

Importancia de la identificación precoz de la enfermedad renal

Sra. Editora:

Hemos leído con interés el trabajo de Cases Amenós et al acerca de la prevalencia de insuficiencia renal crónica (IRC) en pacientes con alto riesgo o enfermedad cardiovascular. Para ello analizaron los datos del estudio MULTIRISC¹. Los autores realizaron un estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico en consultas externas de cardiología, medicina interna o endocrinología. Los pacientes debían ser mayores de edad y con un elevado riesgo cardiovascular (SCORE [Systematic Coronary Risk Evaluation] > 5% o diabetes mellitus o enfermedad clínica concomitante). Se definió IRC como un filtrado glomerular estimado (MDRD [Modification of Diet in Renal Disease formula]) < 60 ml/min/1,73 m²; IRC establecida si además la creatinina era ≥ 1,3 mg/dl en varones o ≥ 1,2 mg/dl en mujeres, e IRC oculta cuando los valores de creatinina eran inferiores.

Finalmente se analizó a 2.608 pacientes, de los que el 62,7% no tenía IRC, el 18,9% tenía IRC establecida y el 18,4%, IRC oculta. Como cabía esperar, cuando se comparó el perfil clínico de los pacientes según tuvieran IRC o no, aquellos con IRC tenían más factores de riesgo y enfermedad vascular asociada.

Es indudable el beneficio clínico de calcular el filtrado glomerular tanto para diagnosticar la IRC como para el ajuste de las dosis de algunos medicamentos. Además, es bien conocido que los pacientes con IRC tienen peor perfil clínico, mayor riesgo cardiovascular y, en consecuencia, peor pronóstico. Asimismo, no es infrecuente que esta población se encuentre infratratada y se le realicen menos pruebas diagnósticas, lo que empeora aún más la situación². Sin embargo, no debería olvidarse que el filtrado glomerular es una variable continua y el punto de corte de 60 ml/min/1,73 m² no deja de ser arbitrario. ¿Realmente hay mucha diferencia en cuanto al pronóstico si el paciente tiene un filtrado glomerular de 61 o de 59 ml/min/1,73 m²?

En un reciente estudio que incluyó a 2.024 pacientes con cardiopatía isquémica crónica e hipertensión arterial, se analizó si había diferencias en el perfil clínico y el control de factores de riesgo según el filtrado glomerular (≥ 60 frente a < 60 ml/min/1,73 m²) o según cifras de creatinina sérica (≥ 1,3/1,2 frente a < 1,3/1,2 mg/dl en varones/mujeres) y filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m² frente a creatinina ≥ 1,3/1,2 mg/dl (varones/mujeres)³. Los resultados de este estudio, además de mostrar que aproximadamente un tercio de los

pacientes tenía IRC, objetivaron que los pacientes con IRC, independientemente de que ésta se determinara por el filtrado glomerular o por las cifras de creatinina sérica, tenían más factores de riesgo, más lesión orgánica y peor control de presión arterial. Pero también demostraron que el perfil de riesgo y el control de la presión arterial no diferían según tuviesen un filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m² o una creatinina ≥ 1,3/1,2 mg/dl (varones/mujeres), lo que indica que estos dos parámetros están identificando a un mismo grupo de pacientes. Por otra parte, hay que tener en cuenta que tanto la medida del filtrado glomerular como la de la creatinina sérica se pueden ver alteradas en diversas circunstancias, por lo que una única determinación en un momento puntual parece insuficiente.

En consecuencia, a la luz de todos estos resultados, lo primero que hay que considerar es que se debería recalcar más la importancia que tiene la identificación precoz de la IRC, por muy leve que sea, ya que son poblaciones en muy alto riesgo⁴. Además, todos los pacientes con creatinina ≥ 1,3/1,2 mg/dl (varones/mujeres) deberían considerarse como en muy alto riesgo, ya que tienen IRC, aunque la realidad nos dice que muchos médicos no identifican como enfermedad renal una creatinina de 1,3 mg/dl en un varón. Finalmente, en pacientes con valores normales de creatinina, obligatoriamente se debería calcular el filtrado glomerular, ya que podrían tener IRC oculta, sobre todo quienes tienen varios factores de riesgo asociados o enfermedad vascular concomitante o mal control de la presión arterial.

Vivencio Barrios^a, Carlos Escobar^b, Rocío Echarrí^c
y Jorge Gómez Cerezo^d

^aServicio de Cardiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

^bServicio de Cardiología. Hospital Infanta Sofía. Madrid. España.

^cServicio de Nefrología. Hospital Infanta Sofía. Madrid. España.

^dServicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cases Amenós A, González-Juanatey JR, Conthe Gutiérrez P, Matalí Gilarranz A, Garrido Costa C. Prevalencia de insuficiencia renal crónica en pacientes de alto riesgo o con enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63:225-8.
2. McClellan WM, Knight DF, Karp H, Brown WW. Early detection and treatment of renal disease in hospitalized diabetic and hypertensive patients: important differences between practice and published guidelines. *Am J Kidney Dis*. 1997;29:368-75.
3. Barrios V, Escobar C, Murga N, De Pablo C, Bertomeu V, Calderón A, et al. Clinical profile and management of hypertensive patients with chronic ischemic heart disease and renal dysfunction attended by cardiologists in daily clinical practice. *J Hypertens*. 2008;26:2230-5.
4. 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.

Respuesta

Sra. Editora:

En respuesta a la carta de Barrios et al sobre nuestro artículo publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA¹, queríamos hacer unas apreciaciones.

El filtrado glomerular (FG) es una variable continua, pero no compartimos que el criterio de 60 ml/min/1,73 m² sea arbitrario. Este valor se escogió con base en criterios de morbimortalidad cuando la iniciativa K/DOQI americana elaboró la clasificación de enfermedad renal crónica, posteriormente aceptada internacionalmente.

Coincidimos en las limitaciones de la determinación de la creatinina, y consecuentemente de la estimación del FG (FGe) mediante fórmulas derivadas de ella, así como que se confirme en dos determinaciones, con un intervalo de al menos 3 meses, para concluir que un paciente tiene insuficiencia renal crónica (IRC). Sin embargo, es la manera más sencilla de estimar el FG, como así lo reconocen tanto las sociedades nefrológicas como otras sociedades científicas, como la AHA.

Barrios et al citan un estudio transversal suyo del cual infieren que se utilice la creatinina si ésta está elevada y sólo el FGe si ésta está dentro del intervalo de referencia para detectar insuficiencia renal oculta.

Creemos que es una simplificación excesiva: se ha demostrado que el riesgo de morbimortalidad aumenta a medida que disminuye el FG, y la prevalencia y la gravedad de la hipertensión aumentan paralelamente a la disminución del FGe.

La clasificación de la enfermedad renal crónica en estadios permite al médico conocer en cada momento qué conducta seguir. La IRC se asocia a unas complicaciones (anemia, alteraciones del metabolismo osteomineral, etc.) que se debe evaluar y tratar.

La farmacocinética está alterada en la IRC. En el estudio MULTIRISC, hemos observado que el uso de fármacos contraindicados o inadecuados (p. ej., metformina, antialdosterónicos, etc.) en pacientes con FGe < 30 ml/min/1,73 m² no es despreciable. Ello es atribuible en parte a que los profesionales sanitarios no reconocen el estadio. Finalmente, una remisión temprana al nefrólogo se asocia con una mejor supervivencia.

Por todo ello, creemos que debe medirse el FGe en todos los pacientes, no solamente para su catalogación como pacientes con alto riesgo cardiovascular, sino para clasificarlos adecuadamente, retrasar la progresión de la enfermedad, tratar las complicaciones derivadas de la IRC, evitar la iatrogenia y, en su caso, remitir al paciente al nefrólogo.

Aleix Cases-Amenós^a, José R. González-Juanatey^b,
Pedro Conthe-García^c, Arantxa Matalí-Gilarranz^d
y Cristina Garrido-Costa^e

^aServicio de Nefrología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

^bServicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

^cServicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

^dLaboratorios Almirall, S.A. Barcelona. España.
^eADKNOMA. Barcelona. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cases Amenós A, González-Juanatey JR, Conthe Gutiérrez P, Matalí Gilarranz A, Garrido Costa C. Prevalencia de insuficiencia renal crónica en pacientes de alto riesgo o con enfermedad cardiovascular. Rev Esp Cardiol. 2010;63:225-8.