

Autor/es:	M. Heras. MT Guerrero*. R.Sánchez, MJ Fernández-Reyes, A. Muñoz*, M.C Macías*, F. Prado*, F. Alvarez-Ude.
Centro trabajo:	Servicios de Nefrología y * Geriátría. HG Segovia
Título:	<b>UTILIDAD CLINICA DE LA CREATININA PLASMATICA COMO MARCADOR DE FUNCION RENAL Y DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ANCIANOS</b>
Correspondencia:	M. Heras
Dirección:	Carretera de Ávila s/n
CP:	40002
Provincia:	SEGOVIA
Ciudad:	SEGOVIA
Teléfono:	
email:	
Resumen:	<p>Recientemente se establece la presencia de enfermedad renal (ER) basándose en el filtrado glomerular (FG) considerando insuficiencia renal un <math>FG &lt; 60</math> ml/min. Para su estimación se han establecido fórmulas derivadas de Creatinina (Cr<sub>s</sub>) como Cockcroft ó MDRD. Por otra parte, se considera un <math>FG &lt; 60</math> ml/min y la presencia de microalbuminuria como principales factores de riesgo cardiovascular. ¿Estas recomendaciones son aplicables a la población geriátrica?</p> <p><b>PACIENTES Y MÉTODOS:</b></p> <p>Estudiamos 80 ancianos estables (42 con Cr<sub>s</sub> &gt; 1.1 valorados en consulta de Nefrología y 38 con Cr<sub>s</sub> ≤ 1.1 mg/dl valorados en Geriátría). Recogemos antecedentes personales: HTA, número y tipo de hipotensores, insuficiencia cardíaca (IC), cardiopatía isquémica (CI), fibrilación auricular (FA), ACV, arteriopatía periférica (AP) y DM. Analizamos en sangre: perfil nefrológico, lipídico, óseo, equilibrio ácido-base y en orina proteinuria. Se estima el FG según fórmula de Cockcroft y con MDRD.</p> <p><b>RESULTADOS:</b></p> <p>Los pacientes tenían 82,4±6 años, varones 31,3%. HTA eran 81,3%, tomaban ≥3 hipotensores 26,4%, diuréticos 65,3%. Tenían: IC 19,7%, CI 16,7%, FA 23,6%, ACV 27,4%, AP 5,5%, DM 37,3%.</p> <p>Los pacientes con Cr<sub>s</sub> ≤1,1 tenían un FG Cockcroft: 47,9±11 y MDRD: 63,56±10 ml/min, sin presentar manifestaciones asociadas al descenso del FG.</p> <p>La Cr<sub>s</sub> se correlaciona con urea (r:0,73, p 0,000), úrico (r:0,46, p 0,000), calcio (r:-0,24, p 0,032) y potasio (r:0,26, p 0,021). Cockcroft se correlaciona con Cr<sub>s</sub> (r:-0,67, p 0,000), urea (r:-0,61, 0,000) pero no con otras alteraciones analíticas asociadas a la ER ni con proteinuria. MDRD se correlaciona con Cr<sub>s</sub> (r: -0,84, p 0,000), urea (r:-0,68, p 0,000), úrico (r:-0,48, p 0,000) y no con alteraciones típicas de ER ni proteinuria.</p> <p>La Cr<sub>s</sub> se correlaciona con la proteinuria (r:0,34, p 0,007) y empleo de alfabloqueantes (r:0,36, p 0,002) pero no con los antecedentes cardiovasculares estudiados. La urea se correlaciona con CI (r: 0,43, p 0,001). La proteinuria se correlaciona con CI (r:0,49, p 0,000) y AP (r 0,67, p 0,000). Cockcroft se correlaciona con CI (r: 0,31, p 0,016) pero no con IC. MDRD se correlaciona con CI (-0,28, p 0,017) e IC (-0,26, p 0,016).</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b></p> <p>Los ancianos tienen un FG disminuido inherente al envejecimiento. En estos pacientes la Cr<sub>s</sub> es un buen marcador de funcionamiento renal, careciendo de valor como marcador de riesgo cardiovascular. La proteinuria, es el parámetro que mejor establece el riesgo cardiovascular en los ancianos.</p>