P-156

EL ENEMIGO OCULTO

Verónica Bonet Ivars[1], Núria Piquer Farres[2], Laia Bes Roig[2]

[1] *CAP Centre, Sabadell*
[2] *CAP La Salut, Badalona*

La nefropatía diabética es una de las principales complicaciones microvasculares de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y representa una de las causas más frecuentes de enfermedad renal crónica (ERC). Su evolución suele ser progresiva y se caracteriza por la aparición en la analítica de albuminuria y un descenso del filtrado glomerular. La detección precoz y el abordaje multifactorial permiten retrasar la progresión de la enfermedad renal y reducir el riesgo cardiovascular asociado.

CASO CLÍNICO

Mujer de 65 años, con antecedentes patológicos de DM2, hipertensión arterial, dislipemia y obesidad (IMC 31 kg/m^2). En tratamiento errático con metformina 850 mg/12 horas, insulina glargina 20 UI nocturnas, enalapril 20 mg/día y simvastatina 20 mg/día. Consulta en Atención Primaria por analítica del trabajo con varios parámetros alterados. La analítica general (AG) muestra glucemia basal de 182 mg/dL, colesterol 280 mg/dL, creatinina de 1,6 mg/dL. Sin otras alteraciones destacables. En la exploración física (EF) presenta tensión arterial (TA) de 155/91 mmHg, peso de 83 kg y edemas leves en miembros inferiores.

Se pide AG completa y nuevo control con automedida de TA (AMPA) en 1 mes.

Exploración y pruebas complementarias: AG: glucemia basal de 185 mg/dL, HbA1c de 8,7%, colesterol 280 mg/dL, HDL 45 mg/dL, LDL 160 mg/dL, TG 200 mg/dL, creatinina 1,4 mg/dL, filtrado glomerular (FG) estimado (CKD-EPI) de 58 mL/min/1,73 m^2 y cociente albúmina/creatinina urinario de 400 mg/g.

AMPA: 145/78.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Ante la presencia de albuminuria significativa y disminución del FG, se diagnostica de ERC, secundaria a nefropatía diabética, estadio G3A. Se realiza un abordaje integral junto con enfermería sobre los principales factores de riesgo. Se refuerza la educación diabetológica, medidas higiénico-dietéticas y el ejercicio diario. Se modifica tratamiento: simvastatina 40 mg, se inicia un iSGLT2 y se mantiene el tratamiento con IECA.
A los cuatro meses se pide nueva analítica y se objetiva mejora global: HbA1c de 7,4%, creatinina 1,1 mg/dL, colesterol 220 mg/dL, HDL 48 mg/dL, LDL 120 mg/dL, TG 150 mg/dL, FG 68 (estadio 2), descenso del cociente albúmina/creatinina a 298 mg/g. AMPA sobre 135-140/85 mmHg.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Nefroangioesclerosis hipertensiva

CONCLUSIÓN

La nefropatía diabética es una enfermedad que cada vez hemos de tener más presente en Atención Primaria dado que evoluciona sin darnos cuenta, si no pedimos los parámetros necesarios en la analítica, hasta estadios avanzados de ERC. La determinación sistemática del filtrado glomerular y de la albuminuria permite identificar precozmente a los pacientes de riesgo. El control individualizado de glucemia, la tensión arterial y un tratamiento óptimo con terapias con beneficio renal demostrado constituyen una estrategia fundamental para retrasar la progresión de la ERC.

BIBLIOGRAFÍA

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4S):S117-S314. doi:10.1016/j.kint.2023.10.018.

CÓMO CITAR

Bonet Ivars V, Piquer Farres N, Bes Roig L. EL ENEMIGO OCULTO. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):149-150. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4