

¿MODIFICAN LOS PACIENTES SU INGESTA DE SODIO Y POTASIO A MEDIDA QUE PROGRESA LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA?

Verónica Rubio Menéndez¹, Roberto Alcázar Arroyo¹, Daniel Gaitán Tocora¹, Laura Medina Zahonero¹, Juan Martín Navarro¹, Fabio Luca Procaccini¹, Raquel Barba Teba¹, Esther Valle Álvarez¹, Miryam Polo Cánovas¹, Patricia De Sequera Ortiz¹
1)Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid

INTRODUCCIÓN

La ingesta elevada de Na⁺ se ha asociado a mayor prevalencia, y a un mayor riesgo de progresión de la enfermedad renal crónica (ERC). Una ingesta pobre en K⁺ y un cociente Na⁺ / K⁺ elevado también se asoció a un mayor riesgo vascular. La determinación de sodio (Na⁺) y potasio (K⁺) en orina de 24h es una herramienta de práctica diaria ya que se correlaciona con la ingesta de estos cationes. Una dieta con beneficios cardionefroprotectores es aquella con poco Na⁺ y rica en K⁺

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo observacional con 464 muestras de orina de 24 horas en 184 pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) E3b-5noD. Todas las orinas cumplían los criterios de recogida adecuada de Imbembo y Walser.

RESULTADOS

Respecto a la ingesta de Na⁺ el 52,5% siguen una dieta normal de Na⁺ (87-175 mmol Na⁺ en orina de 24 horas). Solo el 18.5% hacen una dieta pobre en Na⁺ y el 29% hacen una dieta alta en Na⁺. Los hombres eliminan entre 40-45 mmol más de Na⁺ que las mujeres. En estadios avanzados (ERC G4 y G5) la ingesta de Na⁺ es menor, si bien no alcanza la significación estadística. (Tabla 1)

Con el K⁺, sin embargo, el 62.5% siguen una dieta pobre en K⁺ (K⁺ < 60 mmol/día). Sólo el 7.1% hacían una dieta rica en K⁺, (> 90mmol/día). Los hombres eliminan 16 mmol más de K que las mujeres. A mayor gravedad de la ERC menor excreción de K⁺ en orina de 24h. (Tabla 1)

No hubo diferencias en la excreción de Na⁺ y K⁺ en orina de 24h en relación con la edad, pero si en función del peso, a mayor IMC más excreción de sodio y de potasio.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los pacientes con ERC avanzada no siguen una ingesta de Na⁺ y K⁺ “cardiosaludable”. Comen más Na⁺ y menos K⁺ de lo aconsejado. Cabe la posibilidad que, en esta población, la eliminación de K⁺ en orina de 24 horas infraestime la ingesta real de K⁺ por una mayor eliminación extrarrenal de K⁺.



Tabla 1. Eliminación de Na y K medida en orina de 24 horas

Na _o en 24h medido. mMol/L (DE)						
	Global	Hombres	Mujeres	ERC G3b	ERC G4	ERC G5
Pacientes	146,4 (66.6) N=184	171.3 (69.6) N=85	124.9 (55.9)* N=99	155.3 (67.3) N=92	137,1 (60.9) N=77	139,2 (84) N=15
Muestras#	148,7 (63.8) N=464	170 (62,0) N=209	131,0 (59,9)* N=250	151,9 (63,5) N=160	148,1 (60,2) N=211	144,7 (72,0) N=93
Ko en 24h medido. MMol/L (DE)						
	Global	Hombres	Mujeres	ERC G3b	ERC G4	ERC G5
Pacientes	55,1 (21,3) N=184	64.3 (20,9) N=85	47,4 (18,4)* N=99	59 (22,8)** N=92	51,6 (18,9)** N=77	50,0 (20,5) N=15
Muestras#	54,7 (19,7) N=464	63,7 (19,5) N=208	47,2(16,6)* N=250	59,7 (21,9)*** N=160	54,6 (18,6)*** N=211	47,2 (15,6)*** N=93

*p<0,001 entre hombres y mujeres
**p=0,03 entre ERC G3b y ERC G4 para el K en 184 muestras de pacientes individualizados
***p<0,05 entre todos los estadios de ERC para el K
#En las muestras se incluyen varias determinaciones en un mismo individuo en momentos distintos.