



245/27 - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA REAGUDIZADA. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

M. Sánchez García^a, E. Reyes Gilabert^b y G. Bejarano Ávila^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Alcalá de Guadaíra. Sevilla. ^bOdontóloga. Centro de Salud de la Algaba. Sevilla. ^cOdontóloga. Centro de Salud El Viso del Alcor. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 88 años que acude a odontología para tratamiento de periodontitis, donde tras objetivar la analítica el odontólogo remite a urgencias del hospital por el deterioro acelerado de la función renal en paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) de base, cifras alrededor de 2 de creatinina, que en una analítica de control tiene una creatinina de 4,5, y tensión arterial sistólica elevadas 150-160 mmHg incontrolable con el tratamiento con manidipino 20 mg instaurado hace 2 años, cuando debutó con insuficiencia renal en el contexto del tratamiento con telmisartán. A pesar de ser diabética y de poder tener una nefropatía diabética, las cifras de HbA1c han estado siempre inferiores a 6,5 y hasta la introducción del telmisartán no ha comenzado el aumento de creatinina. Desde los 3 meses previos a su llegada a urgencias, las cifras tensionales controladas en el domicilio por su hija han permanecido siempre superiores a 140 mmHg e inferiores a 200 mmHg. Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipemia, IRC grado III. Dependiente por poliartrosis invalidante, vida cama-sillón. Tratamiento habitual: alopurinol, lormetazepam, glibenclamida, omeprazol, AAS, pidolato deanol/heptaminol clorhidrato, manidipino, duphalac.

Exploración y pruebas complementarias: Valoración en urgencias con auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos a buena frecuencia con soplo sistólico en foco aórtico. Crepitantes en base pulmonar izquierda. Miembros inferiores con edemas simétricos. Se le realiza sondaje uretral en urgencia. Cifras tensionales: 150/85. Analítica: glucosa 47, urea 123, urato 6,3, creatinina 4,5, bilirrubina 0,16, colinesterasa 4.768, HDL 33, LDL 159, colesterol total 240, PCR 17,3, Hb1Ac 5,5%, TSH 5,67. Leucocitos 9.600 (linfocitosis, eosinofilia) Hb 7,7, plaquetas 179.000, VSG 61. Resto de los parámetros normales. Gasometría arterial: pH 7,44, pCO₂ 40, pO₂ 84, Sat O₂ 97%.

Juicio clínico: IRC agudizada por mal control de HTA. DM2 con buen control de Hb1Ac. Anemia de trastorno crónico secundaria a insuficiencia renal crónica que ha requerido transfusión.

Diagnóstico diferencial: Se ha de plantear entre las posibles causas de la agudización de la insuficiencia renal.

Comentario final: Se da la paradoja de que para este anciano, los tratamientos IECA y ARA II, que bajando las cifras tensionales sirven de manera preventiva para frenar el deterioro de la función renal secundario a la hipertensión, se vuelven nefrotóxicos y requieren un control tan estrecho que

es imposible. Ante un paciente anciano con IRC es recomendable, efectuar anualmente un cribado de filtrado glomerular y de albuminuria, ajustar fármacos al filtrado glomerular, evitando el uso de AINE y la asociación de fármacos que retienen potasio, como IECA y/o ARA II, ya que fármacos bloqueadores del sistema renina-angiotensina, en estos pacientes, puede empeorar la patología renal.

Bibliografía

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.* 2012;2:337-414.
2. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández-Fresnedo G, Galcerán JM, Goicoechea M, et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología.* 2014;34:302-16.