

A) COMENTARIOS A ARTÍCULOS PUBLICADOS

Ancianos con enfermedad renal crónica: ¿qué ocurre con el pronóstico vascular global?

Nefrología 2009;29(5):486.

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de M. Heras et al., publicado recientemente en su revista¹. Los autores concluyen que, en ancianos, la disminución del filtrado glomerular (FG) mantenida en el tiempo sin objetivar proteinuria nos permite dar un mensaje tranquilizador a la hora de enfrentarnos a la epidemia de enfermedad renal crónica (ERC) en esta población. En este sentido, estamos de acuerdo con la conclusión de los autores, pero nos gustaría señalar unas consideraciones al respecto:

- a) En la serie estudiada, los pacientes ancianos con mayor mortalidad a 24 meses presentaron una mayor frecuencia de episodios de insuficiencia cardíaca (IC) con respecto a los que sobrevivieron durante el seguimiento (37,5 frente a 15%; $p = 0,045$, respectivamente). De este subgrupo de pacientes con IC, desconocemos a través de los resultados del trabajo cuál era su tasa de FG (TFG) y su grado de proteinuria. Así, recientes estudios, como el ensayo CHARM, demuestran que más del 50% de los pacientes con IC presentan macroalbuminuria, con una TFG >60 ml/min por $1,73$ m². Es más, la aparición de albuminuria en estos sujetos fue un predictor de mortalidad independiente en este grupo de pacientes de forma independiente a la TFG y las cifras de creatinina².
- b) En cuanto a los factores pronósticos asociados con mayor mortali-

dad, la cardiopatía isquémica fue el principal factor determinante en el análisis de regresión logística. A este respecto, es de destacar que en la población descrita por Heras et al. los pacientes que se encontraban en el grupo 2 (con niveles de creatinina $>1,1$ mg/dl) presentaban antecedentes previos de cardiopatía isquémica casi en una proporción tres veces mayor al grupo 1 (Cr $<1,1$) (21,4 frente a 7,9%). Asimismo, la proporción de fallecidos en el grupo 2 es el doble de la correspondiente al grupo 1 (12 frente a 6). Aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, sugieren una tendencia que tal vez pueda analizarse de una forma más fiable con mayor tamaño muestral.

- c) De la muestra de pacientes incluida en el estudio, un 77% de ellos eran hipertensos y prácticamente un tercio diabéticos. Más de un 20% de la muestra habían presentado algún evento cardiovascular previo y, por tanto, si fueran estratificados según las Guías de Hipertensión Arterial de la Sociedad Europea de Cardiología (2007), serían considerados de alto riesgo vascular, independientemente de su TFG o la presencia de albuminuria³. Por tanto, aunque estos pacientes preserven su función renal, su tasa de mortalidad sigue siendo muy elevada; de hecho, en este grupo es del 22% a los dos años.
- d) Por último, queremos señalar que, aunque la conclusión de los autores de no derivar pacientes ancianos con disminución del FG mantenida en el tiempo no acompañada de proteinuria ni anemia, puede ser acertada desde el punto de vista nefrológico, probablemente es necesario realizar un adecuado control de los factores de riesgo vas-

cular en esta población, ya que su mortalidad global es muy elevada.

1. Heras M, Fernández-Reyes MJ, Guerrero MT, Sánchez R, Muñoz A, Macías MC, et al. Elderly patients with chronic kidney disease: what happens after 24 months of follow-up? Nefrología 2009;29(4):343-9.
2. Jackson CE, Solomon SD, Gerstein HC, Zetterstrand S, Olofsson B, Michelson EL, et al.; CHARM Investigators and Committees. Albuminuria in chronic heart failure: prevalence and prognostic importance. Lancet 2009;15:543-50.
3. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2007;28(12):1462-536.

N. Muñoz Rivas, M. Méndez Bailón

Servicio de Medicina Interna.
Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Correspondencia:

Manuel Méndez Bailón
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Infanta Leonor. Madrid.
manuel.mendez@salud.madrid.org

Cirugía bariátrica en paciente con obesidad y proteinuria

Nefrología 2009;29(5):486-487.

Sr. Director:

Con relación al artículo de cirugía bariátrica en pacientes con GEFS asociadas a obesidad mórbida¹, me gustaría compartir el caso clínico de un paciente varón de 60 años obeso con síndrome de Alport, que realizó dicho procedimiento.

Caso clínico

Paciente varón de 60 años, con síndrome de Alport, microhematuria y proteinuria

de 4 g/día, creatinina de 2 mg/dl, urea 123 mg/dl, pérdida moderada de la audición, hipertensión arterial tratada con enalapril 20 mg, obesidad con IMC = 36,26 (P 120 kg, h 1,81 m), glucemias en ayunas alteradas (menor a 126 mg/dl), Hb glucosilada normal, dislipidemia e hiperuricemia en tratamiento. Ex-fumador de un paquete al día. Normotiroides. Biopsia renal (realizada en 1995): MO (12 glomérulos) esclerosis focal y segmentaria glomerular en evolución a glomerulopatía esclerosante, IF con Ig M de leve intensidad en mesangio e IgA y M en cilindros tubulares. ME 2 glomérulos. MB capilar con engrosamiento irregular y desdoblamiento focal de la lámina densa. Podocitos con fusión total de pedicelos. En un sector, borramiento de la estructura glomerular con depósito de abundante material amorfo, electrón denso. Las alteraciones de la lámina densa son

compatibles con enfermedad de Alport, el resto de los hallazgos con glomerulonefritis esclerosante focal. Ecografía renal: RD 95,6 x 52 x 53, RI 99 x 51 x 52. Doppler renal sin alteraciones.

Se indica dieta baja en proteínas, hipocalórica y se agrega al tratamiento losartán en dosis de 75 mg/día (máxima tolerada por el paciente). Se observa reducción muy leve de proteinuria a 3,6 g/día. Se realiza cirugía de *by-pass* gástrico, y presenta en su evolución disminución de 35 kg en total, llegando a IMC de 25,6. Control nefrológico: creatinina 1,56 mg/dl, proteinuria 0,3 g/día, urea 65 mg/dl y normotensión con enalapril 5 mg/d; se mantiene dosis mínima de hipolipemiantes, normouricemia y normoglucemias.

Tres años después de la cirugía, la buena evolución del paciente está relacionada con el cumplimiento del tratamiento (dieta), ejercicio aeróbico y apoyo clínico-psicológico.

1. Ramírez J, Carpio D, Mezzano S, Mukdsi J, Ardiles L. Cirugía bariátrica en pacientes con glomerulosclerosis focal y segmentaria secundaria a obesidad. *Nefrología* 2009;29(3):266-9.

L. Roberto León

Instituto de Nefrología Sa Buenos Aires. Sa Buenos Aires

Correspondencia:

Luis Roberto León

Instituto de Nefrología Sa Buenos Aires. Sa Buenos Aires

lleon@intramed.net.ar

B) COMUNICACIONES BREVES DE INVESTIGACIÓN Y EXPERIENCIAS CLÍNICAS

Hiperpotasemia iatrogénica en pacientes ancianos en Atención Primaria con insuficiencia renal oculta

Nefrología 2009;29(5):487-488.

Sr. Director:

Una de las aplicaciones prácticas de la estimación del filtrado glomerular (FG) mediante fórmulas es la adecuación de la prescripción farmacéutica en la enfermedad renal crónica oculta¹, pudiéndose evitar posibles casos de iatrogenia, destacando por sus posibles repercusiones la inducción de hiperpotasemia².

Mediante un proceso de muestreo aleatorio sistemático, seleccionamos una población de 4.014 pacientes mayores de 65 años de la provincia de Huesca, atendidos en centros de salud dotados con el sistema informático OMI-AP

(Organización y *Management* informático de la Atención Primaria, Stacks @), que permite controlar la prescripción farmacéutica. Tras las exclusiones por diferentes motivos, determinamos el FG mediante la fórmula MDRD abreviada en 3.286. Como resultado, detectamos a 291 pacientes portadores de una insuficiencia renal oculta (coexistencia de cifras de creatinina sérica normales junto con un FG estimado <60 ml/min/1,73 m²). En 269 de estos pacientes recogimos los principios activos prescritos por sus médicos de cabecera de modo agudo o crónico durante 12 meses (año 2007). Dentro de este grupo, 211 de ellos (72,5%) estuvieron expuestos a fármacos, solos o en combinación, que pueden favorecer la hiperpotasemia. La media del potasio sérico de los 211 pacientes fue de 4,553 ± 0,52 meq/L (IC 95% 4,48-4,62) (mediana 4,6) (rango 3,1-6). Considerando hiperpotasemia³ a partir de 5 meq/l, resultó que 30 pacientes de los 211 la presentaron a lo largo de los 12 meses de seguimiento. En la tabla 1 se detallan los diferentes de fármacos prescritos a

estos pacientes, junto con las cifras de potasio sérico de cada subgrupo. La combinación más frecuente fue la de un AINE, junto con un IECA o ARA II. En monoterapia, los AINE fueron los fármacos más frecuentemente asociados a hiperpotasemia. Por el diseño del estudio, no se realizó un seguimiento individualizado de los pacientes para averiguar si la hiperpotasemia tuvo consecuencias clínicas. No obstante, no es descartable que así fuese en los casos más extremos (siete pacientes presentaron una kaliemia igual o superior a 5,7 meq/l).

Nuestro estudio constata la importancia del ajuste posológico adecuado y la revisión por parte del clínico de la indicación de ciertos fármacos en pacientes afectados de enfermedad renal crónica, que puede pasar desapercibida si sólo se utiliza la creatinina para su estimación⁴. Afortunadamente, en nuestra provincia disponemos de la estimación del FG mediante MDRD desde hace unos meses. Al igual que ya sucede en algunos hospitales de nuestro país⁵, donde desde