

Insuficiencia Renal y Diabetes. ¿Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal?

Pascual Clemente García.
Hospital de Alicante del S.V.S.

La Diabetes Mellitus puede llevar al riñón a una insuficiencia a través de las siguientes lesiones:

- Glomerular (es la más típica):
 - a) Glomeruloesclerosis difusa.
 - b) Glomeruloesclerosis nodular.
- Nefroesclerosis debida a esclerosis arterial y arteriolar.
- Pielonefritis por atonia vesical.
- Necrosis Papilar.
- Fracaso Renal Agudo debido a los contrastes yodados.

CLINICA

La insuficiencia renal (I.R.) ocurre en el 50% de los pacientes con diabetes juvenil y en un 6% de la diabetes en los adultos.

La función renal está relativamente bien conservada durante 15 ó 20 años a pesar del temprano engrosamiento de la membrana basal, incluso durante los primeros cinco años de esta enfermedad existe un incremento del filtrado glomerular. Después de estos cinco años el filtrado glomerular empieza a disminuir, aunque no cae por debajo de lo normal hasta pasados 10 ó 15 años desde el comienzo de la enfermedad.

En este estadio no existe I.R., edemas, hipertensión, y el sedimento de la orina es normal, excepto la existencia de proteinuria. Sin embargo una vez que la proteinuria se incrementa, hay un rápido deterioro de la función renal, desembocando en I.R. en 3 ó 5 años en la mayor parte de los pacientes.

La progresión de la I.R., se acompaña de proteinuria de rango nefrótico, hipertensión, retinopatía, etc.

DIAGNOSTICO

Aunque el diagnóstico de la glomeruloesclerosis diabética debe ser definido por biopsia renal, el cuadro clínico con síndrome nefrótico e insuficiencia renal es tan característico que la biopsia no es necesaria.

TRATAMIENTO

- Profiláctico.
- Tratamiento de la Insuficiencia Renal Terminal.

Tratamiento de la insuficiencia renal terminal. ¿Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal?

Hace una década, tanto en Estados Unidos como en Europa, los enfermos diabéticos solamente componían entre el 1 y el 7% de los enfermos admitidos en diálisis.

Estos pacientes eran excluidos por razones múltiples y complejas, pero los factores más importantes eran: las pobres perspectivas de diálisis y trasplante, más el progresivo deterioro de la función visual.

En 1978, gracias al avance de las técnicas y de la hemodiálisis, éstos contribuyeron a mejorar las complicaciones de los problemas de los pacientes diabéticos, dando lu-

gar a un aumento de la supervivencia de los mismos.

La D.P.C.A. (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria), es una alternativa a la hemodiálisis para estos pacientes, por dos principales razones:

- Los accesos vasculares son a veces difíciles de establecer y mantenerse.
- Existe un alto riesgo de hemorragia por la heparinización.

HEMODIALISIS

- a) Ventajas.
- b) Desventajas.
- c) Complicaciones.

a) Vista como técnica, es una más de las utilizadas como sustitutivas de la función renal y por lo tanto aplicable en determinados casos: ausencia de un programa de D.P.C.A., fallo del peritoneo en D.P.C.A., etc.

Desde el prisma psico-socio-familiar, disminuye el exceso de responsabilidad que supone la constancia en la ayuda en D.P.C.A. por parte de los familiares en algunos casos.

Menor índice de hospitalización.

b) Dificultad de accesos vasculares. Mayor costo del tratamiento.

c) Aceleración de la retinopatía, debido a:

- Mal control de la hipertensión arterial.
- Mal control de la hiperglucemia.

- Heparinización sistemática.
- Riesgo de hemorragias.
- Accidentes cardiovasculares.
- Agravamiento de la enfermedad vascular periférica.

D.P.C.A.

- a) Ventajas.
- b) Desventajas.
- c) Complicaciones.
 - a) No progresión de la retinopatía.
 - Mejor control de la glucemia.
 - Control estable de la uremia.
 - Hipertensión arterial más fácilmente controlable.
 - Estable estatus cardiovascular.
 - Bajo costo del tratamiento.

b) Hospitalizaciones.

Los diabéticos hacen un gasto de 33 días/paciente/año en el hospital, casi el doble de los no diabéticos y superior a los diabéticos en hemodiálisis.

c) Además de las complicaciones propias de los pacientes no diabéticos como:

- Peritonitis.
 - Derivadas de la presión intraabdominal, (fuga del líquido dializante, hemorroides, etc.).
 - Obesidad.
 - Aumento del perfil lípido, etc.
- Algunas específicas, como:
- Retraso en la cicatrización de las heridas.
 - Algunos diabéticos suelen te-

ner pérdida de proteínas, aminoácidos y vitaminas en el líquido dializado, ello contribuye a aumentar la morbilidad y enlentecer la rehabilitación.

Debido a las diversas ventajas y una tendencia a mejorar las tasas de supervivencia por encima de otras formas de reemplazamiento renal, la D.P.C.A. parece ser el tratamiento a elegir para los diabéticos que requieren diálisis.

Bibliografía.

Evolución de los pacientes en D.P.C.A. y Hemodiálisis: Análisis a los cuatro años de un estudio multicéntrico prospectivo. R. Gokal y Cols. The Lancet (Ed. Esp.) Vol. 12, n.º 3, 1988.

C.A.P.D. R. Gokal. Churchill - Livingstone 1982.

Cuidados de Enfermería aplicados al paciente renal portador de V.I.H. y/o otras enfermedades infecto-contagiosas

Mesa Redonda

M.ª Jesús Díez Sanz

CONCLUSIONES

1. La vía principal de contagio es la sexual.
2. Las medidas de prevención son la mejor arma.
3. El riesgo profesional es mínimo pero existe.
4. La información y conocimiento sobre el tema es fundamental.
5. Se han dado varias opciones sobre el aislamiento.
6. Ha quedado claro que la atención y cuidados del enfermo han de ser todos los que necesite.
7. Lo principal es que nos ha hecho reflexionar sobre este tema y nos ayudará a ser consecuentes con el mismo.

