

Enfermedad Renal Crónica: la clave está en la prevención

Autor: María José Inzunza Acevedo, Residente Medicina Familiar Adultos UC

Editor: Dra. Loreto González Vega, Docente Departamento Medicina Familiar UC

18 de agosto, 2020.

Resumen de portada

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) constituye hoy en día un importante problema de salud a nivel mundial, con grandes costos para los sistemas de salud y alta morbimortalidad asociada. En este artículo revisaremos su definición, diagnóstico y cómo prevenir su aparición y progresión según las últimas recomendaciones a nivel internacional y la evidencia disponible.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica, GES, APS y Medicina Familiar

Introducción:

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como una “alteración de la **función y/o estructura renal** producida por un grupo heterogéneo de enfermedades o condiciones, que afectan distintas estructuras renales (compartimiento glomerular, intersticial o vascular) en distintos patrones temporales (presentación aguda o crónica) durante al menos 3 meses, con implicancias para la salud”

La morbilidad de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en etapas iniciales y tardías es mucho mayor que la población general. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en estas personas, lo que se explica por la alta prevalencia de factores de riesgo en esta población (diabetes, hipertensión arterial y obesidad), además del deterioro renal.

Se estima que actualmente hay 850 millones de personas en el mundo que presentan esta enfermedad, lo que equivale a 1 de cada 10 personas, aproximadamente. De ellas, 9 de cada 10 desconoce su diagnóstico ⁽¹⁾. En Chile, la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 informan que un 3% de la población padece esta enfermedad, con una prevalencia que llega al 31% en mayores de 70 años ⁽²⁾.

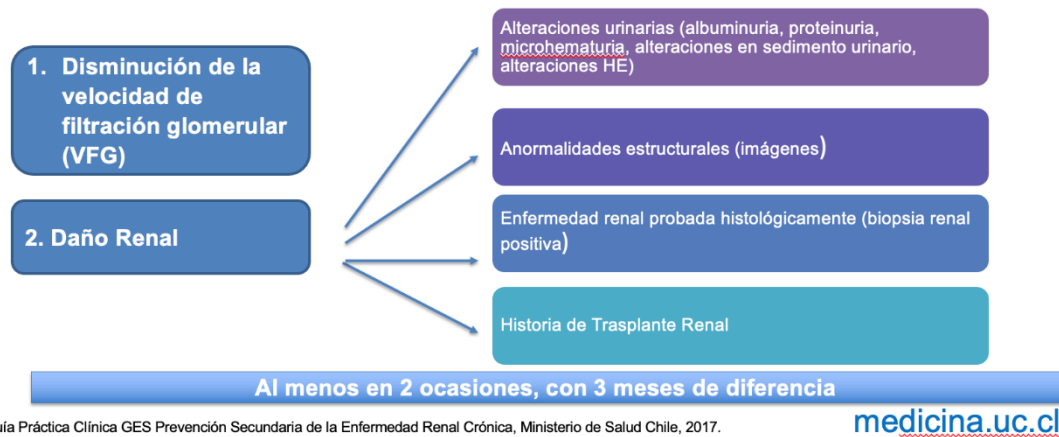
La ERC es parte de las Garantías Explícitas en Salud (GES), tanto en su etapa precoz como en etapa dialítica, correspondiendo al nivel de Atención Primaria el diagnóstico inicial, manejo y eventual derivación según criterios establecidos a través de guías clínicas.

En el año 2011, Zúñiga y Cols ⁽³⁾ realizaron un estudio a 29.184 pacientes pertenecientes a un CESFAM en Concepción, midiendo Creatinina + Albuminuria y contrastando los resultados con el diagnóstico en ficha clínica de ERC. Sólo el 1,1% de los pacientes tenía consignado su diagnóstico y notificación, versus un 12,1% de los exámenes alterados que eran compatibles con el diagnóstico, lo que enfatiza la importancia de una sospecha diagnóstica precoz y activa.

Diagnóstico:

El diagnóstico actual de la ERC consiste en demostrar deterioro de la función renal y/o daño estructural del riñón, como se detalla en la Figura 1.

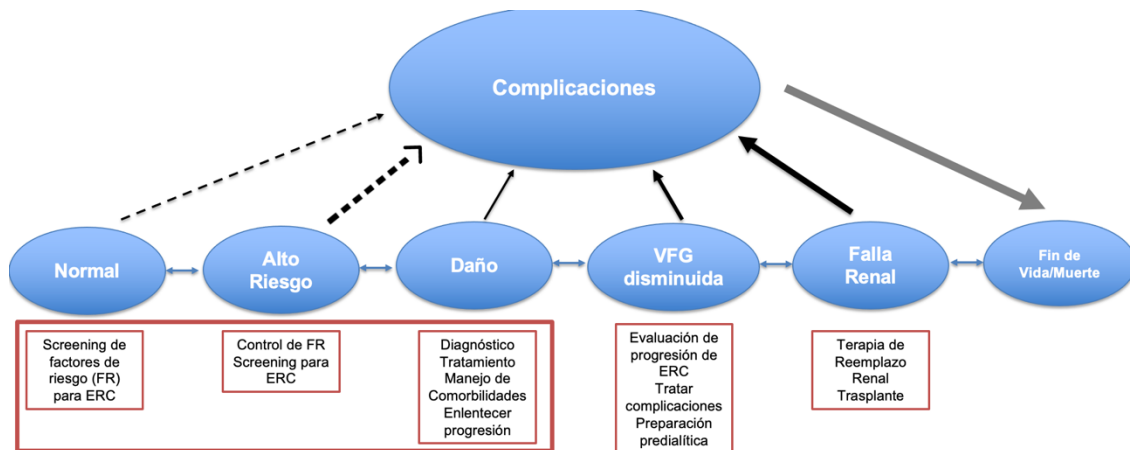
Figura 1: Criterios diagnósticos de Enfermedad Renal Crónica*



*Fuente: Guía Práctica Clínica GES Prevención Secundaria de la Enfermedad Renal Crónica, Ministerio de Salud Chile, 2017.

Actualmente entonces, los criterios diagnósticos no solo apuntan a un enfoque centrado en una disminución de la Velocidad de Filtración Glomerular (VFG) como clásicamente ha sido definido, sino también a cualquier alteración que indique daño renal. Este concepto es de vital importancia, para entender a la ERC como un continuo (figura 2), desde un paciente que no presenta daño renal, pero sí factores de riesgo para su desarrollo, hasta un paciente en etapa dialítica y fin de vida/muerte.

Figura 2: Evolución de la ERC como un Continuo*



*Adaptado de: Levey AS, Stevens LA, Coresh J Conceptual model of CKD: applications and implications

En relación con recomendaciones de tamizaje, la evidencia actual recomienda realizarlo sólo a población de riesgo. Se proponen los siguientes antecedentes (5):

- DM Tipo 1 (más de 5 años de evolución) o Tipo 2
- Enfermedad Cardiovascular (Accidente Cerebro Vascular, Enfermedad Coronaria, Enfermedad Arterial Oclusiva, Insuficiencia Cardíaca)
- HTA
- Antecedentes de Enfermedades Sistémicas o uso de fármacos que afectan la función renal (LES, Mieloma Múltiple), AINES (5 años o más de uso)
- Enfermedad anatómica urológica en la niñez o adultez
- Antecedentes de familiares de primer grado con ERC.
- Monorrenos quirúrgicos o congénitos

- Antecedentes de Enfermedad Renal Glomerular o Túbulo intersticial de cualquier causa.
- Antecedentes de Injuria Renal Aguda (AKI)

En relación con la VFG, las últimas recomendaciones señalan que es ideal preferir la estimación mediante fórmula CKD-EPI por sobre MDRD4, pese a que ambas tienen excelente correlación en etapas más avanzadas de la enfermedad. Guía GES de ERC año 2017 sigue recomendando MDRD4, principalmente por su mayor disponibilidad en el país.

Proteinuria: Un marcador de daño renal clave en el diagnóstico precoz

En la ERC se puede evidenciar una pérdida anormal de proteínas plasmáticas (proteinuria) a nivel urinario por diversas causas: aumento de la permeabilidad glomerular (proteínas de mayor PM), reabsorción tubular incompleta y por incremento de concentración plasmáticas de proteínas de BPM. La albúmina es el principal componente de la proteinuria en la mayoría de las causas de ERC y por tanto, se constituye como uno de los principales marcadores de daño renal, pudiendo predecir alteraciones previas al deterioro de la VFG.

Las últimas recomendaciones a nivel internacional ¹sugieren preferir el Recuento Albuminuria/Creatininuria (RAC) en muestra aislada en orina, en vez de solicitar un recuento de proteínas en 24 horas, ya que se ha confirmado una excelente correlación entre ambos, y el RAC es un examen mucho más fácil de realizar. La figura 3 presenta la categoría de albuminuria según valores excretados. Cabe destacar que se requiere que la Albuminuria sea un marcador persistente, es decir, que se presenten al menos 2 de 3 muestras positivas en un período de 3 a 6 meses.

Figura 3: Albuminuria y su severidad según RAC excretado.

Categoría de albuminuria	
RAC (mg/g)	Descripción
< 30	Normal o ligeramente elevada
30 - 300	Moderadamente elevada
> 300	Severamente elevada

OJO con: factores confundentes:

- Cuadro infeccioso
- Diabetes descompensada
- Ejercicio intenso en últimas 24-48 hrs
- Insuficiencia cardíaca
- Infección urinaria
- Menstruación

Etapificación:

La etapificación actual propuesta por la Fundación Global para la mejora de resultados en Salud Renal (KDIGO) considera tanto la VFG como la Albuminuria como marcadores de severidad, tal como muestra la figura 4. Con ambos es posible, entonces, establecer un diagnóstico y etapificación que permitirá definir severidad y pronóstico, objetivos y las intervenciones a realizar en cada una de las etapas.

Figura 4: Etapificación propuesta por KDIGO de ERC.

Categoría	VFG (ml/min/1,73 m ²)	Términos
G1	≥90	Normal o alta
G2	60-89	Levemente disminuida
G3a	45-59	Leve a moderadamente disminuida
G3b	30-44	Moderada a severamente disminuida
G4	15-29	Severamente disminuida

G5	<15	Falla renal
-----------	-----	-------------

Categoría	RAC		Términos
	(mg/mmol)	(mg/g)	
A1	<3	<30	Normal o levemente aumentada
A2	3-30	30-300	Moderadamente aumentada
A3	>30	>300	Severamente aumentada

Tratamiento

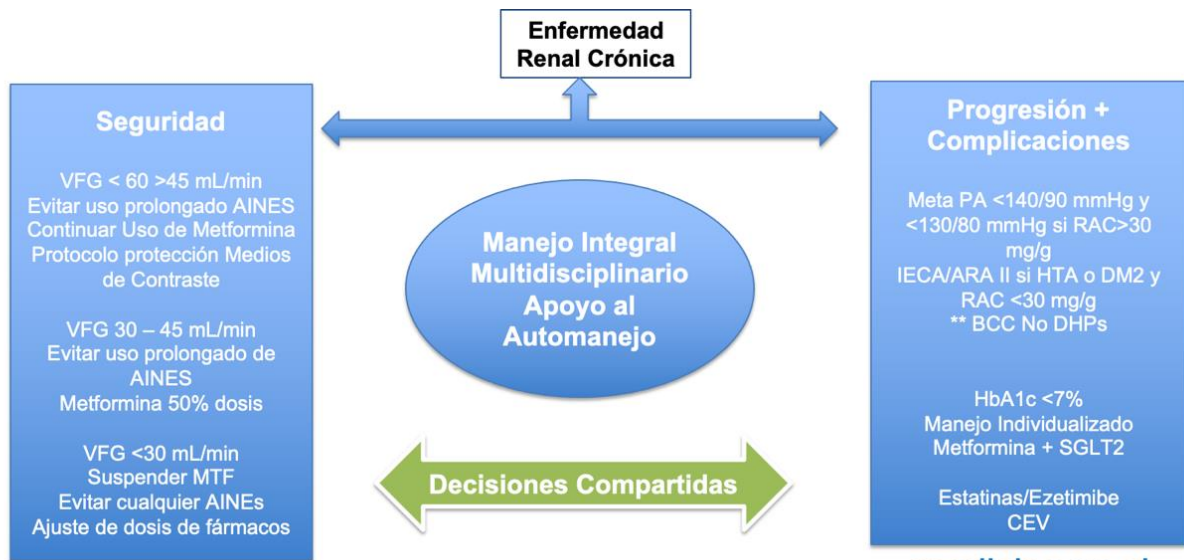
Es importante recordar, en primer lugar, que la intervención en ERC comienza desde el tamizaje y screening en Población de Riesgo (Prevención Primaria) o bien el tratamiento directo de la enfermedad ya instalada, como de las comorbilidades asociadas a ésta y en enlentecimiento de su progresión (Prevención Secundaria). Es importante, sin embargo, recordar que la ERC es progresiva independiente de su etiología.

Los objetivos del tratamiento de la ERC son:

- Disminuir las condiciones que producen deterioro en la estructura y/o función renal: de especial importancia en este punto son los hábitos de nefroprotección (consumo de sal menor a 2 gs/día, suspensión de hábito tabáquico, consumo de agua mínimo 1,5 – 2L x día), evitar uso prolongado de AINES (7 días máximo). Cuando ya hay ERC etapa 3a o inferiores, se debe realizar ajuste a fármacos según VFG, evitar AINES y protocolos de protección para uso de medios de contraste.
- Modular factores que generan la progresión: este último punto es clave para prevenir el desarrollo de etapas más tardías y graves de la enfermedad. Los predictores más importantes asociados al deterioro de la función renal son: Hipertensión Arterial, Hiperglicemia, Dislipidemia, Tabaquismo, Obesidad y Proteinuria.

Considerando que la HTA y DM2 constituyen las principales patologías asociadas, el control óptimo de estas patologías constituye la piedra angular del tratamiento a nivel de Atención Primaria. La figura 5 resume las principales recomendaciones para el manejo según patología.

Figura 5: Cuadro Resumen del Manejo Integral de la ERC.



Derivación al nivel secundario:

Una de las principales inquietudes a nivel de Atención Primaria es determinar cuándo es el momento de derivar a los pacientes con ERC para evaluación o manejo por especialidad. La Guía de Práctica Clínica GES de Prevención de Enfermedad Renal Crónica (año 2017) indica con claridad cuáles criterios se recomiendan en la actualidad.

Cabe destacar que la Notificación de la Garantía Explícita en Salud (GES) para ERC comienza desde Etapa 3a. Sin embargo, es posible determinar que un paciente presenta ERC con VFG mayores a ésta, pero con presencia, por ejemplo, de albuminuria moderada o severa o historia de trasplante renal.

Recomendaciones Guía Clínica 2017:

- En pacientes con ERC en Chile se sugiere la derivación a Nefrología a partir de ERC etapa 3b. Se considera que el manejo de pacientes con etapas 1, 2 y 3A puede ser de manejo a nivel de Atención Primaria, recordando los objetivos del manejo y las recomendaciones previamente mencionadas.
- Pacientes mayores de 65 años con VFGe entre 60 y 45 mL/min sin otras alteraciones: la progresión a Enfermedad Renal Crónica Terminal es lenta, por lo que se sugiere mantener en control en el nivel primario de atención.
- Pacientes menores de 65 años con diagnóstico de ERC 3a o inferiores o albuminuria severa: se sugiere derivación a especialista para evaluación y manejo.

De especial interés es la aparición de consultorías de Telemedicina con especialistas en Nefrología en la red secundaria de atención; iniciativa que ya se está implementando en algunos servicios de salud a lo largo del país, facilitando y optimizando el control y seguimiento de estos pacientes a nivel secundario, así como mejorando la comunicación con la APS y el trabajo en red.

Referencias:

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney inter., Suppl.* 2013; 3: 1–150.
2. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile
3. Zúñiga C, Müller H, Flores M. Prevalencia de enfermedad renal crónica en centros urbanos de atención primaria [Internet]. Vol. 139, *Rev Med Chile.* 2011
4. Guía Práctica Clínica GES Prevención Secundaria de la Enfermedad Renal Crónica, Ministerio de Salud Chile, 2017
5. National Institute for Health and Care Excellence . Chronic kidney disease in adults: assessment and management: Clinical guideline [CG182] . NICE, 2014 .