



PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES DE LA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

Josep M^a Gutiérrez Vilaplana, Elisabet Samsó Piñol, Judit Cosi Ponsa,
Pilar Ibars Moncasi, Lourdes Craver Hospital

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico y el tratamiento precoz de la enfermedad renal crónica (ERC) pueden prevenir su progresión. La educación dirigida a controlar la comorbilidad mejora el pronóstico y calidad de vida en el tratamiento renal sustitutivo (TRS). (1)

En la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) se educa al paciente para el tratamiento renal sustitutivo. El paciente podrá adquirir unos conocimientos que le ayudarán en la decisión de TRS, realizar una dieta adecuada, mantener un acceso vascular en las mejores condiciones, autoadministrarse de forma subcutánea medicación para la corrección de la anemia e incluso disminuir el nivel de ansiedad tanto del propio paciente como de sus seres queridos.

Estos pacientes con ERC presentan un riesgo cardiovascular elevado y tienen una morbimortalidad por eventos cardiovasculares que, probablemente, tengan un impacto en la salud mayor que la evolución hacia la necesidad de tratamiento renal sustitutivo. (2). Por lo tanto, la realidad de la población que acude a la consulta nos hace plantear un abordaje dirigido a otros cuidados que también son muy importantes.

Además, se estima que por cada paciente en programa de diálisis o trasplantado renal puede haber 100 casos de ERC menos grave en la población general. Estos casos constituyen la base de los pacientes que llegarán a padecer ERC avanzada.

La mayoría de pacientes en fase de disminución del índice de filtrado glomerular (GFR) fallecen debido a una enfermedad vascular coronaria (EVC) anterior al desarrollo de la enfermedad renal. (3)

Los pacientes con ERC presentan un aumento muy importante de la morbimortalidad cardiovascular en relación a la población general. Entre el 40% y el 75% de los pacientes que comienzan los programas de diálisis tienen enfermedad cardiovascular. (ECV) (4)

Las guías K/DOQI (2002) otorgan un protagonismo especial a la enfermedad cardiovascular, reconociendo que las complicaciones cardiovasculares son la principal causa de morbimortalidad en el paciente con ERC y que a su vez la ERC constituye muy probablemente un factor de riesgo principal de la enfermedad cardiovascular (5)

Los pacientes tratados en la consulta ERCA corresponden mayoritariamente al estadio 4 de la clasificación de enfermedad renal. En este estadio el riesgo de que aparezcan complicaciones cardiovasculares es muy elevado. (5)

La existencia de una población con ERCA añosa y con problemas cardiovasculares de base nos obligan a cambiar nuestra concepción de la enfermedad renal. No hay que centrarse únicamente en los problemas derivados de ella misma o de su tratamiento, sino que tenemos que ampliar nuestros cuidados hacia otros campos, uno de los cuales es la prevención de los factores de riesgo cardiovascular. (6) Con el tratamiento médico conseguimos corregir tan sólo de forma parcial estos factores. Por este motivo debemos insistir en el trabajo a realizar en la consulta, tratando de concienciar a los pacientes de la importancia de su patología y de la necesidad de un seguimiento correcto de las medidas higiénico dietéticas. (7)



Para saber el alcance real del problema y poder planificar los cuidados necesarios nos propusimos realizar el presente estudio.

OBJETIVOS

Objetivo principal: Valorar el perfil de riesgo cardiovascular de los pacientes de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada.

Objetivo secundario: Conocer los factores de riesgo cardiovascular sobre los que enfermería puede incidir desde la consulta de ERCA

MATERIAL Y METODOS

PACIENTES: Totalidad de pacientes de la consulta MRCA, prevalentes en enero del 2005 (N=202)

DISEÑO: Estudio descriptivo observacional de corte transversal.

Las diferentes variables fueron recogidas mediante entrevista personal, registros de las historias clínicas (médica y de enfermería) y de las analíticas realizadas al paciente. El riesgo cardiovascular de cada paciente se calculó según la tabla de predicción de Framingham.

También se analizaron los factores de riesgo cardiovascular para la población general, según el JNC-VII informe del Joint National Committee (8), ajustando los parámetros a los recomendados para el tratamiento del paciente con ERC.

Se consideró la variable hipertensión como factor de riesgo, en aquellos pacientes que presentaban unas cifras tensionales por encima del objetivo para la nefroprotección y la prevención cardiovascular en el paciente con ERC (130/80 mmHg) (4). La tensión arterial fue tomada en consulta según las recomendaciones de la sociedad americana de Hipertensión (9). Así mismo se registraron los controles tensionales aportados por el paciente, automedida de la presión arterial (AMPA) y los controles en la consulta de atención primaria.

Se definió la variable dislipemia como factor de riesgo cuando, según el objetivo terapéutico de la dislipemia en pacientes con ERC(4), las cifras de colesterol- LDL estaban por encima de 100mg/dl y para el colesterol- HDL por debajo de 40 mg/dL.

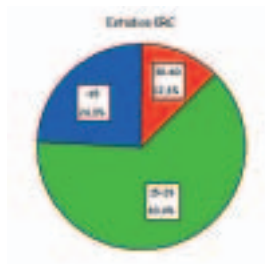
Para calcular el filtrado glomerular se utilizó la fórmula de Cockcroft-Gault.

De entre los factores de riesgo cardiovascular específicos de la uremia valoramos la anemia (Hb<12 g/dL) y la presencia de inflamación mediante proteína C reactiva (PCR), Calcio y fósforo.

RESULTADOS

Demográficos

- La edad media de la población de la consulta: 75,3+/-11,8 años (34-98).
- La distribución de sexo: 67% varones (n=137) y 32% de mujeres (n=65)
- En cuanto a la distribución por estadio de enfermedad renal:





Factores de riesgo cardiovascular clásicos

- Hipertensión arterial:

El 75,7% tenían tensiones arteriales sistólicas por encima de 130 mmHg y el 20,3% presentaba tensiones arteriales diastólicas por encima de 80 mmHg.

La media de presión de pulso: 70,74 +/- 17,7 mmHg.



- Consumo de tabaco.

El 8,4% eran fumadores.

- Obesidad

La media de índice de masa corporal (IMC): 26,55



Un 41% de los pacientes presentó una circunferencia abdominal por encima de la recomendada: >102 cm en hombres y >88 cm en mujeres.

- Sedentarismo



- Dislipemia

El 43% de los pacientes presentó un colesterol-LDL por encima de 100mg/dL y el 12,6 % tenía el colesterol-HDL por debajo de 40 mg/dL





- Diabetes
El 32% de la población de la consulta eran diabéticos (n=66)
- Filtrado glomerular estimado < 60 ml/min
El 100% de los pacientes
- Edad avanzada
El 89% tenía una edad por encima de 55 años en los hombres y por encima de 65 en las mujeres
- Hipertrofia ventricular izquierda
El 56% presentaron hipertrofia ventricular izquierda,
- Historia previa de enfermedad cardiovascular:
El 50,2% presentaron enfermedad cardiovascular previa
- Proteína C reactiva
La media de la proteína C reactiva fue 12,6 mg/dL.
- Anemia
El 79,9% tenían una Hemoglobina superior a 12 gr/dL
- Calcio
La media del calcio fue: 9,32 mg/dL
- Fósforo
La media de fósforo fue: 4,093 mg/dL

- Riesgo cardiovascular



La media de padecer un evento cardiovascular en 10 años para los pacientes de la consulta ERCA fue de 23,7%

Se realizó un análisis multivariante, donde la variable dependiente fue el riesgo cardiovascular y las variables independientes fueron el colesterol, HDL, LDL, triglicéridos, hb, aclaramiento creatinina, calcio y fósforo sérico PCR, HVI, edad, sexo, diabetes, eventos cardiovasculares, TA, presión del pulso, TA ambulatoria, Presión del pulso ambulatoria, IMC, ejercicio y tabaco. El resultado fue:





Variables	B	Sig.
Colesterol	0,637	0,000
HDL	-0,554	0,001
Tabaco	3,112	0,002
Diabetes	-9,588	0,000
HIV	11,514	0,000
Edad	0,681	0,001
ECV	-4,994	0,035
LDL	-0,412	0,007
Triglicéridos	-0,093	0,001
PCR	0,263	0,041
IMC	0,884	0,020
Aclaramiento creatinina	0,459	0,002
Fósforo	-6,553	0,000
Presión del pulso ambulatoria	0,268	0,003

DISCUSIÓN

Tal y como se describe en otros trabajos, los pacientes de la consulta de ERCA se caracterizan por ser de edad avanzada, con importante comorbilidad asociada y un riesgo elevado de padecer un evento cardiovascular.

Es evidente que hay unos determinados factores de riesgo cardiovascular ligados al perfil del paciente de la consulta ERCA, tales como la edad y el grado de filtrado glomerular inferior a 60 ml/min, sobre los que no podemos actuar. Sin embargo hay otros factores que sí son controlables como el sedentarismo, la dieta (lípidos, calcio, fósforo y sobrepeso) y el control de la tensión arterial, fomentando la automedida en domicilio.

Los factores de riesgo que más inciden en el incremento de riesgo cardiovascular son los mismos que para la población general pero con distinto impacto.

CONCLUSIÓN

Los cuidados ofrecidos en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada deben aumentar el enfoque a las necesidades reales del paciente, por ello debemos insistir en el control de los factores de comorbilidad que representan un impacto tan importante o más que la propia patología renal.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) J. Hurst "Prevención de la insuficiencia renal" EDTNA/ERCA Journal XX nº 4 Oct-dic.(2004)
- (2) Guías SEN "Riñón y Enfermedad cardiovascular". Nefrología 2004: vol 24: 27-35
- (3) F. de Alvaro. " Cuando comenzar la diálisis en pacientes diabéticos" EDTNA/ERCA Journal XXX Nº 3 (2004)
- (4) Guías SEN " Riñón y Enfermedad cardiovascular". Nefrología 2004: vol 24 sup 6: 17-21.
- (5) K/DOQI Clinical Practise guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Am J. Kidney Dis 2003:39 (Suppl1): S1-S89.
- (6) R. Menezo Viadero, M. González Gómez "Factores de riesgo cardiovascular en



pacientes en diálisis: su prevención implica su conocimiento” Comunicaciones presentadas al XXIII congreso nacional de la sociedad española de enfermería nefrológica. Sevilla. Octubre 1998.

- (7) C. De la Fuente.M.D. Antorán. “ Estimación del riesgo de cardiopatía coronaria y medidas preventivas recomendables en el paciente con diabetes Mellitus tipo II y nefropatía diabética.. Enfermería nefrológica. Nº 16 (2001).
- (8) JNC-7: 7º informe del Joint National Committee. JAMA May 21, 2003; 289: 2560-2572.
- (9) L. Guerrero, L. Fernández. Et al. “Manual de intervención de enfermería en hipertensión y riesgo cardiovascular.” Madrid 2003.

