

Enfermedad renal crónica aguda en paciente joven, lentamente agresiva

María Fernanda Narváez Yépez
Estudiante de enfermería
Universidad Mariana

Introducción

Correa-Rotter y Cusumano (2008, citados por Flores, 2010) sostienen que:

En décadas recientes, el mundo ha experimentado profundas transformaciones demográficas y epidemiológicas que han condicionado un enorme aumento en la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles. (p. 502)

Continúa Flores (2010) exponiendo que:

La enfermedad renal crónica [ERC], y sus principales factores de riesgo, la diabetes y la hipertensión arterial, que son parte del grupo de enfermedades crónicas, han aumentado sostenidamente su prevalencia e incidencia, siendo hoy un problema de salud pública global y devastador, por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud. (p. 503)

Las poblaciones consideradas de alto riesgo para desarrollar ERC son cinco: 1) Pacientes con hipertensión arterial, 2) Pacientes diabéticos, 3) Pacientes mayores de 60 años, 4) Pacientes con enfermedad cardiovascular, y 5) Familiares de pacientes en diálisis o que han recibido un trasplante renal (Flores, 2010); (McClellan, 2005).

La presente investigación tiene como objetivo, describir el caso clínico de un paciente joven de 24 años, con ERC, que no pertenece a ninguna de las cinco poblaciones de riesgo mencionadas, cuya etiología es desconocida por parte del equipo médico tratante.

Caso clínico

Paciente masculino, residente en el municipio de Iles, departamento de Nariño (Colombia), quien tiene 24 años de edad; su nivel educativo es de básica primaria; su

cuadro clínico es: IRC, hipertensión arterial secundaria y glomerulopatía primaria.

En cuanto a su estilo de vida, el paciente declara consumir grasas saturadas, como: mantequilla, tocino, comidas rápidas, chicharrón, carnes frías, huevos fritos, consumo normal de sal, consumo diario de frutas; realiza actividad física diariamente, por más de una hora, siendo la caminata, la actividad más frecuente. Su ambiente psicosocial es normal, debido que se siente bien con su familia; tiene el respaldo y apoyo por parte de su grupo familiar y presenta antecedentes de violencia intrafamiliar; no se estresa y no es violento con facilidad. Además, no refiere ningún riesgo o antecedente de salud mental.

De acuerdo con el examen físico, se describe regularmente normal, con un índice de masa corporal (IMC) de 22, clasificado como normal; no presenta alteraciones, ruidos, soplos o síntomas visibles.

Su cuadro clínico es de hipertensión arterial grado II, ERC grado II, síndrome nefrítico agudo y glomerulonefritis difusa en media luna. La evolución de su cuadro clínico es de ocho años; refiere que se autoadministra los medicamentos, con una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico, dado que no se olvida de tomarlos y lo hace puntualmente, cuando corresponde; no deja de tomarlos cuando se encuentra bien y tampoco, si alguna vez le caen mal; declara no ser alérgico a los mismos.

El paciente tuvo dos ingresos al servicio de urgencias para valoración médica, con cuadro clínico de 15 días de evolución, debido a un consistente dolor abdominal en epigastrio, con un episodio de hematemesis, asociado a edema facial e inestabilidad postural. Paciente con APP de ERC sin causa conocida, intolerancia alimentaria, por lo cual es traído al hospital; hace ocho días asistió



a consulta de urgencias con paraclínicos, dentro de parámetros para remisión a nivel de mayor complejidad. Paciente no acepta remisión y firma alta voluntaria; fue valorado por internista, quien ordena iniciar tratamiento y nuevos paraclínicos para definir remisión y análisis.

En su primer día de hospitalización, hemodinámicamente estable; afebril; tolera la vía oral; llegan los resultados de paraclínicos, los cuales reportan: hemograma: leucocitos 4.200; granulocitos 76 %; linfocitos 16 %; células medias 8 %; he 7.3; hto 22 %; leucopenia, anemia, glicemia 88 normal; creatinina 28.6 elevada; bun 745 elevado; se comenta con médico internista.

De acuerdo con la revisión de las notas de internista, se evidencia que es un paciente con diagnóstico de ERC agudizada, sin que se haya establecido la etiología de su enfermedad; se encuentra oligúrico con edema facial y, al parecer, ascitis; creatinina en 28 y bun en 745; tiene criterio de terapia dialítica urgente, por lo tanto, se remite como urgencia vital; cursa con hb 7.3; no se dispone de constante corpuscular para establecer el tipo de anemia; sin embargo, posiblemente sea por proceso crónico. Al ser un paciente joven, sin antecedentes de HTA primaria, dm tipo 2, debe establecerse la causa de su daño renal, por lo que se sugiere realizar perfil inmunológico para descartar enfermedad autoinmune; de salir negativo, se recomienda, realizar biopsia de grasa abdominal, para descartar amiloidosis, ya que, en esta enfermedad, el principal órgano afectado es el riñón; se sugiere valoración por nefrología con posibilidad de realizar biopsia renal.

Discusión

El daño renal agudo es un síndrome caracterizado por el rápido deterioro de la función renal, con disminución de la capacidad para conservación del homeostasis. Puede ser secundaria a una inadecuada perfusión renal, a una obstrucción vascular arterial o venosa o, a una lesión celular del parénquima renal u obstrucción al flujo urinario, causas habituales que no encajan con el caso clínico en estudio (Hogg, Furth, Lemley, Portman, Schwartz, Coresh, Balk, Lau, Levin, Kausz, Eknoyan y Levey, 2003). En los adultos, las principales causas de enfermedad renal terminal son, la diabetes y la hipertensión arterial, los cuales fueron descartados por el médico internista. Evidencia científica refiere que, en los niños, en la mayoría de los casos, no puede realizarse el diagnóstico preciso de la causa que ocasionó la uremia, ya que los padres acuden tarde en

busca de atención médica, que tampoco es coincidente con el caso en estudio, dado que el paciente viene en tratamiento regular y, aparentemente, controlado.

En niños y adolescentes, las principales causas conocidas son las malformaciones congénitas (displasia, hipoplasia, malformaciones urinarias) seguidas de las glomerulopatías, coincidiendo el presente caso clínico con la presencia de glomerulopatías, siendo éste un posible factor explicativo del deterioro renal del paciente en estudio (Medeiros-Domingo, Romero-Navarro, Valverde-Rosas, Delgadillo, Varela-Fascinetto y Muñoz-Arizpe, 2005).

La inclinación del manejo por medicina interna se dirige a una enfermedad autoinmune que podría representar niveles elevados de anticuerpos antimembrana basal glomerular. La membrana basal glomerular es una parte de los riñones que ayuda a filtrar los desechos y el líquido extra de la sangre. Los anticuerpos antimembrana pueden dañarla, provocando un daño renal agudo; sin embargo, esta enfermedad está asociada a una infección respiratoria viral o a la inhalación de disolventes de hidrocarburos, antecedentes que no fueron referidos en el caso clínico en estudio.

La otra posibilidad planteada para explicar el daño renal agudo es la amiloidosis o, siendo específicos,

la amiloidosis vesical primaria, que es una patología infrecuente, no existiendo en el mundo más de 150 casos publicados, siendo aún más excepcional, la amiloidosis vesical secundaria, estando descritos alrededor de 25 casos. [Ésta] se asocia, en la mayor parte de los pacientes, a artritis reumatoide de larga evolución (Gómez, González, Fernández, Palacio, Molina, Álvarez y Conde, 2005, p. 603)

...lo cual no coincidiría con el caso en estudio. Como ya se mencionó, en el manejo de medicina interna se debe realizar un estudio patológico e inmunohistoquímico, que confirme el diagnóstico.

Conclusión

La ERC es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal. Aunque se brinde un oportuno tratamiento farmacológico articulado con intervenciones de enfermería direccionadas en pro del estado de salud del paciente, es importante también enfocarse en la atención emocional del paciente, dado



que la desesperación, temor, estrés, incertidumbre de saber qué va a pasar con su enfermedad, puede llevarlo a aumentar las posibilidades de futuras complicaciones y progresión de la misma.

Referencias

- Flores, J.C. (2010). Enfermedad renal crónica: epidemiología y factores de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(4), 502-507
- Gómez, I., González, F., Fernández, E., Palacio, A., Molina, R., Álvarez, E. y Conde, S. (2005). Hematuria y fracaso renal agudo como debut de amiloidosis vesical secundaria. Presentación de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Actas Urológicas Españolas*, 29(6), 603-606.
- Hogg, R.J., Furth, S., Lemley, K.V., Portman, R., Schwartz, G.J., Coresh, J., Balk, E., Lau, J., Levin, A., Kausz, A.T., Eknoyan, G., & Levey, A.S. (2003). National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative clinical practice guidelines for chronic kidney disease in children and adolescents: evaluation, classification, and stratification. *Pediatrics*, 111(6 Pt 1), 1.416-1.421.
- McClellan, WM. (2005). Epidemiology and risk factors for chronic kidney disease. *The Medical Clinics of North America*, 89(3), 419-445.
- Medeiros-Domingo, M., Romero-Navarro, B., Valverde-Rosas, S., Delgadillo, R., Varela-Fascinetto, G. y Muñoz-Arizpe, R. (2005). Trasplante renal en pediatría. *Revista de Investigación Clínica*, 57(2), 230-236.

