



<https://www.revclinesp.es>

D-043 - ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DIABETES EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA COMARCAL

I. Trouillhet-Manso, G. Pérez-Vázquez, J. Puerto-Alonso, J. Bianchi-Llave

Medicina Interna. Hospital de la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz).

Resumen

Objetivos: Presentamos la realización de un estudio retrospectivo aleatorio realizado durante el último semestre de 2014 con el objetivo de conocer la incidencia de la enfermedad renal crónica en los pacientes diabéticos ingresados por patología médica aguda.

Métodos: Selección de muestra aleatoria de 103 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de La Línea (perteneciente al Área Sanitaria del Campo de Gibraltar), con enfermedad renal crónica previa (creatinina plasmática basal mayor a 1,20 mg/dl y/o MDRD menor a 40) y diabetes mellitus con control metabólico previo (hemoglobina glicosilada menor o igual a 8%).

Resultados: 61 varones y 42 mujeres, con edad media de 69,37 años (mínima edad recogida de 24 años, y máxima de 90 años), había 39 pacientes con diabetes mellitus. Así como 37 pacientes con insuficiencia renal crónica, de los mismos 20 pacientes tenían insuficiencia renal secundaria a nefropatía diabética. Durante el ingreso ningún paciente falleció por descompensación metabólica ni por empeoramiento de la función renal.

Discusión: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública importante. La prevalencia de la ERC en España es del 11% de la población adulta. Se asocia a una importante morbilidad cardiovascular, así como costes muy significativos. El coste anual asociado al tratamiento de las fases más avanzadas se estima en más de 800 millones de euros. Una idea generalizada asume que la ERC es una patología rara y compleja, pero la realidad es que en sus fases tempranas es frecuente y de fácil tratamiento. Sólo una pequeña proporción de enfermos evoluciona hacia la insuficiencia renal terminal con necesidad de tratamiento renal sustitutivo. Esta evolución hacia la pérdida de función renal tiene un curso progresivo, en el que podemos influir mediante una actuación precoz sobre sus principales causas: hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus. El control de estas dos afecciones debe ser estricto y adecuado, no sólo para minimizar su progresión y tratar las complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, sino también para reducir el riesgo vascular asociado.

Conclusiones: Los grupos de pacientes en riesgo de desarrollar ERC son: mayores de 60 años, o hipertensos, o diabéticos, o con enfermedad cardiovascular, o familiares de pacientes con insuficiencia renal. El cribado consiste en evaluar el filtrado glomerular (FG) y la albuminuria al menos una vez al año. La estimación del FG a través de ecuaciones es el mejor índice disponible en la práctica clínica para evaluar la función renal, recomendamos la fórmula del estudio MDRD (Modification of Diet in Renal Disease), si bien las ecuaciones no son adecuadas en las siguientes circunstancias: Peso corporal extremo, alteraciones importantes en la masa muscular (amputaciones, pérdida de masa muscular, enfermedades musculares o parálisis),

insuficiencia renal aguda, embarazo, hepatopatía grave, edema generalizado o ascitis. En estos casos se recomienda la utilización del aclaramiento de creatinina convencional (orina de 24 horas) o métodos isotópicos. La ERC representa un factor de riesgo vascular independiente y aditivo. El riesgo de morbi-mortalidad cardiovascular aumenta con el estadio evolutivo de la ERC y es muy superior al riesgo de progresión a insuficiencia renal avanzada. Por tanto, es recomendable su detección y control en el contexto de la valoración y manejo global del riesgo vascular. En el abordaje global del paciente con ERC debe ponerse especial atención al control de factores de riesgo vascular clásicos. La derivación a Nefrología se hará teniendo en cuenta el estadio de la ERC, la edad del paciente, la velocidad de progresión de la insuficiencia renal, el grado de albuminuria y la presencia o aparición de signos de alarma: hematuria no urológica asociada a proteinuria, incremento de la creatinina sérica > 1 mg/dL en menos de 1 mes.