

Editorial

Comentarios a la insuficiencia renal crónica en Colombia

José María Mora

La insuficiencia renal crónica (IRC) se consideró durante muchos años y en varios países, incluido Colombia, como una entidad que no ameritaba tratamiento sino en grupos especiales de población y en ciertas enfermedades, descartando de plano el tratamiento de ciertas entidades como la nefropatía diabética (ND). Hoy vemos en este número de Acta Médica Colombiana excelentes artículos en el área de nefrología, varios de ellos relacionados con la prevención y tratamiento de la IRC, por lo cual escogemos este tema para tratarlo de forma preferencial en el editorial.

El número de pacientes nuevos que ingresan anualmente a los programas de diálisis crónica se calcula en 50 a 100 por millón de habitantes del mundo occidental, lo que de hecho convierte a la IRC en una enfermedad relativamente frecuente. En Colombia existen en la actualidad 1.115 pacientes en 37 programas de diálisis crónica, 670 en hemodiálisis y 445 en diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD). Si se acepta una población aproximada en nuestro país de 30.000.000 habitantes, se esperaría que cada año ingresaran 1.500 pacientes nuevos a los programas de diálisis; pero en la actualidad tan sólo tenemos 1.115, tanto nuevos como antiguos, que se están beneficiando de este tratamiento, por lo cual se aprecia claramente que sólo un grupo muy reducido de candidatos a diálisis pueden recibir la única forma de tratamiento que les permite sobrevivir.

También ha cambiado la frecuencia de las entidades que llevan a la IRC terminal. En publicación del grupo de D'Achiardi y colaboradores en 1984, en un grupo de 57 pacientes en diálisis crónica, no se menciona que hubiesen llegado a este procedimiento por ND. En nuestro medio aún prevalecen las glomerulopatías y la nefroesclerosis hipertensiva sobre la ND; esta última causa en los Estados Unidos cerca de 30% de los casos de IRC terminal. En el artículo de Gamarra y colaboradores, publicado en este número, ya se encuentra que causa 5.3% de los ingresos a terapia de IRC terminal, lo cual la equipara a la nefroesclerosis hipertensiva; estas dos entidades ocupan el segundo lugar en su estadística. En nuestro medio las estadísticas se modifican debido a la alta incidencia, vecina a 40%, de IRC terminal de causa no determinada, ocasionada por el considerable número de pacientes que acude a consulta en fase terminal de la enfermedad, con riñones contraídos, en quienes es imposible evidenciar la causa original de su enfermedad.

De 680 pacientes en diálisis crónica, dependientes del Instituto de Seguros Sociales, 84 tenían diagnóstico de diabetes mellitus (12%) en el año de 1990. En Santafé de Bogotá, durante 1990, 86 pacientes del Hospital de San Ignacio (29%) tenían ND, incidencia que consideramos alta por tratarse de una población de edad avanzada en una institución que atiende numerosos diabéticos. En el Hospital San José, de 129 pacientes en diálisis peritoneal crónica ambulatoria (CAPD), tratados de 1980 a 1990, 16% tenían ND, incidencia que está modificada por ser el tratamiento dialítico de elección en diabéticos en esa institución. Según lo

Dr. José María Mora Ramírez, MD, FACP: Especialista Servicios de Nefrología y Departamento Medicina Interna, Hospital de San Ignacio. Profesor de Medicina, Universidad Javeriana, Santafé de Bogotá.

Solicitud de separatas al Dr. Mora.

anterior, la incidencia de ND como causa de IRC puede ser inferior o cercana a 10 o 15% en nuestro país.

Nuevas entidades se suman a la ya larga lista de enfermedades que pueden llevar a IRC terminal. El doctor López Viñas y sus colaboradores describen su experiencia en 65 pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Practicaron estudio histológico a 19 pacientes (12 mediante biopsia renal percutánea y siete por muestra posmortem); aunque la muestra es reducida, llama la atención el hallazgo predominante de proliferación mesangial. Las manifestaciones de enfermedad renal en el SIDA son muy variadas; se han descrito desde insuficiencia renal aguda (IRA) por necrosis tubular hasta una gama muy extensa de lesiones glomerulares y túbulo-intersticiales, algunas de ellas informadas en el artículo en referencia. En un principio solamente la glomeruloesclerosis focal y segmentaria se identificó como asociada con el SIDA, pero como posteriormente también se ha encontrado en pacientes infectados, por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que no presentan complejo relacionado con el SIDA o el SIDA mismo, se ha denominado "Nefropatía Asociada con el VIH". Es posible que estudios posteriores con muestras significativas permitan obtener una explicación al respecto.

Las enfermedades renales frecuentemente comprometen otros órganos, en especial la IRA y la IRC. Otras alteraciones renales menos frecuentes también pueden manifestarse por compromiso extrarrenal, como es el caso de los pacientes presentados por el doctor Gómez y sus colaboradores. En tales caso, la acidosis tubular renal tipo I se presentó como una insuficiencia respiratoria aguda muy severa con un compromiso motor caracterizado por cuadriparesia o cuadriplejía. La acidosis tubular renal tipo II (proximal), por defecto en la reabsorción de bicarbonato en el túbulo proximal, también cursa con hipocalcemia que puede llegar a tener manifestaciones similares, todas debidas a niveles subnormales del potasio sérico. La acidosis tubular tipo IV se acompaña de niveles elevados de potasio sérico y excreción

discriminada de amonio, por lo cual se comporta como un hipoaldosteronismo hiporeninémico, y suele ser secundaria a nefropatía diabética, nefroesclerosis hipertensiva o nefritis túbulo-intersticial. Obviamente este tipo de acidosis tubular no tiene los síntomas causados por la hipocalcemia.

Uno de los problemas que enfrenta el médico una vez establecida la IRC es favorecer un retardo en el deterioro progresivo y casi inevitable de la función renal, disponiendo tan sólo de medidas como la restricción de proteínas de la dieta, el control de las alteraciones de los lípidos, la normalización de los niveles de glicemia y de la hipertensión arterial, mediante el uso de hipotensores inhibidores de la enzima convertidora o de anticálcicos, con miras a disminuir la hipertensión glomerular que a su vez genera esclerosis glomerular y daño progresivo del riñón. Los doctores Gómez y Villegas tratan en detalle éstos y otros factores que inciden en forma definitiva en el empeoramiento de la función renal y que de poder corregirse permitirían, modificar la evolución de la IRC.

Una vez el paciente llega a IRC terminal, lo que sucede cuando la depuración de creatinina es menor de 10 ml/min (función renal menor de 10%), es imperioso iniciar cualquier modalidad de tratamiento de suplencia, llámese hemodiálisis crónica, CAPD u otra de las variedades de diálisis peritoneal crónica, con el propósito último de recibir, siempre que no exista contraindicación, un trasplante renal.

Si los pacientes con IRC en fases tempranas de su enfermedad tuvieran un control médico adecuado que permitiera precisar el momento en el que requieran terapia de suplencia con diálisis, sería posible realizar un acceso vascular e iniciar la hemodiálisis con la debida anticipación, sin requerir de accesos vasculares temporales. En caso de insuficiencia renal aguda (IRA) sí se hace necesaria la aplicación de catéteres temporales en el momento de aparición de la enfermedad. En nuestro medio, en la mayoría de las oportunidades, el paciente llega francamente urémico y es necesario colocar un acceso vascular transitorio para practi-

car diálisis de emergencia. A través de los años se ha pasado del "shunt" de Scribner a medios más sencillos y efectivos como el doble catéter femoral o el catéter de doble luz a nivel yugular o subclavio, como accesos temporales, mientras se realiza una fístula arteriovenosa interna tipo Brescia, o en casos especiales puentes arteriovenosos con injertos artificiales tipo "Goretex". El grupo del San Vicente de Paúl en Medellín nos muestra su experiencia con el uso de 149 catéteres subclavios de doble luz que en casos de IRC fueron utilizados durante el tiempo necesario para hacer una fístula arteriovenosa permanente o transferir el paciente a CAPD; en los pacientes con IRA se puede utilizar hasta cuando se recupera la función renal. Las complicaciones son pocas y responden fácilmente al tratamiento adecuado, por lo cual se recomienda como un método que debe practicarse, como de hecho ya se hace en la mayoría de las unidades de diálisis del país.

No obstante que la supervivencia con cualquiera de las modalidades de diálisis crónica ha aumentado en forma considerable el trasplante renal, del cual se han realizado más de 1.000 en Colombia, es sin lugar a dudas la meta en el tratamiento de la IRC terminal. Uno de los obstáculos para la mejor supervivencia del riñón trasplantado, bien sea de cadáver, intrafamiliar o de donante vivo emocionalmente relacionado, es el rechazo del injerto, que puede manifestarse como hiperagudo, acelerado, agudo o crónico. En el ya citado artículo de Gamarra y colaboradores, en un grupo de 76 pacientes que recibieron 83 trasplantes, informan 66 episodios de rechazo con una incidencia de 44.8% en donantes vivos y de 74.1 % en trasplantes cadavéricos. Con el uso de la ciclosporina la incidencia bajó en vivos de 44.8 a 38.5% y en cadavéricos de 74.1 a 50%, cifras que muestran claramente la utilidad ya conocida de esta droga para evitar el rechazo, especialmente de la forma aguda, que causó 80.5% en todos los episodios de rechazo.

Es importante la descripción de las alteraciones clínicas y en la función renal mediante la determinación de creatinina, asimismo la descripción clínica del rechazo acelerado y del agudo, para cuya diferenciación con frecuencia hay que recurrir a la biopsia, no obstante haber estudiado al paciente mediante determinaciones de creatinina, beta 2 microglobulina, exámenes citológicos de orina y pruebas de medicina nuclear.

Es este el momento de recordar a todos los médicos que su ayuda es indispensable para promover y difundir la donación de órganos, favoreciendo el trasplante renal que permita la mejor calidad de vida para el paciente en IRC y cuya práctica amplia en varios centros de Colombia garantiza resultados definitivamente positivos. La donación de órganos es imperiosa, ya que como muy bien lo expresa Gamarra "la aplicación de la inmunología celular y la biología molecular del trasplante, muy posiblemente y a corto plazo, podrían hacer realidad el trasplante de órganos, libre de rechazo".

Es interesante que una especialidad tan nueva como la nefrología, que en nuestro país se inició en la década de los 60, nos permita presentar experiencias tan completas como las informadas en esta revista científica y en otras publicaciones médicas, lo cual atribuimos a la existencia actual en Colombia de 37 centros de diálisis, a la realización de trasplante renal en Santafé de Bogotá, Medellín, Bucaramanga, Cali y Barranquilla, y también por contar con servicios de nefrología en hospitales universitarios de Santafé de Bogotá: San Ignacio, San José y Hospital Militar, en el San Vicente de Paúl en Medellín y en el Universitario de Cali, que tienen estudios de posgrado en la especialidad, y que están formando internistas nefrólogos de primer nivel para proporcionar atención al número cada día más creciente de pacientes que necesitan estos medios de tratamiento, hoy de práctica rutinaria en las ciudades más importantes de Colombia.