

La creatinina plasmática una herramienta más útil que los cálculos de filtrado glomerular para la evaluación de la función renal en ancianos

Nefrología 2008; 28 (2) 233

Sr. Director: La facilidad para disponer del grado de filtrado glomerular (FG) a partir de unas fórmulas matemáticas derivadas de la creatinina sérica (Cr_s), y muchas veces siendo un dato proporcionado por el propio laboratorio, y además la ventaja de no tener que realizar una recogida laboriosa de orina de 24 horas, ha hecho que los profesionales sanitarios puedan clasificar la enfermedad renal crónica (ERC) en unos estadios¹⁻².

La estandarización en la determinación del FG mediante fórmulas matemáticas en toda la población, puede conducir a encontrarnos con FG disminuido en determinadas situaciones con dudosa utilidad en la práctica clínica.

Un ejemplo de la escasa validez de estas fórmulas matemáticas es su utilización de forma indiscriminada en la población anciana. Para ello hemos realizado un estudio transversal de 80 ancianos (edad media 82,4 ± 6 años, 31%

varones, 81% HTA, 37,3% DM), que se encontraban estables, con diferentes valores de Cr_s (rango 0,7-3mg/dl). Nuestro objetivo fue valorar el grado de FG en esta población y si el descenso del FG < 60 ml/min (Estadio 3-5) tiene alguna relación con las alteraciones analíticas asociadas a la IRC. En sangre se realizan determinaciones de equilibrio ácido-base, calcio-fósforo, iones, urea, hemograma y en orina un sistemático de orina. Se calcula el FG mediante fórmulas de Cockcroft-Gault³ y MDRD⁴.

La media global de FG estimado por Cockcroft fue de 39 ± 14 ml/min y el FG estimado por MDRD de 51 ± 16 ml/min. La clasificación K-DOQI considera enfermedad renal crónica estadio 3 un FG < 60 ml/min. Puesto que nuestros pacientes tenían un FG medio global < a 60 ml/min, (con las dos fórmulas empleadas), todos ellos tendrían que ser diagnosticados al menos de ERC estadio 3.

La Cr_s se correlaciona con urea (r: 0,73, p < 0,001), úrico (r: 0,46, p < 0,001), calcio (r: -0,24, p 0,032) y potasio (r: 0,26, p 0,021).

Cockcroft se correlaciona con Cr_s (r: -0,67, p < 0,001), urea (r: -0,61, p < 0,001) y MDRD se correlaciona con Cr_s (r: -0,84, p < 0,001), urea (r: -0,68, p < 0,001), úrico (r: -0,48, p < 0,001) pero ninguno de los dos con otras alteraciones típicas de ERC.

En conclusión los ancianos tienen un FG disminuido inherente al envejecimiento, por lo que la determinación del FG con estas fórmulas no parecen ofrecer ventaja alguna sobre una sencilla determinación de Cr_s. Estamos totalmente de acuerdo con la visión escéptica del calculo del FG que plantea el Dr. Robles en su artículo publicado en su revista⁵.

1. De Jong PE, Halbesma N, Gansevoort RT. Screening for early chronic kidney disease-what method fits best? *Nephrol Dial Transplant* 2006; 21: 2358-2361.
2. Levey AS, Coresh J, Balk E y cols. National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: evaluation, classification and stratification. *Ann Intern Med* 2003; 139: 137-147.
3. Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron* 1976; 16: 31-41.
4. Levey AS, Greene T, Kusek JW, Beck GJ. Simplified equation to predict glomerular filtration rate from serum creatinine. *J Am Soc Nephrol* 2000; 11: 828 (A).
5. Robles NR. Cálculo de filtrado glomerular: una visión escéptica. *Nefrología* 2007; 27(4): 405-407.

M. Heras Benito, M. J. Fernández-Reyes, R. Sánchez Hernández y M. T. Guerrero Díaz*
 Servicio de Nefrología y *Geriatría. Hospital General de Segovia.
Correspondencia: Manuel Heras Benito. manuhebe@hotmail.com. Hospital General de Segovia. Ctra. de Ávila, s/n. 40002 Segovia. España.