



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;

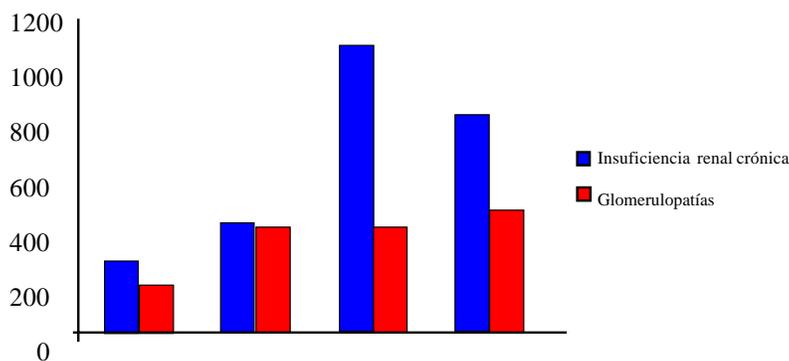


Figura 1
Egresos por enfermedad renal en el Hospital Universitario del Valle, 1999-agosto 2002. Cali

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

Cuadro 1
Definición de enfermedad renal crónica

Criteria
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: <ul style="list-style-type: none"> • 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	

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 trasplante
	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 <125/75 mm	Mayor efecto con proteinuria Sí <130/85 mm Hg sin proteinuria <125/75 con proteinuria	No demostrado No demostrado
Restricción dietética de proteínas	No concluyente*	No concluyente*	No demostrado

* Con respecto a la progresión de la enfermedad establecida