DR. R. GUILLERMO CALDERÓN RODRÍGUEZ*

DR. LUIS CERVANTES JR.**

DR. JAVIER RIVAS***

LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y SU TRATAMIENTO CONSERVADOR

LA INSUFICIENCIA RENAL crónica (IRC), es el resultante de la imposibilidad del riñón para mantener en equilibrio, las constantes del "medio interno" a su cargo.

Los factores etiológicos involucrados con mayor frecuencia en nuestro medio incluyen: pielonefritis crónica, glomerulonefritis crónica, diabetes mellitus, (síndrome de Kimmelstiel Wilson), colagenopatías como lupus eritematoso y poliarteritis nodosa, amiloidosis renal, mieloma múltiple, tuberculosis, linfomas, infiltraciones leucémicas, etc.

La evolución de la IRC. se puede esquematizar en 4 fases:

1. *Disminución de la reserva renal*: esta fase es asintomática y sólo es detectable por pruebas de depuración renal.

2. *Insuficiencia renal compensada*: raramente es sintomática, la determinación sérica de urea y creatinina generalmente es normal o ligeramente elevada; hay alteraciones en la capacidad renal de concentración, inversión del nictúmero y anemia moderada.

3. *Insuficiencia renal descompensada*: en esta fase hay manifestaciones en diferentes aparatos de la economía: a) en el Sistema Nervioso Central: somnolencia, alteraciones variables del nivel de conciencia, trastornos de conducta (agresividad o pasividad) en ocasiones cuadros convulsivos.

b) Aparato Digestivo: náusea, vómito, anorexia, en ocasiones sangrados de tubo digestivo alto o bajo evidenciados en clínica por hematemesis y/o melena. Diarrea.

c). Aparato respiratorio: puede presentarse neumonía urémica, pleuritis o derrames pleurales por hipoproteinemia.

d). Ap. Cardiovascular: pericarditis urémica, hipertensión arterial.

* Médico Internista Adscrito al Centro Hospitalario "20 de Noviembre", ISSSTE.

** Jefe del Servicio de Nefrología, Centro Hospitalario "20 de Noviembre".

*** Médico Nefrólogo Adscrito al C. H. "20 de Noviembre", ISSSTE.

e). Ap. Neuromuscular: hiperirritabilidad neuromuscular manifestada por temblor muscular, incoordinación motora, parestesias, trastornos de sensibilidad, neuritis periféricas, etc.

f) Prurito, aliento urinoso, color pajizo de piel, etc.

Los estudios de laboratorio en esta fase ponen en evidencia la presencia de anemia, acidosis y retención de azoados. Existe isostenuria y es muy frecuente la presencia de albuminuria. Es frecuente la hiperkalemia.

4. *Fase de Uremia*: en la cual las manifestaciones anteriores están presentes en grado avanzado, siendo en esta fase donde los procedimientos de diálisis crónica ofrecen los mejores resultados. Es en esta fase en la cual se ha llegado a emplear con éxito el trasplante renal.

En términos generales, la sintomatología de la IRC, abarca a los aparatos mencionados en mayor o menor grado, y, a las funciones renales propiamente dichas, como son: el mantenimiento del equilibrio ácido básico, en el control del agua y electrolitos, en la función de desintoxicación y en el control de la tensión arterial.

En términos generales, el tratamiento de la IRC, irá siempre encaminado en primer término al control del factor etiológico desencadenante de la insuficiencia, esto es esencialmente útil en la primera fase, en la cual, es posible el evitar el progreso hacia etapas de insuficiencia avanzada en las cuales, únicamente son de utilidad los procedimientos dialíticos peritoneales o extracorpóreos. El tratamiento de la "conservación renal" se aplica con éxito hasta la tercera fase y en ocasiones llega a prolongar la vida útil y llevadera del enfermo renal crónico por varios años. Es nuestro propósito en estas líneas, el recordar al médico general los lineamientos generales seguidos por nuestro Servicio en el tratamiento conservador de la IRC.

1. *Dieta*: es importante el que nuestro enfermo se mantenga en su peso ideal, en cuyo caso la dieta indicada contendrá 30 calorías por Kg. de peso ideal. Preconizamos el uso de la dieta de Giordano y Giovanetti en la cual la ingesta contiene entre 2.000 y 3.000 calorías, de 1 a 1.5 g. de nitrógeno, 0.25 a 0.40 meq. de sodio, de 35 a 50 mEq. de potasio. La mayor parte está dada por: mantequilla sin sal, aceites vegetales, azúcar, miel, harina de maíz, fru-

tas, vegetales. Como sustitutos del pan se utilizan galletas hechas de harina de maíz, aceite y agua. Sopas de pasta hechas de harina de trigo, hot cakes, se permite vino rojo y cerveza. Esta dieta contiene aminoácidos esenciales que incluyen triptofano 0.5 g., fenilalanina 2.2 g., lisina 1.6 g., metionina 2.2 g., leucina 2.2 g., trioninal g., valina 1.6 g., e isoleucinal 4 g. Se añade a la dieta albúmina de huevo o por su valor biológico. La ingestión de alimentos libres de proteínas no se encuentra sujeta a ninguna restricción.

En estadios avanzados, con la dieta de Giordano y Giovanetti se desarrolla acidosis e hipopotasemia, se han llegado a observar igualmente calcificaciones oculares.

La administración de sal en la dieta debe regularse de acuerdo con la capacidad renal para manejo del sodio. Se suprime el sodio en casos de hipertensión arterial o insuficiencia cardíaca. Es de temerse en cuenta que existen padecimientos renales que ocasionan pérdidas importantes de sodio, como es el caso de la "pielonefritis perdedora de sodio" en la cual la hiponatremia y la disminución secundaria del volumen del espacio extracelular, ocasionan una disminución del flujo plasmático renal aumentando en esta forma la insuficiencia renal.

Como la capacidad de dilución se conserva hasta estadios avanzados, en términos generales es conveniente forzar la administración de líquidos con la finalidad de producir volúmenes urinarios satisfactorios, con lo que, los grandes volúmenes, la función inadecuada del riñón.

2. *Agentes anabólicos*: se pueden usar por vía oral o parenteral y su objetivo es el disminuir el catabolismo protéico.

3. *Geles de aluminio y magnesio*: usados con el fin de prevenir el exceso de reabsorción de fosfatos y sulfatos así como para evitar la presencia de gastritis urémica.

4. *Control de diarrea*: es frecuente usar kaolín con pectina o medicamentos que disminuyan la morbilidad intestinal.

5. *Diuréticos*: se usarán en caso de aumento de retención hídrica y siempre vigilando estrechamente la respuesta obtenida y las alteraciones electrolíticas secundarias a su uso.

6. *Transfusión de sangre*: de preferencia se usará paquete globular en casos de cifras de Hb. inferiores de 6 a 7 g%. Su utilidad es transitoria debido a la sobrevivida disminuida de los glóbulos rojos en estos pacientes. Se hace notar que la administración de hierro, ácido fólico y vitamina B12 en estos enfermos, carece de base fisiopatológica para corregir la anemia.

7. *Hipotensores*: se usan en dosis variables con objeto de evitar cifras peligrosamente altas de T.A., no se debe llevar como objetivo en su uso, el normalizar la tensión arterial; se emplean con éxito los alcaloides de rauwolfia, alfametildopa, hidracinof-talacina, guanetidina y bloqueadores postganglionares.

8. Medicación sintomática de gran utilidad en casos de náuseas, vómitos, alteraciones del sistema nervioso central, polineuritis, acidosis metabólicas severas, hipermagnesemias, sangrados de tubo digestivo, etc.

El uso actual de la diálisis peritoneal y del riñón artificial, constituyen sin duda alguna, el avance más importante de los últimos años en el tratamiento conservador del paciente renal crónico.

Los trasplantes renales pueden ser, algún día no muy lejano, la solución definitiva de estos enfermos.

RESUMEN

Se presentan en forma sencilla, los lineamientos evolutivos y de tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

Se hace especial mención a la dieta de Giordano y Giovanetti.

Se mencionan los agentes terapéuticos de mayor utilidad en el tratamiento conservador de la Insuficiencia renal crónica.