra discreta hematuria, con escasas células epiteliales y uroteliales sin atipias. En el estudio inmunológico los ANA (anticuerpos antinucleares) son negativos, inmunoglobulina G, A, M (IgG, IgA, IgM), C3 y C4 son normales. El factor reumatoide es negativo. En la urografía intravenosa se evidencia una buena eliminación de contraste por ambos riñones con morfología pielocalicial y ureteral visible y normal. Existe discreta alteración del sistema calicular superior derecho sugestivo de necrosis papilar incipiente y edema en la pared vesical con irregularidad del cuerno izquierdo.

Diagnóstico: microhematuria asintomática (MHA) en probable relación con la ingesta de AINE y necrosis papilar incipiente.

La MHA es una alteración analítica detectada con frecuencia en la consulta de Atención Primaria, a la que unas veces no se da importancia y no se sigue ninguna actitud diagnóstica, y otras veces se sobrevalora con una batería de pruebas diagnósticas sin ninguna orientación. Nuestro objetivo como médicos de familia es ofrecer a la población una atención de calidad. Deberíamos continuar trabajando y mejorando la elaboración de las guías de práctica clínica (GPC) que nos ayudan en la toma de decisiones para abordar un problema de salud concreto. En el caso clínico presentado, en el que se detecta una alteración analítica asintomática, el disponer de GPC con unas recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible nos van a permitir concluir sobre la no existencia de patología objetivable o, ante ella, remitir a otro nivel asistencial para completar el diagnóstico y realizar el tratamiento correcto. De este modo conseguiríamos aumentar el nivel de calidad asistencial, disminuiríamos la variabilidad de la práctica clínica, eliminaríamos actuaciones superfluas, comparti-

Tabla 1. Causas de microhematuria^{1,3,4}

Renal

Glomerular

Glomerulonefritis aguda, glomerulonefritis crónica (nefropatía IgA, mesangiocapilar), glomerulonefritis en enfermedades sistémicas (lupus, vasculitis, púrpura de Schönlein Henoch), glomerulonefritis por anticuerpos antimembrana basal (síndrome de Goodpasture), síndrome de Alport, síndrome de la membrana basal delgada

Extraglomerular

Hipercalcemia, hiperuricemia, tumores renales, poliquistosis renal, litiasis renal, fístulas arteriovenosas, hemangioma renal, necrosis papilar, drepanocitosis, nefritis intersticial, embolia renal

De vías urinarias

Tumores de pelvis y urotelio, tumores renales, litiasis, tuberculosis, invasión extrínseca del uréter, tumores vesicales, cistitis aguda, traumatismos (masturbación), cuerpos extraños, ciclofosfamida, adenoma de próstata, prostatitis, uretritis aguda, angiomas uretrales

Alteraciones de la hemostasia

No excluye otra causa silente

Microhematuria de origen no filiado

riamos las decisiones con los pacientes, y optimizaríamos la utilización de los recursos.

M. MARTÍNEZ ACEVEDO^a Y R. SALAS BOMBÍN^b

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

^aCentro de Salud Berruguete. Área 5. Madrid.

^bCentro de Salud Chopera II. Área 5. Madrid.

Correspondencia: M. Martínez Acevedo.

C/ Berruguete 7.

28039 Madrid.

Recibido el 3-11-03; aceptado para su publicación el 1-4-04.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albaladejo Monrreal E, Sánchez Sánchez JA, De la Biseca Cosgrove S. Microhematuria aislada. FMC 1997;4:312-7.
2. García Ramos JB, Fernández Santiago E, Torrubia Romero FJ. Un paciente con hematuria en Atención Primaria. Medicina Integral 1998; 32:221-6.
3. Serrallach i Milá N. Hematuria. JANO 2002;LXII:28-37.
4. Montoliu Durán J, Mardaras Garay J, Baró Ros, Salameo Baró P. Un paciente con microhematuria. Medicina Integral 1990;15:340-6.
5. López Martínez E, Jara Peñacoba M, Duce Tello S, Rebollo Blanco P, Manzano Peña MT, Vera Villaverde M. Manejo de la microhematuria microscópica asintomática. SEMERGEN 2001;27:241-6.

La dualidad campo-ciudad en procesos alérgicos respiratorios

Sr. Director: Los procesos respiratorios relacionados con la patología alérgica son objeto de numerosas consultas en la práctica médica diaria, aumentando su frecuencia continuamente; sin embargo, dada su buena respuesta al tratamiento sintomático no se suele profundizar en el estudio etiológico/medio ambiental de estos cuadros. El objetivo de este trabajo es describir las distintas circunstancias que diferencian los procesos respiratorios alérgicos en áreas urbanas y rurales, para lo cual se realizó una revisión bibliográfica, con la que se pretende presentar una visión global de los datos que suelen publicarse de manera aislada.

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica con los términos MESH (*respiratory hypersensitivity* OR *rhinitis* OR *allergy*) AND (*urbanization* OR *rural health*) en las bases de datos MEDLINE, PREMEDLINE, EBM REVIEWS, EMBASE, PASCAL BIOMED y CINAHL; obteniendo 91 resultados con los limitadores: idioma (inglés/ castellano), fecha de publicación (últimos 5 años) y accesibilidad al abstract. Después de leer los abstract se consideraron oportunas para el objetivo 37 publicaciones, logrando el texto completo de 24 de ellas de las que hemos obtenido las siguientes conclusiones: el aumento en la prevalencia de procesos alérgicos respiratorios en los últimos años se ha relacionado con el cambio climático; asimismo, existen otros factores que marcan diferencias entre los medios rural y urbano, como son: la exposición a distintos alérgenos, la variabilidad en los niveles de los mismos y la existencia de ciertos agentes irritativos propios de la urbanización (tabla 1)¹.

Distintas variables climatológicas y factores de confusión han de ser tenidos en cuenta a la hora de analizar los datos disponibles. Entre ellos, la calefacción a base de es-

Tabla 1. Diferencias etiopatogénicas en medios rural y urbano. En esta tabla se muestran: la diferencia en porcentajes de sensibilización a distintos alérgenos, la diferente concentración de agentes irritantes que aumentan la reactividad individual a los mismos, y los distintos niveles alérgicos (p5 es la proteína antigénica del polen de *Lolium*)

Rural	Medio	Urbano
Sensibilización alérgenos^{2,3}		
14,2%	Roedores	1,3%
11,3%	Cucarachas	9,5%
0,9%	Herbáceas	4%
Agentes irritantes^{4,5}		
389	CO ₂ (atm)	511
28,6	NO ₂ (g/m ³)	48,6
111	O ₃ (ppb)	106
7	SO ₂ (g/m ³)	13,6
42	PM ₁₀ (g/m ³)	38
Niveles alérgicos^{3,6}		
69,5	Polen herbáceas (unidades/m ³)	311,2
1,7	<i>Lolium</i> polen (p5/g polen)	2,57

tufas con mala salida de humos o el empleo de herbicidas que son agentes irritantes propios del medio rural y potencialmente evitables hoy día con un correcto uso de los avances disponibles⁷.

Se ha observado, además, una menor prevalencia de procesos alérgicos en personas que durante la infancia han convivido con animales dentro de la casa⁸. La teoría de la higiene ha estudiado este efecto protector de las granjas postulando una mayor prevalencia en medio urbano en relación con una excesiva higiene en la infancia que impediría una exposición adecuada a los alérgenos habituales⁹.

Otros autores relacionan la alimentación en medios suburbanos con un deterioro del sistema inmune y un mayor número de enfermedades alérgicas. También se ha relacionado con el estado vacunal, por ejemplo, se ha demostrado que la vacuna de las paperas disminuye el porcentaje de atopias y procesos respiratorios de este tipo¹⁰.

Consecuentemente, la presencia de eventos de este tipo debe ser prevenida desde la infancia, evitando factores de sobreprotección y posibilitando un buen estado vacunal y alimenticio, lo cual es más factible en el medio rural que en el urbano; al menos en las condiciones actuales de la sociedad española.

S. PÉREZ CACHAFEIRO^a Y M. PALOMO LASTRA^b

^aResidente Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud.

Espronceda.

^bResidente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campamento. Área 7. IMSALUD. Madrid.

Correspondencia: S. Pérez Cachafeiro.

C/ Divino Pastor, 27, 1.º Pta. 4.

28004 Madrid.

Correo electrónico: perezcachafeiro@yahoo.com

Recibido el 12-11-03; aceptado para su publicación el 28-10-04.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Cachafeiro S, Palomo Lastra M. Diferencias etiopatogénicas en procesos alérgicos respiratorios. Book of Abstracts 6th Wonca World Rural Health Conference. SemFyC 2003;163.