

**"GLOMERULONEFRITIS: CAUSAS Y ASISTENCIA
DE ENFERMERIA"**

DIVISION.— La glomerulonefritis se divide en: Aguda y Crónica:

GLOMERULONEFRITIS DIFUSA AGUDA.— Enfermedad caracterizada por alteraciones inflamatorias difusas de los glomérulos, manifestada por edema, albiminuria, hematuria e hipertensión.

GLOMERULONEFRITIS DIFUSA CRONICA. — Enfermedad inflamatoria crónica del riñón caracterizada por fibrosis e hialinización de los glomérulos, degeneración de los túbulos y esclerosis vascular. La evolución es progresiva terminando en insuficiencia renal.

GLOMERULONEFRITIS DIFUSA AGUDA

ETIOLOGIA.— En 1836 Richard Bright reconoció que la glomerulonefritis aguda se producía generalmente después de una infección sobre todo la escarlatina. Desde entonces la escarlatina se ha hecho menos frecuente. Actualmente la teoría más aceptada es la que considera a la glomerulonefritis como un trastorno en el cual los riñones muestran lesión y son destruidos parcialmente por inflamación que se origina como respuesta inmunológica en ellos.

El estímulo para dicha reacción en la mayoría de los casos resulta de infección en las vías respiratorias altas; por lo regular causada por estreptococo hemolítico que suele aparecer 2 ó 3 semanas antes del comienzo de la nefritis.

Al unirse el estreptococo con sustancias que se encuentran en el sujeto infectado constituyen el antígeno responsable del proceso de glomerulonefritis.

En la glomerulonefritis todos los tejidos renales sufren lesión y reaccionan a ella por fenómenos progresivos de índole inflamatoria, degenerativa y cicatrizal. Todas las lesiones nefríticas dejan cicatriz.

En la glomerulonefritis aguda encontramos que de los capilares escapan plasma, eritrocitos y leucocitos que infiltran al parénquima renal. Las células renales sufren lesión tan grave que no pueden funcionar satisfactoriamente y en muchas de ellas aparece necrosis.

Se presenta con mayor frecuencia en varones y en jóvenes. Del 80 al 85% de los casos la curación es completa, el resto pasa a la forma de glomerulonefritis crónica o muere.

SINTOMATOLOGIA.— El síntoma de presentación más frecuente es el edema, observado primeramente en la cara y párpados y más tarde puede aparecer en las par-

tes declives o hacerse generalizado (anasarca). Otros síntomas iniciales inespecíficos comunes son: las cefaleas fiebre que puede alcanzar a 38.5°C, anorexia náuseas y vómitos. La hematuria también suele ser síntoma inicial; generalmente la orina tiene un color pardo ahumado pero en ocasiones se presenta sanguinolenta. Con menor frecuencia el paciente advierte disminución en la diuresis o refiere un dolor bilateral en la región lumbar, causado probablemente por la distensión de las cápsulas renales.

Es importante señalar que el edema que existe al comienzo de la enfermedad invariablemente está causado por la retención de líquido, resultante de una disminución en la excreción renal de sodio y de agua.

En algunos casos el paciente puede ser completamente asintomático; la enfermedad sólo se descubre al examinar la orina de una persona que se sabe ha pasado recientemente una infección estreptocócica.

El exámen físico demuestra edema generalizado y ligera hipertensión.

* **DATOS DE LABORATORIO.**- Incluye aumento moderado del nitrógeno ureico en sangre y albuminuria. Puede haber hematuria macroscópica o microscópica, que imparte a la orina color oscuro, turbiedad o aspecto francamente hemático

co. Al principio, el sedimento está formado en buena parte por sangre macroscópica. Al cabo de unos días, la orina es menos sanguinolenta y entre los hematíes hay dispersos leucocitos y cilindros. Es frecuente una anemia leve y una leucocitosis hasta de 12000 a 14000 lo mismo que una ligera reducción de la albúmina del plasma. La velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos está ligeramente elevada, la concentración de hemoglobina suele estar ligeramente disminuida.

PRONOSTICO.— Resulta difícil saber qué proporción de pacientes se recuperan completamente, sin embargo, se afirma que del 90 al 95% de los niños y aproximadamente el 85% de los adultos, acaban logrando una recuperación clínica completa.

El tiempo necesario para la recuperación varía, pero una vez conseguida de modo completo el enfermo sigue bien aunque no están inmunizados contra nuevos ataques, pero éstos son raros por desarrollarse anticuerpos específicos que protegen contra la infección por la cepa original de estreptococo, y siguen actuando durante años.

Entre los síntomas desfavorables para una buena recuperación tenemos:

- 1).— Diuresis tardía o ausente (anuria).
- 2).— Insuficiencia renal persistente.
- 3).— Hipertensión arterial persistente.

4).— Proteinuria prolongada que muchas veces produce el síndrome nefrótico, y

5).— Obliteración de la cápsula de Bowman.

DIAGNOSTICO.— Debe establecerse el diagnóstico diferencial entre la glomerulonefritis difusa aguda y las siguientes afecciones renales:

a) Pielonefritis Aguda.— Vá acompañada de fiebre alta, dorsalgia, pus y bacterias en la orina.

b) Tumor o cálculo renal.— Causan albuminuria y hematuria pero no edema ni cilindros con hematíes.

c) Albuminuria febril y ortostática.— No hay edema, hipertensión ni hematuria, y si hay cilindros son en su mayoría hialinos o epiteliales.

TRATAMIENTO.— No existe un tratamiento específico para la glomerulonefritis aguda. La terapéutica se basa en los síntomas y la patología subyacente, ya que no se ha demostrado de manera convincente que ninguna forma de tratamiento modificó el curso de la lesión glomerular, pero manifestaciones y complicaciones aisladas muchas veces requieren tratamiento.

Los objetivos del tratamiento son los siguientes:

a).— Disminuir la intensidad de obstrucción de los glomérulos.

b).—Disminuir las necesidades metabólicas impuestas a los riñones, y

c).— Mejorar la función renal.

El tratamiento y la asistencia del paciente con glomerulonefritis aguda debe comenzar con:

1).— Reposo absoluto en cama.— Este incluye no solamente el descanso físico sino la eliminación de toda tensión, preocupación y demás causas de molestias e inquietud. En tanto hay hipertensión arterial y edema, el descanso en cama debe durar varias semanas. Cuando el paciente comienza a caminar poco a poco, diariamente suelen tomarse muestras de orina y se mide su tensión arterial todos los días. Cualquier aumento en la hematuria, la albuminuria o la presión arterial es indicación de que el paciente debe regresar a su cama para continuar en reposo absoluto.

2.)— DIETA.— Esta constituye uno de los aspectos terapéuticos más importantes. Al principio ha de ser muy rigurosa restringiendo las proteínas y estimulando la ingestión de carbohidratos; se limitará también la ingestión de grasas, sal y picantes. Deben agregarse vitaminas a la dieta para mejorar la resistencia del paciente; puede incluirse también hierro ó hígado para corregir la anemia.

A medida que se vaya apreciando una mejoría puede reducirse el rigor de la dieta, pero hasta que desaparezcan totalmente el edema, la hipertensión y los síntomas urinarios, la dieta seguirá siendo muy estricta. La sensación de sed se combate con gajos de limón, ó caramelos.

3).— EDEMA.— Debe evitarse la retención de líquido durante la fase oligúrica de la enfermedad, prestando cuidadosa atención al peso corporal. Se debe limitar la ingestión de sodio y líquidos si hay edema.

En estas circunstancias los líquidos por vía oral se limitarán a un máximo de 500 ml. al día más un volumen equivalente a la diuresis del día anterior; el sodio en la dieta debe disminuirse lo más posible. Si hay edema intenso, si se desarrolla a pesar de estas medidas, a veces puede lograrse efecto mediante diuréticos, en particular FUROSEMIDA en dosis de 40—500 mgs. dos veces al día.

En estas circunstancias la digital es ineficaz a pesar de la presencia de signos característicos de insuficiencia cardíaca congestiva, porque los trastornos circulatorios dependen de un exceso de líquido extracelular y no tienen causa cardíaca.

Infección.— Al principio la atención se dirigirá a la infección aguda que precede a la nefritis. Si no se hubiera administrado ya y si el enfermo no presenta hipersensibilidad debe emplearse penicilina para disminuir las infec-

ciones respiratorias subsiguientes; si se emplea, es conveniente seguir administrándola durante el invierno siguiente, cuando las infecciones estreptocócicas son frecuentes.

Hipertensión.— Si se controla cuidadosamente la retención de líquidos no suele necesitarse tratamiento específicos para la hipertensión. Pero el paciente con exceso de líquido quizá necesite tratamiento de la encefalopatía hipertensiva que causa convulsiones, o de la retinopatía que disminuye la visión; en este caso, los fármacos de elección lo constituyen la RESERPINA o DIAZOXIDO por vía parenteral.

Observación continua y Asistencial.— Es difícil saber si un paciente se ha recuperado totalmente, por lo tanto, deberá vigilarse a todos los pacientes hasta un año después de la última señal clínica de nefritis.

Para valorar la función renal y como base de una terapéutica racional son útiles el registro diario y exacto del peso corporal del paciente, del ingreso de líquidos y del volumen de orina del paciente. Diariamente la enfermera registrará con toda minuciosidad el volumen total y la frecuencia de la micción y separará muestras para exámenes de laboratorio, que incluirá la estimación de la densidad, la presencia de albúmina y los constituyentes del sedi

mento. Es importante el estado de la piel, por lo tanto, se recomienda suministrar masaje y cambiar de posición frecuentemente al paciente.

Es conveniente someter a ^{de} ejercicios a pacientes con edema para mejorar su circulación sanguínea disminuyendo de esta manera dicho edema. Si ha habido pérdida ponderal notable debilidad o edema, el cuidado de la piel adquirirá mayor importancia por la susceptibilidad de estos pacientes a la aparición de úlceras por decúbito. La enfermera evitará la aparición de úlceras mediante la utilización de donas o cojines que colocará adecuadamente a nivel de las prominencias óseas. Nunca se descuidará la higiene bucal.

En estos pacientes es preferente planear un programa terapéutico individualizado. La enfermera ayudará obteniendo la colaboración completa del paciente y asegurando que los tratamientos se practiquen con toda exactitud. Deberá colaborar también en métodos diagnósticos especiales tomando oportuna y adecuadamente muestras de orina y de sangre.

La enfermera deberá observar al paciente en busca de síntomas de complicaciones como insuficiencia cardíaca o edema pulmonar. Medirá y anotará los signos vitales del paciente cada 30 ó 60' y señalará al médico sin tardanza cualquier cambio importante.