

tuvo la delicadeza de observarla y generar la capacidad para entenderla.

Tu amigo
El Dr. Velio»

Jordi Melé Olivé

ABS Mollerussa Cirugía General y del Aparato Digestivo Hospital Universitario Arnau de Vilanova Lleida, España

Correo electrónico: jordimeleolive@gmail.com
(J. Melé Olivé)

Bibliografía

1. Ramón y Cajal S. 18.^a ed. Reglas y consejos sobre la investigación científica. Los tónicos de la voluntad. Madrid: Espasa Calpe; 2005.

doi:10.1016/j.aprim.2008.09.001

La microalbuminuria en pacientes hipertensos en atención primaria

Microalbuminuria in Hypertensive Patients in Primary Care

Sr. Director:

El objetivo del estudio fue estimar el porcentaje de pacientes hipertensos con microalbuminuria (MA) en atención primaria (AP), evaluar el seguimiento de este parámetro según guía ESH/ESH¹ 2003 y su influencia en la estimación del riesgo cardiovascular (RCV).

Se trata de un estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, que contó con la aprobación de un comité

ético de investigación clínica independiente. La recogida de datos fue realizada por 952 médicos de AP, de abril a junio de 2005. Participaron pacientes de 18 años o más con diagnóstico de hipertensión (HTA), independientemente del tiempo de evolución y del tratamiento recibido, quienes otorgaron consentimiento informado por escrito.

Se realizó una única visita en la que electrónicamente se recogieron datos demográficos, clínicos y resultados de MA obtenidos mediante tira reactiva en orina realizada en el momento de la consulta y en determinaciones anteriores. La tira reactiva se realizó a todos los pacientes sin determinación previa o, de haberse realizado, si tenía una antigüedad de más de 6 meses. Se estimó el porcentaje de pacientes hipertensos con MA, el RCV y el porcentaje de pacientes en los que se seguía las recomendaciones de la guía relativas a determinación de MA¹.

Tabla 1 Características de la población estudiada

	Total	Con microalbuminuria	Sin microalbuminuria
Edad (años), media ± DE	64,1 ± 11,4	65,8 ± 11	63,4 ± 11,5
Índice de masa corporal, media ± DE	28,7 ± 4,3	29,1 ± 4,4	28,6 ± 4,2
Perímetro abdominal (cm), media ± DE	98,4 ± 15,1	100,3 ± 16,7	97,7 ± 14,4
Antecedentes familiares de evento cardiovascular prematuro, n (%)	1.950 (22,5)	737 (37,8)	1.213 (24,4)
Presión arterial sistólica (mmHg), media ± DE	142,6 ± 15,8	146,3 ± 16,7	141,2 ± 15,2
Presión arterial diastólica (mmHg), media ± DE	83,8 ± 10,2	85,5 ± 11,3	83,1 ± 9,7
Hábito tabáquico, n (%)	1.162 (13,4)	388 (15,6)	774 (12,5)
Ingesta de alcohol, n (%)	2.023 (23,3)	654 (26,2)	1.369 (22,2)
Sedentarismo, n (%)	2.296 (26,5)	847 (34)	1.449 (23,5)
Dislipemia, n (%)	4.445 (51,3)	1.526 (62,5)	2.919 (48,3)
Diabetes mellitus, n (%)	2.296 (26,5)	1.081 (44,5)	1.215 (20)
Proteína C reactiva, n (%)	704 (8,1)	389 (35,1)	315 (13,2)
Lesiones en órganos diana ^a , n (%)	2.704 (31,2)	1.691 (70,6)	1.013 (17,1)
Procesos clínicos concomitantes ^b , n (%)	2.366 (27,3)	1.219 (50,8)	1.147 (19,1)
Con 2 o más factores de riesgo, n (%)	6.260 (79,7)	2.009 (88,4)	4.251 (76,1)

DE: desviación estándar. Para todas las variables las diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas para $p < 0,05$ (para variables cualitativas se utilizó la prueba paramétrica de χ^2 y para variables cuantitativas la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney).

^aIncluye: hipertrofia ventricular izquierda, evidencia electrocardiográfica de engrosamiento de la pared arterial, aumento de la creatinina en suero, microalbuminuria.

^bIncluye: afectación cerebral, enfermedad cardíaca, enfermedad renal, enfermedad vascular periférica, retinopatía avanzada.

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SAS versión 9.1.

Se incluyó a 8.673 pacientes válidos para el análisis, los que, mayoritariamente, eran mujeres (52,2%), con una media de edad de 64,1 años, un índice de masa corporal (IMC) medio de 28,7 y un perímetro abdominal de 98,4 cm. En el 86,7% el tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue > 1 año. El 13,4% eran fumadores, el 23,3% consumía alcohol y el 26,5% refería una vida sedentaria. El 52,4% presentaba dislipemia; el 27%, diabetes mellitus; el 20,1%, proteína C reactiva ≥ 1 $\mu\text{g}/\text{dl}$, y el 28,2%, antecedentes familiares de evento cardiovascular prematuro. Los pacientes con MA presentaban con mayor frecuencia factores que incrementan el RCV (tabla 1).

El 28,7% presentaba MA y sólo en el 26% de los pacientes se había seguido las recomendaciones. El 50,1% de los hipertensos con diagnóstico de más de 6 meses no disponían de determinación previa.

El 87,7% de los pacientes presentaban RCV añadido de moderado a muy elevado. Se observó un cambio de la clasificación del riesgo en un 3,2% de los pacientes tras el cribado de MA (en 2,9% aumentó y en 0,3% disminuyó).

Este estudio muestra que un porcentaje sustancial de los hipertensos atendidos en AP presentan MA (28,8%), lo que coincide con otros trabajos^{2,3}. La determinación de MA permite establecer dos grupos de pacientes claramente diferenciados según los parámetros fundamentales para la estimación del RCV.

El estudio pone de manifiesto el porcentaje extremadamente bajo de pacientes (26%) con una adecuada medición de MA. Su determinación mediante tiras reactivas⁴ (método rápido, seguro, de bajo coste y fácil de utilizar) permite a los médicos de AP realizar un primer cribado de los pacientes hipertensos que requieren seguimiento estrecho y candidatos a estrategias preventivas más agresivas^{5,6}.

Fuente de financiación del trabajo y/o potenciales conflictos de intereses

El presente estudio fue financiado por Novartis Farmacéutica, S.A.

doi:10.1016/j.aprim.2008.05.001

Bibliografía

1. Guidelines Committee. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2003;21:1001-53.
2. Martínez MA, Moreno A, Aguirre de Carcer A, Cabrera R, Rocha R, Torre A, et al. Frequency and determinants of microalbuminuria in mild hypertension: a primary-care-based study. *J Hypertens*. 2001;19:319-26.
3. Aguirre B. Prevalencia de microalbuminuria en una población hipertensa de Navarra septentrional y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular. *An Sist Sanit Navar*. 2004;27:27-36.
4. Gerber LM, Johnston K, Alderman MH. Assessment of a new dipstick test in screening for microalbuminuria in patients with hypertension. *Am J Hypertens*. 1998;11:1321-7.
5. Luque M, De Rivas B, Alvarez B, García G, Fernández C, Martell N. Influence of target organ lesion detection (assessment of microalbuminuria and echocardiogram) in cardiovascular risk stratification and treatment of untreated hypertensive patients. *J Hum Hypertens*. 2006;20:187-92.
6. Marin R, Rodríguez P, Tranche S, Redón J, Morales-Olivas F, Galgo A, the MAGAL Group, et al. Prevalence of abnormal urinary albumin excretion rate in hypertensive patients with impaired fasting glucose and its association with cardiovascular disease. *J Am Soc Nephrol*. 2006;17:5178-88.

Alberto Martínez Castelao^a, Verónica Duarte-Gallego^a, Itziar Navarro-Zorita^a y Jordi Galera Llorca^{b,*}

^aServicio de Nefrología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^bUnidad de Health Outcomes Research, Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jordi.galera@novartis.com
(J. Galera Llorca)