¿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.

CONCLUSION

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+.

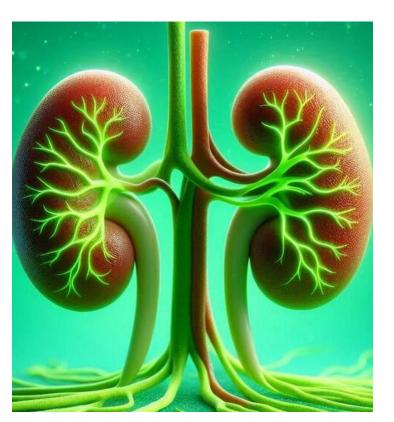


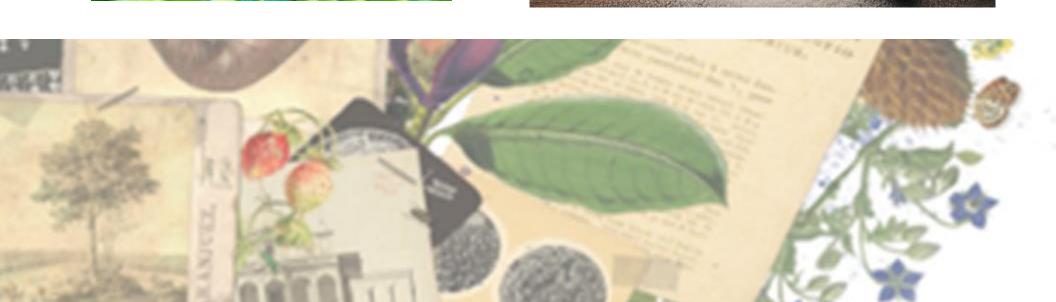


Tabla 1. 🛭 iminación de Na y Kmedida en orina de 24 horas

Na₀ en 24h medido. mMol/L (DE)						
	Global	Hombres	Mujeres	ERC G3b	ERC G4	ERC G5
Pacientes	146,4 (66.6)	171.3 (69.6)	124.9 (55.9)*	155.3 (67.3)	137,1 (60.9)	139,2 (84)
	N=184	N=85	N=99	N=92	N=77	N=15
Muestras#	148,7 (63.8)	170 (62,0)	131,0 (59,9)*	151,9 (63,5)	148,1 (60,2)	144,7 (72,0)
	N=464	N=209	N=250	N=160	N=211	N=93
Ko en 24h medido. MMol/L (DE)						
	Global	Hombres	Mujeres	ERC G3b	ERC G4	ERC G5
Pacientes	55,1 (21,3)	64.3 (20,9)	47,4 (18,4)*	59 (22,8)**	51,6 (18,9)**	50,0 (20,5)
	N=184	N=85	N=99	N=92	N=77	N=15
Muestras#	54,7 (19,7)	63,7 (19,5)	47,2(16,6)*	59,7 (21,9)***	54,6 (18,6)***	47,2 (15,6)***
	N=464	N=208	N=250	N=160	N=211	N=93

^{*}p<0,001 entre hombres y mujeres

#En las muestras se incluyen varias determinaciones en un mismo individuo en momentos distintos.











^{**}p=0,03 entre ERC G3b y ERC G4 para el Ken 184 muestras de pacientes individualizados

^{***}p<0,05 entre todos los estadios de ERC para el K