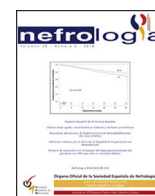




Revista de la Sociedad Española de Nefrología

journal homepage: [www.revistanefrologia.com](http://www.revistanefrologia.com)

## Carta al Director

**Enfermedad renal crónica oculta en atención primaria: la importancia de la confirmación diagnóstica para evitar sobrediagnósticos***Hidden chronic kidney disease in primary care: the key role of diagnostic confirmation in avoiding overdiagnosis*

Sr. Director,

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema de salud pública global con prevalencias crecientes impulsadas por la diabetes e hipertensión<sup>1</sup>. El estudio REVEAL-CKD estimó que hasta el 95% de los pacientes europeos con ERC estadio 3 permanecen sin diagnosticar<sup>2</sup>, destacando la necesidad de estrategias de detección temprana. Sin embargo, la mayoría de los estudios poblacionales se basan en determinaciones únicas, lo que puede sobreestimar la prevalencia real.

**Objetivos y métodos**

Durante noviembre de 2023, realizamos un cribado oportunista de ERC en adultos que acudieron al Centro de Salud Jerez Sur para pruebas analíticas rutinarias. El estudio incluyó dos fases: cribado inicial (fase 1) basado en filtrado glomerular estimado (CKD-EPI), cociente albúmina/creatinina (CAC) y sedimento urinario, seguido de confirmación diagnóstica a los tres meses (fase 2) según criterios KDIGO<sup>3</sup>.

**Resultados**

Participaron 422 pacientes (60,4% mujeres, edad media 54,6 ± 16,6 años) con elevada carga de factores de riesgo cardiovascular: hipertensión (46,4%), diabetes (22,3%) y dislipidemia (41,5%).

El cribado inicial detectó posible ERC en 105 pacientes (25%), cumpliendo criterios de filtrado glomerular < 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, CAC ≥ 30 mg/g, hematuria ≥ 25 hematíes/μL o leucocituria ≥ 15 leucocitos/μL.

Tras la confirmación diagnóstica a los tres meses, solo se confirmó ERC en 38 pacientes (9% de la muestra total), en siete pacientes más la confirmación de ERC fue por sus propios médicos (1,65%). La confirmación diagnóstica descartó la ERC en casi dos tercios de los inicialmente clasificados en riesgo (tabla 1).

El análisis multivariante identificó como factores de riesgo significativos la diabetes (OR: 1,90; IC 95%: 1,11-3,27) y la hipertensión (OR: 2,35; IC 95%: 1,42-3,89). La prevalencia de comorbilidades clásicas y la edad fueron marcadamente superiores en el subgrupo con ERC confirmada, que además presentó un riesgo

SCORE2<sup>4</sup> casi duplicado respecto al grupo sin ERC (20,63 ± 17,11 vs. 8,81 ± 9,17 puntos; p < 0,001).

**Discusión**

Nuestros resultados demuestran que el cribado basado en una única determinación sobreestima significativamente la prevalencia de ERC, coincidiendo con estudios españoles previos que reportan prevalencias del 14-16% basadas en mediciones únicas<sup>5,6</sup>. La confirmación diagnóstica es crucial para diferenciar entre alteraciones transitorias y daño renal persistente.

Esta discrepancia tiene importantes implicaciones clínicas y de salud pública. Sin confirmación diagnóstica, habríamos sobreestimado la prevalencia en un 134% (25% vs. 10,65%), lo que habría resultado en medicalización innecesaria y ansiedad en pacientes con alteraciones transitorias.

La mayor frecuencia de ERC en mujeres > 55 años (factor diferencial de nuestro estudio) merece investigación adicional, ya que contrasta con la literatura que describe mayor prevalencia masculina<sup>7</sup>.

**Implicaciones para la práctica clínica**

El cribado oportunista es factible en atención primaria, especialmente el dirigido a grupos de alto riesgo (diabetes, hipertensión, dislipidemia).

El cribado basado en una sola determinación sobreestima notablemente la prevalencia de ERC. La aplicación de una confirmación diagnóstica a los tres meses como indica la guía KDIGO es imprescindible para evitar sobrediagnósticos y valorar con precisión el verdadero impacto de la ERC, especialmente en sujetos con factores de riesgo cardiovascular.

En pacientes con ERC confirmada se duplica el riesgo cardiovascular, reforzando su papel como marcador de riesgo global a incluir sistemáticamente en la estratificación cardiovascular<sup>8</sup>.

**Tabla 1**

Comparación entre cribado inicial y confirmación diagnóstica

Parámetro	Fase 1 (cribado)	Fase 2 (confirmación)
Edad media (años, DE)	61,0 (16,1)	66,0 (14,5)
Hipertensión (%)	67,6	73,7
Diabetes (%)	34,3	50,0
Dislipemia (%)	53,3	65,8
Eventos cardiovasculares (%)	9,5	18,4
FGe < 60 mL/min/1,73 m <sup>2</sup> , n (%)	23 (21,9%)	17 (44,7%)
CAC ≥ 30 mg/g, n (%)	26 (24,8%)	14 (36,8%)
Hematuria ≥ 25/μL, n (%)	22 (21,0%)	7 (18,4%)
Leucocituria ≥ 15/μL, n (%)	64 (61,0%)	21 (55,3%)
Posible ERC, n (%)	105 (24,9%)	38 (9,0%)

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2025.501453>0211-6995/© 2025 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Implementar alertas automatizadas en analíticas podría optimizar la detección y seguimiento<sup>9</sup>.

**Limitaciones.** Las pérdidas de seguimiento (29,5%) y el diseño unicéntrico limitan la generalización de resultados, requiriendo validación en estudios multicéntricos.

## Conclusiones

El cribado oportunista de ERC en atención primaria es efectivo cuando se dirige a poblaciones de riesgo, pero la confirmación diagnóstica resulta imprescindible para evitar sobrediagnósticos y estimar con precisión la prevalencia real. La ERC confirmada se asocia con un riesgo cardiovascular significativamente elevado, reforzando la necesidad de su inclusión en algoritmos de estratificación de riesgo. Estos hallazgos subrayan la importancia de seguir las recomendaciones KDIGO que exigen dos determinaciones para el diagnóstico definitivo de ERC<sup>10</sup>.

## Financiación

No se ha recibido financiación alguna para el desarrollo del contenido de esta carta.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Stevens PE, Ahmed SB, Carrero JJ, Foster B, Francis A, Hall RK, et al. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2024;105:S117–314, <http://dx.doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
2. Tangri N, Moriyama T, Schneider MP, Virgitti JB, De Nicola L, Arnold M, et al. Prevalence of undiagnosed stage 3 chronic kidney disease in France, Germany, Italy Japan and the USA: results from the multinational observational REVEAL-CKD study. *BMJ Open.* 2023;13:e067386, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067386>
3. García-Maset R, Bover J, Segura de la Morena J, Goicoechea Diezhandino M, Cebollada del Hoyo J, Escalada San Martín J, et al. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología.* 2022;42:233–64, <http://dx.doi.org/10.1016/J.NEFRO.2021.07.010>
4. Hageman S, Pennells L, Ojeda F, Kaptoge S, Kuulasmaa K, de Vries T, et al. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J.* 2021;42:2439–54, <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehab309>
5. Gorostidi M, Sánchez-Martínez M, Ruilope LM, Graciani A, de la Cruz JJ, Santamaría R, et al. Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. *Nefrología.* 2018;38:606–15, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2018.04.004>
6. Llisterri JL, Micó-Pérez RM, Velilla-Zancada S, Rodríguez-Roca GC, Prieto-Díaz MÁ, Martín-Sánchez V, et al. Prevalencia de la enfermedad renal crónica y factores asociados en la población asistida en atención primaria de España: resultados del estudio IBERICAN. *Med Clin (Barc).* 2021;156:157–65, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2020.03.005>
7. Swartling O, Yang Y, Clase CM, Fu EL, Hecking M, Hödlmoser S, et al. Sex Differences in the Recognition, Monitoring, and Management of CKD in Health Care: An Observational Cohort Study. *J Am Soc Nephrol.* 2022;33:1903–14, <http://dx.doi.org/10.1681/ASN.2022030373>
8. Cedeño Mora S, Goicoechea M, Torres E, Verdalles Ú, Pérez de José A, Verde E, et al. Predicción del riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica. *Nefrología.* 2017;37:293–300, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.10.002>
9. Górriz JL, Adán Gil F, Botana López MA, Buño Soto A, Campos Cabrera FJ, Cisneros A, et al. Mejora en la detección, diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad renal crónica en España. Proyecto InterKit. *Nefrología.* 2025;45:351–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2025.02.001>
10. González AO, de Francisco A, Gayoso P, García F. Prevalence of chronic renal disease in Spain: Results of the EPIRCE study. *Nefrología (English Edition).* 2010;30:78–86, <http://dx.doi.org/10.3265/nefrologia.pre2009.dic.5732>

Manuel M. Ortega Marlasca<sup>a</sup>, Carmen Sánchez García<sup>b</sup>,  
Joao Dourado Mendonça<sup>c</sup>, Palomares Pulido Rosado<sup>d</sup>  
y José Pedro Novalbos-Ruiz<sup>e,\*</sup>

<sup>a</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Jerez Sur, Área Sanitaria Jerez Costa Noroeste Sierra de Cádiz, Servicio Andaluz de Salud. Grupo de investigación PAIDI CTS258, Instituto de investigación biomédica Provincia de Cádiz (INIBICA), Cádiz, España

<sup>b</sup> Hospital Juan Ramon Jiménez, Servicio Andaluz de Salud, Área de Gestión Sanitaria Huelva-Costa, Huelva, España

<sup>c</sup> Centro de Salud Jerez Sur, Área Sanitaria Jerez Costa Noroeste Sierra de Cádiz, Servicio Andaluz de Salud, Cádiz, España

<sup>d</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Jerez Sur, Área Sanitaria Jerez Costa Noroeste Sierra de Cádiz, Servicio Andaluz de Salud, Cádiz, España

<sup>e</sup> Medicina Preventiva y Salud Pública, Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Departamento de Biomedicina, Biotecnología y Salud Pública UCA, Grupo de investigación PAIDI CTS258, Instituto de investigación biomédica Provincia de Cádiz (INIBICA), Cádiz, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [josepedro.novalbos@uca.es](mailto:josepedro.novalbos@uca.es) (J.P. Novalbos-Ruiz).