



# Detección temprana de la enfermedad renal crónica

La ERC se ha convertido en un problema de salud mundial, pues genera la necesidad de terapias de diálisis, trasplante renal y mayor desarrollo de problemas cardiacos. Su detección temprana es imprescindible.

**E**l propósito de la atención médica del nefrólogo es la detección temprana de la enfermedad renal y de las enfermedades cardiovasculares asociadas, así como iniciar el tratamiento adecuado para prevenir el avance del problema; tal acción debe ser promovida y optimizada por los gobiernos y sus sistemas de salud, por lo limitado de los presupuestos para su financiamiento.

La ERC (enfermedad renal crónica) se ha convertido en un problema de salud mundial, ya que el aumento de la prevalencia de esta enfermedad genera aumento en la necesidad de terapias de diálisis, trasplante renal y mayor desarrollo de problemas cardiacos, siendo la primera causa de muerte. Por tal motivo resulta imprescindible hacer detección temprana de la enfermedad renal.

El diagnóstico precoz se basa en el tamizaje o realización de las pruebas para un diagnóstico y clasificación del estadio del daño renal a través de la determinación de la creatinina sérica y estimación de la tasa de filtración glomerular (TFG) o depuración de creatinina mediante fórmulas; determinación del índice albúmina/creatinina en una muestra aislada de orina y análisis del sedimento urinario mediante una tira reactiva o examen general de orina; además de promover el uso de estudios radiológicos de los riñones.

Estas exploraciones deberían realizarse tomando en cuenta a personas con riesgo de desarrollo de ERC, tales como: personas mayores de 60 años, con hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemia y tabaquismo, enfermedad cardiovascular, antecedentes familiares de enfermedad renal crónica, personas con trasplante renal, masa renal reducida al nacimiento o posterior a cirugía de los riñones, TFG entre 60 y 89 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>sc, enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico, personas ingresadas con infecciones sistémicas, litiasis de vías urinarias, enfermedades obstructivas del tracto urinario, toxicidad por fármacos especialmente antibióticos nefrotóxicos y antiinflamatorios no esteroideos.

Cabe mencionar de manera oportuna que para nuestra región de Centroamérica es necesario tomar en cuenta la nefropatía mesoamericana como causa de daño renal y su búsqueda debe impulsarse entre la población, y nuestra asociación es pionera en su estudio.

La forma de detectar daño renal a través de pruebas sanguíneas es el cálculo del Filtrado Glomerular (FG), siendo el mejor indicador de la función renal, ya que la disminución de este índice precede a la disfunción renal y una reducción persistente mayor de tres meses es un criterio diagnóstico específico de ERC.

# 60

LAS PERSONAS CON RIESGO DE DESARROLLAR ERC SON LAS MAYORES DE 60 AÑOS, LAS QUE PADECEN HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, OBESIDAD, DISLIPIDEMIA Y TABAQUISMO, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, PERSONAS CON TRASPLANTE RENAL, ENTRE OTRAS.

De tal manera se incorpora el nivel sérico de creatinina a una de varias fórmulas estandarizadas para medir filtrado glomerular (TFG). De ahí la importancia de estandarizar los niveles considerados aceptables de creatinina plasmática.



**Diagnóstico precoz.** Se basa en el tamizaje o realización de las pruebas para un diagnóstico y clasificación del estadio del daño renal.

Para su promoción muchas sociedades internacionales de nefrología recomiendan el uso de ecuaciones y se ha demostrado que el filtrado glomerular así calculado es más sensible para detectar alteraciones en la función renal que la creatinina sola y más aún que el clearance de creatinina.

Las ecuaciones más utilizadas son la de Cockcroft-Gault y MDRD-4, siendo esta última la más aceptada, hasta que recientemente se adopta la fórmula recomendada por la NKDEP (National Kidney Disease Education Program).

Por ende, la estandarización de la determinación de creatinina plasmática es fundamental para que el método sea equivalente al método de referencia; por lo que se recomienda el uso de la fórmula promovida por la NKDEP (National Kidney Disease Education Program), difundidas actualmente por muchas sociedades de nefrología, incluyendo la nuestra (que se puede consultar en nuestra página web) e informar el IFG cada vez que se solicite una creatinina plasmática, con el objetivo de mejorar la detección temprana y el seguimiento de pacientes en tratamiento.

Cuando el IFG es poco seguro y se requiere confirmación como en situaciones de cambios rápidos de la función renal, evaluación de donantes de riñón, administración de drogas potencialmente nefrotóxicas, pacientes hospitalizados y en la elección de pacientes para protocolos de investigación se usa el cálculo de la función renal a través de la depuración de creatinina con base a volumen de orina.

## LA FORMA DE DETECTAR

EL DAÑO RENAL SE PUEDE DETECTAR A TRAVÉS DE PRUEBAS SANGUÍNEAS, HACIENDO UN CÁLCULO DEL FILTRADO GLOMERULAR (FG), SIENDO EL MEJOR INDICADOR DE LA FUNCIÓN RENAL, YA QUE LA DISMINUCIÓN DE ESTE ÍNDICE PRECEDE A LA DISFUNCIÓN RENAL Y UNA REDUCCIÓN PERSISTENTE MAYOR DE TRES MESES ES UN CRITERIO DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DE ERC.

### REFERENCIA TEMPRANA AL NEFRÓLOGO:

Si bien el NKDEP (National Kidney Disease Education Program) recomienda referir al médico nefrólogo cuando el IFG sea menor a 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, en el consenso se sugiere el manejo compartido entre el médico de atención primaria y el nefrólogo desde valores de IFG de 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> dado que es a partir de esos valores cuando empieza a aumentar el riesgo de progresión del daño renal.

Al usar las fórmulas y socializarlas en la comunidad médica se puede tomar rápidamente la opción de referencia reduciendo las complicaciones del daño renal.