

Evaluación de la Nefropatía en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

La diabetes es la principal causa de enfermedad renal crónica en los países desarrollados. La prevalencia de esta enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 varía entre el 25% y 50%.

Fuente: Global Guideline for Type 2 Diabetes 92-96, 2012
Autor: International Diabetes Federation
Institución: International Diabetes Federation, Bruselas, Bélgica

Atención recomendada

La función renal debe evaluarse al momento del diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 (DBT2) y en forma anual; esto se puede realizar mediante el análisis de la albuminuria y la medición de la creatinemia con la estimación de la tasa de filtrado glomerular. El método preferido de evaluación de la albuminuria es la medición de la relación albuminuria/creatininuria con la primera orina de la mañana. Si se observa una relación mayor de 2.5 mg/mmol en hombres o mayor de 3.5 mg/mmol en mujeres, el examen se debe repetir 2 veces a lo largo de los siguientes 4 meses.

La presencia de microalbuminuria se confirma si la relación albuminuria/creatininuria se encuentra alta en 2 de 3 determinaciones en ausencia de infección o proteinuria manifiesta. Si las 2 pruebas repetidas no ratifican el resultado de la primera evaluación, la prueba se debe repetir en forma anual. Un valor mayor de 30 mg/mmol en la relación albuminuria/creatininuria indica la presencia de macroalbuminuria.

La enfermedad renal crónica se diagnostica sobre la base del aumento en la relación albuminuria/creatininuria o por un descenso menor de 60 ml/min/1.73 m² en la tasa de filtrado glomerular. Los individuos con enfermedad renal crónica, con microalbuminuria o macroalbuminuria, deben recibir inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II o bloqueantes del receptor de angiotensina. Estos agentes se titulan hasta la máxima dosis tolerada. Se sugiere controlar la relación albuminuria/creatininuria, la tasa de filtrado glomerular y el potasio sérico.

Se debe intensificar el tratamiento de la presión arterial (objetivo de presión arterial \leq 130/80 mm Hg). También se considera prioritario intensificar el control glucémico. Se sugiere limitar la ingesta de proteínas a 1 g/kg/día en los sujetos con proteinuria e intensificar otras medidas de protección renal y cardiovascular.

Se sugiere que los especialistas en diabetes y los nefrólogos acuerden sobre los criterios para la derivación al especialista en nefrología. Entre éstos se incluyen un valor de la tasa de filtrado glomerular menor de 30 ml/min/1.73 m², el deterioro progresivo de la función renal, la proteinuria persistente, los trastornos bioquímicos y de retención de fluidos.

Atención limitada

En forma anual se debe realizar una evaluación de la proteinuria en la primera orina de la mañana con una tira reactiva. Si la prueba es positiva se excluye una infección del tracto urinario. Se sugiere medir la creatinemia y estimar la tasa de filtrado glomerular en forma anual.

En los sujetos con proteinuria, considerar el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II o bloqueantes del receptor de angiotensina y los costos asociados. Se sugiere lograr un valor de presión arterial $<$ 130/80 mm Hg con cualquier fármaco antihipertensivo y moderar la ingesta de sal. También se recomienda alcanzar los objetivos de control glucémico y del perfil lipídico con los fármacos disponibles.

Atención abarcadora

La evaluación de la albuminuria debe realizarse siempre mediante un método cuantitativo de laboratorio. Se pueden efectuar evaluaciones adicionales para excluir otras causas de enfermedad renal, como autoanticuerpos, ecografía y biopsia.

Fundamento

La diabetes es la causa principal de enfermedad renal crónica en los países desarrollados. La prevalencia de esta enfermedad en los sujetos con DBT2 varía entre el 25% y 50%. Esta condición se asocia con el aumento de la morbilidad y la mortalidad prematura.

El esfuerzo principal debe focalizarse en la prevención primaria, con un buen control glucémico y de la presión arterial desde el momento del diagnóstico. Igualmente, la eficacia de las intervenciones en estadios más tardíos sugiere que es útil la detección del daño renal en curso.

Las dos manifestaciones principales de la enfermedad renal crónica en los individuos con DBT2 incluyen la reducción de la tasa estimada de filtrado glomerular y la presencia de albuminuria/proteinuria.

El estudio UKPDS aportó datos claros sobre los beneficios del control glucémico y la presión arterial en el retraso de la aparición de la nefropatía. Esto también se demostró en investigaciones más recientes.

Los agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona ejercen, además, beneficios protectores renales y cardiovasculares. La protección del riesgo cardiovascular es mayor que su efecto hipotensor. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueantes de su receptor retrasan la progresión de la microalbuminuria en los pacientes con DBT2, con hipertensión arterial. Los antagonistas del receptor de angiotensina demostraron enlentecer la progresión de la nefropatía en los pacientes con macroalbuminuria e insuficiencia renal (creatinemia mayor de 1.5 mg/dl [$>$ 130 μ mol/l]).

Los sujetos con microalbuminuria presentan aumento del riesgo cardiovascular; riesgo que, incluso, es mayor en los



individuos con proteinuria y disminución de la tasa de filtrado glomerular.

Se estimó que, una vez que una prueba con tira reactiva es positiva, el tiempo hasta la insuficiencia renal es de 9 años. Este intervalo puede duplicarse mediante el tratamiento apropiado de la presión arterial. Alcanzar este objetivo puede ser problemático en los pacientes con DBT2 que, por lo general, son ancianos, dado que mantener un valor de presión arterial de 140/80 mm Hg o menos es un desafío, incluso con la administración de múltiples fármacos y modificaciones en el estilo de vida.

Se requiere que los pacientes con nefropatía cuenten con un buen acceso a los servicios de salud para controlar con frecuencia los registros de presión arterial y titular las dosis de los agentes antihipertensivos. El tratamiento de la enferme-

dad renal crónica requiere acceso a estudios de laboratorio para la determinación de la relación albuminuria/creatininuria y la disponibilidad de múltiples fármacos antihipertensivos, en particular los bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona.

Un indicador a evaluar puede ser el número de personas con DBT2 que tuvieron al menos una determinación de microalbuminuria en el último año como un porcentaje del número de pacientes con DBT2 que fueron atendidos en el último año. Otro estimador a considerar puede ser el número de individuos con DBT2 en los que se determinó, en al menos una oportunidad, la creatininemia y la tasa estimada de filtrado glomerular en el último año como un porcentaje del número total de pacientes con DBT2 atendidos en los últimos 12 meses.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2014
www.siicsalud.com