

# La prevención de la enfermedad renal, un nuevo reto para la enfermera

## Kidney disease prevention, a new challenge for nurses

Liliana Quevedo L.<sup>1</sup>

### RESUMEN

En Colombia y en el mundo la transición demográfica ha traído cambios en el estado de salud. Es así como la enfermedad renal se ha ido incrementando debido al aumento de edad en la población, y a la presencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus como enfermedades precursoras; en estas dos enfermedades la falta de detección temprana y de un tratamiento adecuado y oportuno conllevan a la aparición de la enfermedad renal, que sin un control adecuado, progresa llevando al usuario a terapias de soporte renal y su consecuente efecto negativo en la calidad de vida del usuario y su familia. Por lo anterior, las enfermeras tienen un gran reto desde la atención primaria en salud, reforzando el cuidado de enfermería desde el empoderamiento de la salud, pasando por la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la prevención de las complicaciones, y en unión con el equipo de salud, trabajar conjuntamente con el usuario y su familia, ya que de lo contrario, el cuidado de la salud será en vano.

**Palabras clave:** enfermedad renal, empoderamiento para la salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana

### ABSTRACT

In Colombia and the rest of the world demographic transitions have caused changes to the health of the population. Among these changes is an increase in kidney disease due to increased life expectancy; hypertension and diabetes are precursors of the disease and late or inadequate treatment of these conditions leads to kidney disease, which without proper control creates the need for renal support therapy that has a negative effect on patients and their families' lifestyles.

For this reason, nurses have a great challenge in primary health care, reinforcing care with health empowerment, health promotion, disease prevention and prevention of complications. Nurses need to work together with the health care provider and the patient and family, otherwise health care services will be in vain.

**Key words:** kidney disease, empowerment for health, health promotion, disease prevention, diagnose disease, early stages

Recibido: 2011-04-28; aprobado: 2012-05-23

1. Enfermera, Magister en Enfermería, Salud Familiar y APS. Docente Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: quevedo.l@javeriana.edu.co. Enfermera, Magister en Política Social. Docente Asistente, Departamento de Enfermería Clínica, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: herlynga@gmail.com, herly.alvarado@javeriana.edu.co.

En Colombia la transición demográfica se ha dado en un período corto de tiempo mostrando grandes cambios en los componentes de la dinámica de crecimiento poblacional.

En solo 20 años (período 1985 – 2005) la fecundidad total descendió de 3,2 hijos a 2,5 hijos y junto con la reducción en la mortalidad infantil, han sido dos de las causas que han contribuido a un descenso en el crecimiento poblacional hasta alcanzar niveles de 1,5%, lo que significa que, mientras en 1985 la población se duplicaba cada 23 años, hoy se necesitan más de 38 años para el mismo crecimiento (1).

La transición demográfica en Colombia ha producido cambios en el perfil epidemiológico de la población, generando un aumento en la incidencia de patologías crónicas en la población mayor de 45 años y jugando un papel fundamental en la pérdida de años de vida saludable de este grupo poblacional; es así como las “enfermedades crónicas no transmisibles ocupan el primer puesto entre las causas de morbilidad y mortalidad de la población colombiana, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes”(1). En el período 1990 a 2005, la mortalidad por enfermedades crónicas se incrementó del 59% al 62,6% (1).

Las enfermedades crónicas del adulto mayor de 45 años son un grupo de eventos que se caracterizan por largos periodos de latencia, de curso prolongado, con deterioro progresivo e incapacidad y una etiología atribuible a múltiples factores de riesgo; dentro de ellas, la enfermedad renal ha adquirido creciente relevancia epidemiológica por su crecimiento epidémico, elevada morbilidad y costo, considerándose hoy como un problema de salud pública que requiere urgente atención, obligando a los gobiernos a desarrollar políticas y estrategias para prevenir la progresión de la misma y el ingreso de pacientes a las diferentes terapias de soporte renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante).

En los Estados Unidos de Norteamérica, se estima que el número de pacientes con insuficiencia renal crónica que requieren tratamiento sustitutivo renal, ha aumentado más de tres veces en las últimas dos décadas; ahora, la nefropatía diabética es la causa del 45% de casos nuevos de enfermedad renal terminal (2).

En Colombia más de 15.000 personas se encuentran en terapias de soporte renal debido a la progresión de la enfermedad renal crónica; sin embargo, es de resaltar la tasa de crecimiento de estos pacientes, que según cálculos de miembros de la Asociación Colombiana de Nefrología, alcanzó un incremento del 15% en la última década.

En Colombia, entre los años 1992 a 2004, se presentó un aumento significativo en la realización de diálisis: para el año 1992 se contaba con 1.429 pacientes en diálisis; en el año 2002 la cifra ascendió a 9.687 con una incidencia de 221 pacientes por millón, y para el año 2004 se contaba con 12.811 pacientes en diálisis con una incidencia de 282 pacientes por millón (2).

Observando este incremento en Colombia, la enfermedad renal ha sido considerada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud como una patología de alto costo, no solo por su impacto económico —se calcula que su manejo ha utilizado aproximadamente el 2% del gasto de la salud del país en los últimos años y el 4% del gasto en seguridad social en salud (2)—, sino además por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, incluida su actividad laboral.

Además del envejecimiento poblacional, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus han sido identificadas como las enfermedades precursoras de la enfermedad renal(3): “la diabetes representa cerca de un tercio de la enfermedad de base de la enfermedad renal crónica, otro tercio la hipertensión arterial y otras causas el tercio restante. Sin embargo, la experiencia de otros países con mayor grado de desarrollo, advierte que en el futuro, dos tercios de los pacientes con enfermedad renal crónica tendrán origen en la diabetes” (2).

Es por esto que se plantea la necesidad de reforzar los programas de promoción y prevención de hipertensión arterial y diabetes mellitus, así como implementar o fortalecer programas de prevención primaria y secundaria, aplicar protocolos de nefro protección, con el fin de evitar la aparición de la enfermedad, retardar su evolución y entrada a las terapias de soporte renal, evitando el gasto en el sistema de salud que esto conlleva, pero más importante, impidiendo el deterioro en la calidad

de vida de los pacientes y de sus familias y de la sociedad (factores sociales, económicos) (4).

Los programas de promoción y prevención para la atención de personas con enfermedades crónicas parten del objetivo general de acrecentar la cantidad y calidad de vida, potenciando el autocuidado, la autonomía y la autorresponsabilidad del paciente sobre su proceso salud-enfermedad (4); éstos se definen como:

el conjunto de actividades organizadas y coordinadas cuya finalidad es la consecución de objetivos de salud previamente definidos, sobre una población determinada y con unos recursos dados, encaminados a formar al paciente para que él sea el responsable de la mayor parte de sus cuidados (4).

Es por esta razón que se hace importante que el cuidado de enfermería al paciente crónico esté soportado en los programas de salud y como fue mencionado anteriormente, se refuercen o se implementen para contribuir al bienestar individual y colectivo.

Hoy en día es ampliamente conocido que hay programas eficaces de promoción y prevención de la salud que disminuyen la morbimortalidad de algunas patologías prevalentes y que repercuten en forma positiva en el gasto que tiene el sistema de salud al controlar estas enfermedades, lo que justifica la inversión en actividades preventivas (5). Una de las condiciones que debe estar presente en el desarrollo de las actividades preventivas es el trabajo en equipo: “Para que las actividades de prevención sean efectivas es necesario que se integren en la dinámica asistencial de todo el equipo”; es una actitud que debe estar presente en el trabajo realizado por el equipo de salud y que debe orientar el desarrollo de todos los programas tanto individuales como comunitarios (5).

La hipertensión arterial como una de las enfermedades precursoras de la enfermedad renal afecta alrededor del 20% de la población adulta en la mayoría de los países, generando el mayor número de consultas y hospitalizaciones en este tipo de población (6), y a menudo se asocia con factores de riesgo modificables como lo son: la dieta, el tabaquismo, el stress y la inactividad física (sedentarismo) y con factores de riesgo metabólicos como las dislipidemias, la diabetes y la obesidad. Se ha esta-

blecido que la hipertensión arterial es un síndrome que afecta principalmente a la población adulta con importantes consecuencias para el individuo y su entorno social y que los adultos mayores de 45 años son el grupo de población de predominio, motivo por el cual se considera necesario reforzar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, con seguimiento y control de los factores de riesgo con el fin de controlar esta patología, mejorando la expectativa y calidad de vida de las personas, evitando el riesgo de complicaciones propias dentro de las cuales se encuentra la enfermedad renal.

La diabetes mellitus como otra de las enfermedades precursoras de la enfermedad renal, es considerada como la causante de un importante problema de salud pública al estar catalogada como la tercera patología que afecta a la población mundial (7). En los últimos 20 años se ha observado un incremento del 120% de los casos en población adulta, la cual se concentra principalmente en los países en vía de desarrollo, con un aumento del 170% de los casos (7).

La Federación Internacional de Diabetes estima que en América Latina en los próximos 25 años, los casos aumentarán en un 150%, a razón de los cambios culturales, la disminución en la actividad física y la transición a la ingesta de dieta hipercalórica (8). En Colombia entre los años 2003 a 2005, la prevalencia de diabetes pasó de 4,3% a 5,8% en forma similar que en los demás países de la región e igualmente influenciado por los cambios en los estilos de vida y la transición demográfica (9). La diabetes mellitus en Colombia se encuentra entre las primeras diez causas de mortalidad y de morbilidad, tanto en forma hospitalaria como en consulta externa, en personas mayores de 45 años (10).

La diabetes es una enfermedad crónica, con complicaciones severas, que requiere para su control un manejo integral con la participación activa del paciente y la familia. Dentro de las principales complicaciones crónicas de la diabetes están la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía, eventos cuya severidad y control hacen de la diabetes una enfermedad altamente costosa (7).

Considerando que la diabetes es un evento que afecta principalmente a la población adulta y que la evidencia ha demostrado que el diagnóstico

temprano y el adecuado control de la patología reduce sus complicaciones crónicas, se hace necesario, al igual que con la hipertensión arterial, reforzar la detección temprana, realizar un tratamiento oportuno, controlar los factores de riesgo modificables, prevenir las complicaciones, efectuar un manejo integral y trabajar en el empoderamiento para la salud, tanto a nivel individual como colectivo. Dentro de los componentes de la atención primaria en salud se encuentran inmersas la organización y la participación de la comunidad, basadas en la participación de las personas a nivel individual y colectiva, en el desarrollo de su salud, donde la situación de salud no depende solamente del sistema de salud sino que las comunidades permiten a los individuos y a las familias, adquirir la capacidad de contribuir a su propio desarrollo (11).

El empoderamiento es entendido como la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal, lo que repercute en el empoderamiento de los colectivos, cuando los individuos actúan con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad.

Es importante resaltar este último aspecto ya que la sola educación en salud no ha dado los resultados esperados; si no se trabaja en conjunto y no se logra el empoderamiento por parte de todos y cada uno de las personas, es muy difícil lograr un impacto positivo en el desenlace de la enfermedad.

En la atención de enfermedades crónicas, su complejidad hace insuficiente un planteamiento exclusivamente médico; precisa un conjunto de cuidados de salud en forma de actividades terapéuticas multidisciplinarias, con el objetivo de instaurar comportamientos de promoción de la salud imprescindibles para mejorar la calidad de vida del paciente (4).

En el cuidado de enfermería de personas con enfermedades crónicas se reconoce que se necesitan enfermeros que tengan la voluntad y la capacidad de enfrentarse a los equipos de salud y a la sociedad para responder a sus necesidades (12).

Y como lo menciona Duque con respecto al cuidado de enfermería al paciente con enfermedad crónica:

A diferencia de un cuidado instrumental, que pretende infructuosamente cambiar los estilos de vida, los saberes y las prácticas culturales de las personas y los colectivos, un cuidado de enfermería participativo tiene amplias posibilidades y herramientas como la investigación acción participativa y otras prácticas orientadas a acompañar al enfermo, a sus cuidadores y familias, que contribuyen a la comprensión de sus experiencias y que logren escoger de una manera autónoma las prácticas de autocuidado que consideren adecuadas, deseables y bondadosas (13).

Es así como el papel de la enfermera dentro del equipo de salud es trabajar por el empoderamiento de la salud de todos y cada una de las personas con enfermedades crónicas y sus familiares, como lo menciona Duque:

Personas que se benefician cuando pueden interactuar con enfermeras y enfermeros que los reconocen como individuos con autonomía, como personas sociales, como agentes capaces de tomar su propias decisiones y como sujetos contextualizados en realidades sociales, políticas, culturales, familiares y personales particulares (13).

¿Pero qué es la enfermedad renal crónica?

La enfermedad renal crónica se define como la alteración funcional o estructural del riñón con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) por más de tres meses, manifestada por marcadores de daño renal (anomalías en la composición de la sangre o la orina, o de exámenes de imágenes diagnósticas) (2).

Existen diversas clasificaciones de la enfermedad renal crónica, pero una de las más difundidas es la propuesta por la US NKF-KDOQI (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) que divide la enfermedad renal crónica en 5 estadios de acuerdo a la velocidad de filtración glomerular (VFG) estimada con ecuaciones de predicción (Cockcroft-Gault) de la siguiente manera: Estadio 1: daño renal con TFG normal o alta, TFG > o igual a 90 ml/min/1.73m<sup>2</sup>; Estadio 2: daño renal con leve baja de TFG 60 a 89 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>; Estadio 3: disminución moderada de la TFG 30-59ml/min/1.73 m<sup>2</sup>; Estadio 4: disminución severa de la TFG 15 a 29 ml/min/1.73m<sup>2</sup>; Estadio 5: falla renal TFG menor de 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>(3).

La progresión de la enfermedad renal se define como la pérdida progresiva de la tasa de filtración glomerular a una velocidad mayor que la fisiológica que es de 1 ml/min por año, en adultos mayores de 40 años.

La pérdida de nefronas, independientemente de su etiología, provoca respuestas adaptativas en las nefronas remanentes, que llevan a hipertensión e hiperfiltración glomerular, paso de proteínas hacia el espacio urinario, activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, compromiso túbulo intersticial, y finalmente, fibrosis del parénquima renal con pérdida de la función (3).

En la práctica clínica, la mayoría de las nefropatías progresan lentamente hacia la pérdida definitiva de la función renal; es por esto que en conjunto con el equipo de salud y con un adecuado y claro conocimiento de la aparición y evolución de la enfermedad renal, se pueden encaminar los esfuerzos en detectar en forma temprana la evolución de la hipertensión arterial y la diabetes hacia la enfermedad renal, para dar medidas adecuadas de nefroprotección, pero aún más importante que esto, es llevar un buen y adecuado control de estas dos patologías precursoras evitando que se llegue a la enfermedad renal.

En nefropatías progresivas se ha establecido una fuerte correlación entre la magnitud del control de la presión arterial y la velocidad de declinación de la función renal; es así como el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica ha sido la primera intervención que ha demostrado reducir en forma significativa la velocidad de la progresión de la enfermedad renal crónica, siendo el eje central de las estrategias de nefro protección.

## CONCLUSIONES

No existiendo una curación definitiva para la enfermedad renal crónica en la gran mayoría de los casos, y estando el trasplante renal severamente limitado por la disponibilidad de órganos, la mayor estrategia en el momento actual es concentrar los esfuerzos en el conocimiento de que la hipertensión arterial y la diabetes mellitus son los principales factores de riesgo para una enfermedad renal y en el conocimiento de la progresión de la enfermedad renal crónica, y así, generar planes de acción con el objetivo de prestar una atención integral a las personas con hipertensión, diabetes o enfermedad renal, con el objetivo, en primera instancia, del empoderamiento para la salud, en la educación al paciente y sus cuidadores y en la articulación entre

los diferentes profesionales de salud, logrando un cuidado oportuno y óptimo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 Decreto 3039 de 2007. Bogotá p. 18-21. Disponible en: <<http://diario-oficial.vlex.com.co/vid/decreto-adopta-plan-nacional-salud-50464526>>.
2. Ministerio de la Protección Social. Programa de apoyo a la reforma de salud. Guía para el manejo y modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica. Bogotá, Mayo de 2007. p. 55, 81, 293-295. Disponible en: <<http://www.pos.gov.co/Paginas/guiaeatencion-delaenfermedadrenalcronica.aspx>>.
3. Sociedad Chilena de Nefrología. Enfermedad renal crónica: clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Revista Médica de Chile, 2009; 137:143, 146, 156. Disponible en: <<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n1/art26.pdf>>.
4. Sánchez A, Aparicio V, Germán C, Mazarrasa L, Merlles. Enfermería comunitaria: actuación en enfermería comunitaria, sistemas y programas de salud. 3ª ed. España: McGraw Hill Interamericana; 2000. p. 396-398.
5. Montserrat R, Caja C, Úbeda I. Enfermería comunitaria: elementos e instrumentos para la práctica profesional de la enfermería comunitaria. Madrid: Instituto Monsa de Ediciones; 2005. p. 165-172.
6. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Promoción y Prevención. Guía de atención de la hipertensión arterial. Bogotá, 2000. p. 4. Disponible en: <<http://www.pos.gov.co/Paginas/guiasdepromociondelasaludyprevenciondelaenfermedad.aspx>>.
7. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Promoción y Prevención. Guía de atención de la diabetes tipo II. Bogotá, 2000. p. 5-14. Disponible en: <<http://www.pos.gov.co/Paginas/guiasdepromociondelasaludyprevenciondelaenfermedad.aspx>>.
8. Organización Panamericana de la Salud OPS. Salud en las Américas. Vol. 1. Washington, .D.C.: OPS; 2007. p. 136.
9. Organización Panamericana de la Salud OPS. Salud en las Américas. Vol. 2. Washington, .D.C.: OPS; 2007.p. 221.
10. Kaitah W. Clínica de diabetes un concepto que se impone en el siglo XXI. Disponible en: <<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3300-editorial.htm>>.



11. Blanco J, Maya J. Fundamentos de salud pública. 2ª ed. Medellín: Fondo Editorial CIB; 2005. p. 85.
12. Burke, Mary M. Enfermería gerontológica, cuidados integrales del adulto mayor. 2ª ed. España: Ediciones Harcourtbrace; 1998. p. 593.
13. Duque M. En: Achury SD, Editor. El apoyo social y las personas con enfermedades crónicas. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2010.p. 83-103.