



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Otero, Luis Mariano
Enfermedad renal crónica
Colombia Médica, vol. 33, núm. 1, 2002, pp. 38-40
Universidad del Valle
Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28333108>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Enfermedad renal crónica

Luis Mariano Otero, M.D.*

“La pérdida de la función renal conduce a más pérdida de la función renal”. Este aforismo proporciona la base racional para el desarrollo de una estrategia que comprende demostración temprana, diagnóstico precoz e intervención adecuada del proceso patológico renal, los factores de susceptibilidad y etiológicos así como los de su deterioro y progresión.

La incidencia y prevalencia de la enfermedad renal terminal en los Estados Unidos de América y Europa se han evaluado bien; su proyección para años futuros es preocupante por la demanda de recursos que impone a la economía de la salud.

En la actualidad en Cali y el Valle hay algo más de mil enfermos en terapia dialítica que comprenden cerca de 15% de todos los pacientes en Colombia (Figura 1).

En el Hospital Universitario del Valle (HUV) se ha presentado un aumento notorio de los egresos con diagnóstico de insuficiencia renal terminal que ha duplicado los casos en los años 2001 y 2002 en relación con los años

anteriores 1999 y 2000.

Si se cumplen las disposiciones gubernamentales de aumentar la cobertura del régimen subsidiado, la demanda requeriría una gran ampliación del recurso disponible presente.

La definición de enfermedad renal crónica (no-insuficiencia renal) dada en el K/DOQI edición 2002 tiene la doble ventaja de ser muy concisa y clara en su uso; lo mismo ocurre con la clasificación simplificada de la enfermedad renal crónica con base en el diagnóstico de los grandes grupos de condiciones patológicas (Cuadro 1).

En el análisis de los factores de riesgos de la enfermedad renal crónica se ha agregado una cuarta columna denominada detección que detalla los niveles de atención en salud donde se deben demostrar e intervenir inicialmente para su adecuada remisión con diagnóstico al nivel más alto de atención respectivo (Cuadro 2).

La susceptibilidad del potencial de los factores de riesgo también se puede definir de una manera fácil y esquemática en clínicos y sociodemográficos;

Cuadro 1
Definición de
enfermedad renal crónica

| Criterios |
|---|
| 1. Daño renal por más de 3 meses, definido como anomalías estructurales o funcionales del riñón con o sin disminución de la RFG que se manifiestan por: |
| • Anomalías patológicas (biopsia). |
| • Marcadores de daño renal. Incluyen anomalías en sangre u orina, y/o anomalías en las pruebas de imágenes. |
| 2. RFG menor de 60 ml/min, 1.73 m ² por más de 3 meses con o sin evidencia de daño renal |

este último término es válido en todos los países occidentales (Cuadro 3).

Como se ve en en los Cuadros 4 y 5 la evaluación clínica de sujetos expuestos a riesgo alto y la evaluación de laboratorio en individuos con falla renal crónica, se basa en procedimientos que se pueden efectuar de una manera

Cuadro 3
Potencial de factores de riesgo
de susceptibilidad a inicio de falla
renal crónica

| Factores | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Clínicos | Sociodemográficos |
| Diabetes | Edad avanzada |
| HTA | Minorías étnicas |
| Enfermedades sistémicas | EEUU |
| ITU | Afroamericanos |
| Obstrucción de TU inferior | Hispanos-indioamericano |
| Neoplasia | Bajo nivel educativo |
| Historia familiar de IRC | |
| Recuperación de falla renal aguda | |
| Reducción de masa renal | |
| Exposición a ciertas drogas | |
| Bajo peso al nacer | |

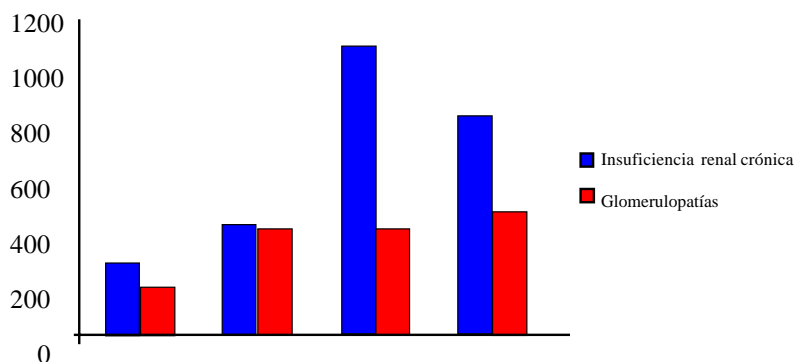


Figura 1
Egresos por enfermedad renal en el Hospital Universitario del Valle,
1999-agosto 2002. Cali

* Profesor Asistente, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud. Coordinador del Programa de Postgrado de Nefrología, Universidad del Valle, Cali.

Cuadro 2
Factores de riesgo para
enfermedad renal crónica y su detección y resultados

| Tipo de factores | Definición | Ejemplos | Detección |
|------------------|---|---|---|
| Susceptibilidad | Aumento de la susceptibilidad a daño renal | Edad avanzada, historia familiar, raza, estrato socio-económico, ¿Ley 100? | Historia clínica Nivel I, II, III |
| Iniciación | Inicio directo del daño renal | Diabetes, HTA, enfermedad auto-inmune, infección sistémica, infección urinaria, cálculos, obstrucción urinaria, toxicidad | Historia clínica exámenes para-clínicos |
| Progresión | Causa empeoramiento del daño más rápido deterioro de la función después de iniciado | Proteinuria marcada, HTA, pobre control glicémico, fumar | Historia clínica exámenes para-clínicos |
| Estado terminal | Aumento de la morbilidad y mortalidad en falla renal | Baja dosis de diálisis, catéteres vasculares, anemia, albúmina baja remisión tardía | Exámenes para-clínicos Educar nivel I y II |

pronta y eficaz en los niveles de atención II y III, sin mayores requisitos técnicos, y que ofrecen la posibilidad de estudiar y evaluar de modo adecuado a todos los pacientes.

El análisis de la Cuadro 6 realza la importancia del aforismo del comienzo de la charla, en el sentido de manejo terapéutico para retardar la tasa de descenso de la filtración glomerular, así como la etapa de falla renal.

El examen cuidadoso de la curva de la función renal permite hacer un análisis crítico de la inadecuada inclusión de pacientes con niveles de función renal muy disímiles en los trabajos que tratan

de evaluar el tratamiento con determinados medicamentos para reducir el tiempo del aumento al doble de la creatinina como resultado de estos estudios clínicos.

En el análisis de los Cuadros 7 y 8 se enfatiza la necesidad de un plan de acción, pues cualquier consenso pierde su utilidad si no sigue ese plan. El plan de acción se enfoca entonces en los estadios de la enfermedad renal y su esquema terapéutico; se analizan también algunas medidas terapéuticas que se aceptan en consenso como útiles, porque se basan en evidencias clínicas convincentes para el manejo de la enfermedad renal crónica en el adulto.

Cuadro 4
Evaluación clínica de pacientes
de alto riesgo para IRC

Todos los pacientes

Medición de presión arterial
Estimar creatinina sérica y FGR
Proteína y albúmina en orina (matutina)
Examen de sedimento urinario o tira reactiva para leucocitos y hematíes

Pacientes seleccionados dependiendo de factores de riesgo

Ecografía renal (sospecha de urolitiasis, historia familiar de riñón poliquístico)
Electrólitos séricos (sodio, potasio, cloro y bicarbonato)
Concentración urinaria o dilución
Acidificación urinaria (PH)

Cuadro 5
Evaluación de laboratorio de
pacientes con falla renal crónica

Todos los pacientes

Creatinina sérica: para estimar FGR
Relación proteína-creatinina o albúmina-creatinina en orina (matutina) o muestra al azar
Examen del sedimento urinario o tira reactiva para leucocitos y hematíes
Imagen renal, usualmente ecografía
Electrólitos séricos (sodio, potasio, cloro, bicarbonato)

Cuadro 6
Años hasta la etapa final renal¹

| Nivel de FG (ml/min/ 1.73 m ² /año) | Tasa de descenso de la FG (ml/min/1.73 m ² /año) | | | | | |
|--|--|-----|-----|-----|-----|----------------|
| | 10 | 8 | 6 | 4 | 2 | 1 ² |
| 90 | 7.5 | 9.4 | 13 | 19 | 38 | 75 |
| 80 | 6.5 | 8.1 | 11 | 16 | 33 | 65 |
| 70 | 5.5 | 6.8 | 9.2 | 14 | 28 | 55 |
| 60 | 4.5 | 5.6 | 7.5 | 11 | 23 | 45 |
| 50 | 3.5 | 4.4 | 5.8 | 8.8 | 18 | 35 |
| 40 | 2.5 | 3.1 | 4.2 | 6.3 | 13 | 25 |
| 30 | 1.5 | 1.9 | 2.5 | 3.8 | 7.5 | 15 |
| 20 | 0.5 | 0.6 | 0.8 | 1.3 | 2.5 | 5.0 |

1. RFG menor de 15 ml/min/1.73m². Basados en el nivel de Fg y la tasa de descenso
2. Promedio de descenso para edades entre 20 y 30 años

Cuadro 7
Enfermedad renal crónica: plan de acción

| Estadio | Descripción del riesgo | RFG (ml/min/1.73 m ²) | Plan de Acción |
|---------|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| | En aumento del riesgo | ≥ 90 con otros factores de riesgo | Detección temprana para la reducción |
| 1 | Daño renal: RFG normal o alto | ≥90 | Diagnóstico y tratamiento Tratamiento de condiciones asociadas Baja progresión Bajo riesgo CV |
| 2 | Daño renal con leve baja de RFG | 60-89 | Estimación de la progresión |
| 3 | Moderada baja de RFG | 30-59 | Evaluación y tratamiento de complicaciones |
| 4 | Severa baja de RFG | 15-29 | Preparación para tratamiento de reemplazo |
| 5 | Falla renal | <15 ó diálisis | Tratamiento de reemplazo, si hay uremia |

Cuadro 8
Tratamiento para reducir la progresión de la enfermedad renal crónica en adultos

| | Nefropatía | | Enfermedad renal en transplante |
|---|-----------------|--|---------------------------------|
| | Diabética | No diabética | |
| Control glicémico estricto IECAS o BRAS | Sí Sí | No comprobado Sí | No demostrado No demostrado |
| Control estricto de la presión arterial | Sí | Mayor efecto con proteinuria Sí | No demostrado |
| | <125/75 mm | <130/85 mm Hg sin proteinuria <125/75 con proteinuria | No demostrado |
| Restricción dietética de proteínas | No concluyente* | No concluyente* | No demostrado |

* Con respecto a la progresión de la enfermedad establecida