

Insuficiencia renal en diabéticos: ¿es la creatinina suficiente para su detección?

Sr. Director. En relación con el artículo recientemente publicado por Tranche Iparraguirre et al¹ titulado «Prevalencia de insuficiencia renal “oculta” en población diabética tipo 2», queríamos comunicar que en nuestro centro de atención primaria en Sant Boi de Llobregat (Barcelona) se ha llevado a cabo un estudio observacional transversal muy similar. Nuestros objetivos eran estimar la prevalencia de nefropatía oculta en pacientes diabéticos mediante el cálculo del filtrado glomerular (FG) con la fórmula de Cockcroft y Gault (sin corregir por superficie corporal), así como analizar la relación entre nefropatía, otros factores de riesgo cardiovascular y el grado de con-

trol de éstos²⁻⁴. De forma aleatoria seleccionamos una muestra de 203 pacientes diabéticos tipo 2 similar a la de Tranche Iparraguirre et al¹ (tabla 1). Al realizar el cálculo del FG diferenciamos 3 grupos según el grado de insuficiencia renal (IR) siguiendo las directrices de la New York Kidney Foundation: IR leve (41%), IR moderada (40%) y IR severa (19%). En el grupo de pacientes con creatinina normal (< 130 µmol/l o 1,5 mg/dl) había casi un 60% de casos con un FG por debajo de 90 (IR como mínimo leve), y un 20% con FG < 60 (IR como mínimo moderada). Así pues, al igual que nuestros colegas de Oviedo, concluimos que el cálculo del FG mediante fórmula en pacientes diabéticos en atención primaria puede resultar una herramienta muy útil para detectar casos de IR que se escaparían si solo tuviéramos en cuenta la creatinina sérica.

**E. de Frutos, G. Lorenz-Castañé,
C. Manzotti y A. Espínola-Rodríguez**

ABS Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat.
Barcelona. España.

TABLA 1. Descripción general de la muestra

n	203
Edad (años)	67 ± 9,51
Sexo (varones)	51%
Índice de masa corporal (kg/m ²)	30 ± 5,04
Fumadores	16%
Hipertensión arterial	75%
Dislipemia	67%
Diabetes mellitus > 5 años evolución	56%
Cardiopatía isquémica	16%
Arteriopatía periférica	6%
Accidente cerebrovascular	12%
Albuminuria	18%
Retinopatía	13%
Síndrome metabólico	64%
Persión arterial sistólica/presión arterial diastólica < 130/80	40%
Lipoproteínas de baja densidad < 100 mg/dl	29%
Hemoglobina glucosilada < 7%	53%
Control óptimo de todos los factores de riesgo	7%

Palabras clave: Insuficiencia renal. Filtrado glomerular. Diabetes.

Primun non nocere... fumar o no fumar

Sr. Director: En su reciente artículo: «El consejo para dejar de fumar: por qué, cuándo y cómo debemos darlo a nuestros pacientes», Olano Espinosa et al¹ establecen que este consejo debe ser motivador y personalizado, informando a los pacientes de los beneficios que comporta el abandono del tabaco y los riesgos que entraña su consumo. En ciertas circunstancias clínicas esta explicación puede resultar extremadamente compleja.

Hace más de 25 años que el tabaco se relacionó de forma inversamente proporcional como factor epidemiológico en el desarrollo de colitis ulcerosa. Recientemente, un estudio multicéntrico realizado con pacientes judíos de Israel señaló el papel protector del tabaco en esta afección². Así, la comparación de los hábitos tabáquicos de los pacientes y los controles mostró que la proporción de pacientes fumadores con colitis ulcerosa (12,4%) era menor que la de sus controles (26,4%), mientras que la proporción de ex fumadores con esta afección (29,7%) era mayor comparada con sus controles (19,5%); estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Cierto es que el efecto nocivo del tabaco resultó ser evidente en el desarrollo de complicaciones extraintestinales (espondiloartropatía seronegativa y dermatológicas) en pacientes con colitis ulcerosa fumadores durante el curso de la enfermedad intestinal³.

De un modo similar, en dos estudios prospectivos se demostró que el riesgo de sufrir la enfermedad de Parkinson era un 60% menor en fumadores y que el riesgo decrecía más cuanto mayor era la cantidad de tabaco consumida⁴. En ese mismo estudio, se observó que los ex fumadores tenían un riesgo disminuido de padecer la enfermedad, si bien el aparente beneficio del tabaco desaparecía a medida que aumentaba el tiempo transcurrido desde el abandono. Debo decir que el efecto noci-

Palabras clave: Tabaco. Colitis ulcerosa. Enfermedad de Parkinson.

vo del tabaco resultaba evidente en los anteriores trabajos, ya que tanto los fumadores como los ex fumadores tenían un riesgo relativo de muerte aumentado para su edad cuando se comparaban con los no fumadores.

La controversia está servida. ¿Qué debemos hacer en aquellos pacientes con colitis ulcerosa en los que persistan los síntomas a pesar del tratamiento habitual, pero mejoran cuando fuman? *Primum non nocere*⁵.

Es evidente el efecto nocivo del tabaco a todos los niveles, y su implicación en el desarrollo de cáncer, enfermedades cardiocirculatorias y respiratorias. Debemos ofrecer al fumador la mejor información científica

disponible haciéndole participe de su proceso patológico⁶.

J. Reyes-Balaguer

Servicio de Alergia. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

1. Olano Espinosa E, Matilla Pardo M, González Díaz M, Martínez González S. El consejo para dejar de fumar: por qué, cuándo y cómo debemos darlo a nuestros pacientes. *Aten Primaria*. 2005;36:45-9.
 2. Reif S, Lavy A, Keter D, et al. Lack of association between smoking and Crohn's disease but the usual association with ulcerative colitis in jewish patients in Israel: a multicenter study. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:474-8.
 3. Manguso F, Sanges M, Staiano T, et al. Cigarette smoking and appedectomy are risk factors form extraintestinal manifestations in ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:327-34.
 4. Hernán MA, Zhang SM, Rueda-deCastro AM, Cloditz GA, Speizer FE, Ascherio A. Cigarette smoking and the incidence of Parkinson's disease in two prospective studies. *Ann Neurol*. 2001; 50:780-6.
 5. Present D. Cigarette smoking should not be prescribed for the treatment of ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis*. 1998;4: 324-5.
 6. Raña N, Rodríguez-Regal A, Gómez Alonso J. Tabaco y enfermedad de Parkinson: ¿un pacto con el diablo? *Med Clin (Barc)*. 2004;123:275-9.
-