



¿Porqué es necesario la remisión precoz a la consulta del nefrólogo de los pacientes con nefropatía diabética?

F. J. Gómez Campderá, J. Luño, S. García de Vinuesa y F. Valderrábano

Servicio de Nefrología. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

Sr. Director:

El dramático incremento de la insuficiencia renal terminal (IRT) en la diabetes mellitus (DM) tipo II, está haciendo que la nefropatía diabética (ND) presente la epidemia de las unidades de diálisis de este fin de siglo¹.

Varias son las razones de este espectacular crecimiento, entre otras: 1) los cambios en los hábitos dietéticos con dietas hipercalóricas y costumbres sedentarias de la población de las sociedades occidentales, favorecen el progresivo incremento de la masa corporal y el desarrollo de diabetes de tipo II en las personas predispuestas; 2) el envejecimiento de la población con lo que la DM tipo II se hace más prevalente; 3) la mayor supervivencia de los pacientes con DM tipo II y 4) la mayor disponibilidad de recursos humanos y materiales que hacen más accesible el tratamiento con diálisis en pacientes con mayores factores de comorbilidad, como son los diabéticos, que hace pocos años no eran tratados¹.

Así en USA, la ND suponía ya en 1992 la primera causa de IRT, con una prevalencia del 40% y una incidencia del 36%². Porcentajes cercanos se observaban en otros registros y, en los países europeos adelantados, las inexplicables bajas incidencias observadas, crecen progresivamente en los últimos años³.

En el momento actual existe suficiente evidencia que demuestra que se puede actuar para prevenir el desarrollo de la DM tipo II, y por consiguiente prevenir la ND en los pacientes predispuestos⁴. Sin embargo evidencias epidemiológicas, tanto americanas como europeas, ponen en evidencia importantes deficiencias en el cuidado de pacientes diabéticos con IR preterminal^{3,5}.

Con este objetivo revisamos brevemente nuestra experiencia en el último año. Así en nuestro servicio, referencia del área 1 de la Comunidad de Madrid que cubre una población de 630.000 habitantes, 18 de los 67 pacientes que iniciaron diálisis en 1998 lo hicieron a causa de una ND (27%). Cuatro (22%) eran DM tipo I y 14 (78%) DM tipo II, 8 (44%) eran mujeres. En la tabla I se pueden ver los principales datos clínicos y analíticos de los pacientes la primera vez que son vistos en nuestro servicio. Ocho (44,5%) fueron remitidos por el médico de familia, 4 (22,2%) por el endocrinólogo y los restantes procedían de otros especialistas o acudieron al servicio de urgencias. El mayor aclaramiento de creatinina (CCr) era de 35 ml/min y el 77,7% tenían CCr inferior a 30 ml/min, límite por debajo del cual las me-

Tabla I. Datos clínicos y analíticos en la primera visita

	Media	Rango
Aclaramiento de creatinina (ml/min)	20,9	(3-35)
Creatinina sérica (mg/dl)	3,3	(1,3-5,9)
Urea sérica (mg/dl)	143,5	(51-301)
Colesterol total (mg/dl)	241,5	(118-370)
Proteinuria (g/24 h)	4,5	(0,3-15)
Hb glicosilada AiC (%)	6,6	(5,6-8,5)
50% > 7%		
T.A. sistólica (mmHg)	169	(130-250)
T.A. diastólica (mmHg)	90,5	(70-120)
77% > 160/90		
11% < 130/85		
<i>Tratamiento previo</i>		
Antidiabéticos orales	10/18	
Insulina	6/18	
IECAS	7/18	
Fibratos	4/18	
Estatinas	0/18	
<i>Evolución</i>		
Tiempo desde visita inicial a diálisis	24 + 23 m	(0 a 102 m)
Hemodiálisis en visita inicial	4/18	(22,2%)
Hemodiálisis aguda sin FAV	7/18	(38,8%)
Hemodiálisis	16/18	(88,8%)
Diálisis peritoneal	2/18	(11,1%)

Correspondencia: Dr. F. J. Gómez Campderá
Servicio de Nefrología
HGU Gregorio Marañón
Dr. Esquerdo, 46
28007 Madrid

didadas para interferir con la progresión de la IR son menos eficaces. Es de destacar las cifras de Crs bajas para los CCr, especialmente en mujeres, ya señaladas por otros autores¹ y que pueden justificar en parte la remisión tardía de estos pacientes al infravalorarse el grado de insuficiencia renal.

La tabla ilustra asimismo el pobre control glicémico, lipídico y de la tensión arterial, con infrautilización de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) así como de otros bloqueantes del sistema renina angiotensina aldosterona como son los antagonistas de los receptores AT1 de la angiotensina II (ARAII).

El tiempo transcurrido desde la primera visita al comienzo de diálisis (HD o DPCA) se puede ver en la tabla I. Siete (38,8%) requirieron HD de urgencia por catéter temporal; en cuatro casos se trataba de pacientes no vistos previamente y que llegan en situación de IRT, en otros dos se trataba de pacientes vistos previamente pero perdidos al seguimiento durante el último año y el último era un paciente con IR avanzada que ingresa por cardiopatía isquémica y desarrolla una IR aguda sobreañadida tras cateterismo sin disponer de acceso vascular.

Nuestra experiencia confirma lo que se observa en otros países. Los pacientes con ND son referidos al nefrólogo en etapas muy avanzadas de la IR, cuando menos eficaces son las medidas para evitar la progresión. Si esta primera impresión es pesimista, por poco que hagamos para remediarlo se podrá mejorar el pronóstico de esta enfermedad. Programas de educación al paciente y familia, médicos de familia y otros especialistas implicados son el pri-

mer paso. Modificar los hábitos de vida y la instauración precoz de medidas preventivas de eficacia confirmada, con el estricto control glicémico, tratamiento antihipertensivo en especial con IECAS, descenso de los lípidos, empleo de IECAS o ARAII en cuanto aparezca microalbuminuria y aunque no exista HTA y finalmente la reducción en la ingesta proteica, nos hacen ser optimistas frente al futuro⁶. Los resultados tardarán años en verse y controlar esta epidemia debe ser un reto de la comunidad médica y no sólo de los nefrólogos⁷.

BIBLIOGRAFIA

1. Rychlik I, Miltenberger-Miltenyi G, Ritz E: The drama of the continuous increase in end-stage renal failure in patients with type II diabetes mellitus. *Nephrol Dial Transplant* 13 (Supl. 8): 6-10, 1998.
2. Excerpts from United States Renal Data System: 1995 Annual data report. *Am J Kidney Dis* 26 (Supl. 2): 1995.
3. Ismail N, Becker B, Strzelczyk P, Ritz E: Renal disease and hypertension in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Kidney Int* 55: 1-28, 1999.
4. Luño J, García de Vinuesa S, Gómez Campderá F, Lorenzo I, Valderrábano F: Effects of antihypertensive therapy on progression of diabetic nephropathy. *Kidney Int* 54 (Supl. 68): S112-S119, 1998.
5. Pommer W, Bressel F, Chen F, Molzah M: There is room for improvement of preterminal care in diabetic patients with end-stage renal failure. The epidemiological evidence in Germany. *Nephrol Dial Transplant* 12: 1318-1320, 1997.
6. Luño J, Valderrábano F: ¿Se puede evitar la progresión a la insuficiencia renal terminal en la nefropatía diabética? *An Med Intern* 1998.
7. Passa P: Diabetic nephropathy in the NIDDM patient on the interface between diabetology and nephrology. What do we have to improve? *Nephrol Dial Transplant* 12: 1316-1317, 1997.

NEFROLOGIA

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Nefrología



NOTICIAS

RETRASADA LA OPE DEL INSALUD

Como consecuencia de la sentencia de la sala 9 del T.S.J. de Madrid, se retrasan tanto los exámenes de los interinos como la toma de posesión de los traslados en el área INSALUD hasta la resolución del recurso ante el Tribunal Supremo (calculada entre 6 y 10 meses).

Fuente: INSALUD