

Impacto real de la NPC en la atención primaria: interroguemos a los expertos

www.medscape.org/interview/ckd-primary-care-spanish

Orador 1: Programa presentado por Medscape Education Global.

Peter Lin, MD, CCFP: Hola, soy el Dr. Peter Lin. Soy médico de familia y director de Iniciativas de atención primaria del Canadian Heart Research Center en Toronto, Canadá. Bienvenidos a este programa llamado “Impacto real de la NPC en la atención primaria: interroguemos a los expertos”. Entonces, serán preguntas cortas, rápidas y concisas y esperamos respuestas cortas, rápidas y concisas también. Nuestro experto hoy es Dave Cherney. Es máximo experto, de reconocimiento internacional y también un buen amigo. Es profesor de Medicina de la Universidad de Toronto, científico clínico de la División de Nefrología de la UHN. También es científico sénior del Hospital General de Toronto y es director de la industria de investigación del Laboratorio de Fisiología Renal de la UHN en Toronto, Canadá. Entonces, básicamente, todo lo que tenga que ver con el riñón, de alguna manera, ha pasado por sus manos y pueden ver su nombre en muchas, muchas publicaciones. Bienvenido Dave, muchas gracias por tu tiempo hoy.

David Cherney, MD, PhD, FRCPC: Un placer estar aquí contigo, Peter. Muchas gracias.

Dr. Lin: Fantástico. Entonces, sé que el riñón es un gran órgano y no es solo porque tú estés sentado aquí, Dave. Es un gran órgano en el sentido de que simplemente sigue funcionando. Nunca se queja, sigue y sigue bombeando. Y como nunca se queja, creo que la nefropatía crónica (NPC) a menudo se subdiagnostica o se diagnostica en etapas muy avanzadas. Por eso, creo que este programa es muy útil ya que estamos buscando formas de poder identificar pacientes y después, aún más importante, de poder tratarlos para prevenir la NPC y evitar todas esas complicaciones. Entonces, Dave, sé que los riñones son extremadamente importantes para ti. Para nosotros, es un órgano más. Comencemos por saber cuán frecuente es la NPC en el mundo.

Dr. Cherney: Bueno, muchas gracias por la pregunta Peter. La nefropatía crónica lamentablemente es muy frecuente y se estima que alrededor de 700 millones de personas en todo el mundo padecen nefropatía crónica. La nefropatía crónica es importante debido a sus asociaciones con otras enfermedades de las que hablaremos hoy, incluida las enfermedades cardiovasculares y un aumento del riesgo de muerte con el tiempo. La nefropatía crónica también se asocia con una disminución de la calidad de vida, y como mencioné, con un exceso de mortalidad; es decir, una reducción de la esperanza de vida. En grandes estudios que incluyeron a más de 7 millones de personas en todo el mundo, se estima que alrededor de 13% de los pacientes en todo el mundo tienen algún estadio de nefropatía crónica; es decir, entre el estadio 1 y el estadio 5. El estadio 1, por supuesto, presenta la función renal más preservada; el estado 5 es la forma de nefropatía más grave, al borde de necesitar diálisis.

Alrededor de 10% de las personas en todo el mundo tienen nefropatía crónica que se encuentra en estadio 3 a 5. Entonces, estadio 3, clínicamente significativo. Es una tasa de filtración glomerular (TFG) de 60 o menos, lo que significa que es una afección extremadamente común en todo el mundo.

Dr. Lin: Bueno, cifras altas las que presentas. Y comenzaste a hablar del impacto de la NPC en los pacientes. ¿Qué tipo de impacto tiene esta enfermedad en nuestros pacientes?

Dr. Cherney: Sí, la nefropatía crónica es verdaderamente una causa principal de muerte en todo el mundo, y la tasa de mortalidad global asociada a la nefropatía crónica ha aumentado en las últimas 2 a 3 décadas. Entonces, con el tiempo, se está transformando en un problema cada vez más importante. Uno de los principales motivos por los que la nefropatía crónica se relaciona con un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular y con la mortalidad es que hay muchos mecanismos comunes y efectos perjudiciales de la nefropatía que afectan al riñón y también afectan al sistema cardiovascular. La diabetes de tipo 2 es uno de ellos y los niveles altos de glucemia asociados se vinculan con daño renal y enfermedad cardiovascular. Pero también hay otros factores, incluida la retención de sal y agua, la hipertensión y otros factores que dañan tanto al riñón como al corazón y llevan a este vínculo y asociación en términos de mortalidad y riesgo.

El otro punto que es importante mencionar es que la nefropatía no solo se asocia con enfermedad cardiovascular, también se asocia con muchas otras afecciones. Se asocia con enfermedad ósea, con anemia, con anomalías en los electrolitos, que incluyen hiperpotasemia, y otros factores que hacen que el manejo terapéutico de estos pacientes sea muy complejo. Entonces, lo otro a considerar en pacientes con nefropatía es identificar todas estas complicaciones, especialmente en esa punta del iceberg, cuando los pacientes han alcanzado el estadio 5 de la nefropatía.

Dr. Lin: Eso significa que la nefropatía en sí está causando mucho daño, la gente muere por eso, pero si tienes nefropatía además de otras enfermedades, eso hace que las otras enfermedades sean mucho peores. Mencionaste algo sobre la diabetes, como una de las poblaciones en las que deberíamos realizar pruebas de detección. ¿En qué deberían estar enfocándose otros pacientes en términos de detección de la nefropatía?

Dr. Cherney: Sí, es un buen punto. Bueno, mencioné la diabetes de tipo 2 porque esta enfermedad concentra alrededor de 40% de los pacientes que terminan recibiendo diálisis o necesitando un trasplante. Por eso, la diabetes de tipo 2 es sumamente importante y es probablemente el factor individual más frecuente que provoca nefropatía terminal. Pero, hay muchos otros factores que también son importantes. Esos otros factores de riesgo incluyen hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular en sí también aumenta el riesgo de nefropatía porque si el corazón está enfermo, no puede bombear suficiente sangre a los riñones y los riñones sufren la carencia de oxígeno y nutrientes y eso también puede causar deficiencia en la función renal con el paso del tiempo. También hay afecciones familiares y hereditarias que causan nefropatía crónica. La poliquistosis renal, por ejemplo, y otras enfermedades renales hereditarias.

Los pacientes que han sufrido un daño renal previo por complicaciones de una intervención quirúrgica u otras afecciones médicas también tienen un alto riesgo de pérdida futura de la función renal con el paso del tiempo. Después, hay otros grupos de alto riesgo. Las enfermedades renales inflamatorias, lamentablemente, son muy frecuentes también. En algunas partes del mundo también hay exposiciones ocupacionales de alto riesgo que es importante considerar. Entonces, no es solo la diabetes, hay otras causas también, especialmente, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y enfermedades renales inflamatorias.

Dr. Lin: Creo que acabas de mencionar a cada paciente que normalmente atendemos en el consultorio. Fuera de la persona muy sana que viene solo para su control anual o algo parecido, básicamente nombraste todos los casos, lo cual significa que deberíamos ubicar a la nefropatía en un puesto alto de nuestra lista de cosas que deberíamos hacer. ¿Y qué pruebas deberíamos estar haciendo para detectar la nefropatía crónica en estos pacientes? ¿Qué podemos hacer en la atención primaria, por ejemplo?

Dr. Cherney: Bien, a nivel de la función renal, alrededor de 30% de los pacientes no suelen tener muchos síntomas. Pueden tener presión arterial más alta, pueden tener riesgo cardiovascular, pero clínicamente la nefropatía en sí, a menudo, es silenciosa. Entonces, realmente requiere que se hagan algunas pruebas, incluidos análisis de sangre y orina, para identificar la nefropatía y también su gravedad. Por suerte, esas pruebas son bastante fáciles de hacer. Implican realizar un análisis de sangre o un análisis de orina. El análisis de sangre es la TFG a partir del nivel de creatinina y luego en la orina es el cociente albúmina-creatinina o UACR, que también identifica a los pacientes en riesgo.

En personas con diabetes tipo 2, por ejemplo, estas pruebas deben realizarse, por lo menos, una vez al año

para identificar pacientes a través de mecanismos de detección, y luego en pacientes que tienen grados más graves de disfunción renal, estas pruebas generalmente deben realizarse con más frecuencia, de acuerdo con la gravedad de la nefropatía, para ver con qué rapidez está progresando.

Dr. Lin: Es una buena orientación. Ahora, hablaste de la TFGe y luego el cociente albúmina-creatinina. ¿Cómo combinamos esto?

Dr. Cherney: En términos de combinar estos números para obtener una puntuación, tenemos este mapa térmico confeccionado por las recomendaciones de las Guías Mundiales de Práctica Clínica en Nefrología (KDIGO), el cual me gusta porque muestra dónde tenemos que preocuparnos menos y dónde tenemos que preocuparnos más. También nos indica un poco cómo monitorear y hacer un seguimiento de los pacientes.

En pacientes que tienen un riesgo más bajo, en verde, estos son pacientes con niveles bajos de albuminuria y TFG preservada. Esos pacientes, en general, necesitan un seguimiento con mucha menos frecuencia, en general no tienen que ser derivados a un nefrólogo y el tratamiento a menudo es menos agresivo en esos pacientes. Y a medida que pasamos del verde al amarillo, al color mostaza, al rojo, esos son los pacientes que deben preocuparnos mucho más, a quienes debemos monitorear con mucha más frecuencia. Entonces, por ejemplo, a los pacientes que estaban en los cuadrados rojos, deberíamos hacerles un seguimiento 3 o tal vez 4 veces al año, especialmente a medida que los pacientes pasan a la NPC en estadio 5. Y en esos pacientes en los cuadrados rojos, ¿también tenemos que pensar en si hay otras complicaciones a causa de la nefropatía? ¿Tienen anemia que debemos tratar con hierro o con agentes estimuladores de la eritropoyetina? ¿Tienen acidosis metabólica que debemos corregir? ¿Están bien sus niveles de fosfato, calcio y vitamina D? Porque los riñones, por supuesto, intervienen en la salud ósea. Entonces, esas son todas las cosas que tenemos que tener en cuenta cuando analizamos este mapa térmico y no solo pensar en el grado de gravedad, sino también en cómo debemos actuar para reducir el riesgo y también reducir el halo de otras complicaciones que pueden aparecer en pacientes que tienen nefropatía como principal problema con el que se presentan.

Dr. Lin: Sí, es un buen punto. Entonces, con esos 2 números, los tenemos en los 2 ejes, la TFGe y también la albúmina en orina. Por suerte hicieron una codificación en colores que todos entendemos, el rojo es malo y el verde es bueno. Ahora bien, había también una calculadora de riesgos de algún tipo que mencionaste antes.

Dr. Cherney: Sí, hay formas de calcular cuál es el riesgo futuro de progresión y el riesgo futuro de diálisis y hay diferentes calculadoras en uso conocidas, pero una de las más comunes es la ecuación de riesgo de insuficiencia renal (KFRE), que fue desarrollada para entender cuál es el riesgo de nefropatía a 1 año, 5 años e incluso a más largo plazo, en términos de necesidad de diálisis. Pueden ingresar al sitio web de la ecuación KFRE e introducir números, que incluyen edad, sexo y la TFG y la excreción de albúmina en orina, y eso ofrece una idea de cuál es el riesgo de nefropatía terminal a 1 año y 5 años.

Y esto es importante porque los pacientes que tienen un determinado umbral de progresión de la nefropatía, de alrededor de 10%, esos pacientes en general son elegibles para recibir recursos adicionales. A menudo, son elegibles para recibir atención en una clínica nefrológica de cuidados múltiples en la que hay un médico, personal de enfermería, un farmacéutico, una trabajadora social y otros profesionales de la salud relacionados, que están disponibles para ayudar a proponer estrategias para educar a nuestros pacientes en relación con su nefropatía y cómo prevenirla y también para apoyarlos si la nefropatía avanza, para garantizar que estén listos para la diálisis o un trasplante. Por eso, esas cifras son importantes para entender el riesgo, pero también ayudan a orientar el tratamiento y ofrecer a nuestros pacientes más recursos en muchos lugares del país.

Dr. Lin: Es verdaderamente una buena forma de expresarlo. Y entonces, una vez que identificamos a estas personas, ¿cuáles son los tratamientos que podemos hacer? Creo que la mayoría de nosotros nos hemos enfocado en los inhibidores de la ECA y la presión arterial o algo por el estilo, pero ¿cuál es el sinfín de opciones de tratamiento disponibles actualmente para nuestros pacientes renales?

Dr. Cherney:

Bueno, yo pienso en esto en términos de 2 amplias categorías. Una incluye los cambios en el estilo de vida y la otra abarca los tratamientos farmacológicos. En cuanto a los cambios en el estilo de vida, se trata de todo lo que normalmente recomendamos para una buena salud cardiovascular. Esas recomendaciones también se extienden a los riñones, debido a la interacción y la acción recíproca entre factores que causan nefropatía y enfermedad cardiovascular. Eso incluye dejar de fumar. Mantener una alimentación saludable adecuada para los riñones también es importante, además de tener un peso saludable. Sabemos que la obesidad se relaciona con lesión renal y albuminuria, por lo que la pérdida de peso es a menudo una estrategia importante para reducir la progresión de la nefropatía, incluido el ejercicio regular. Por último, evitar algunos medicamentos nefrotóxicos u otros agentes, incluidos AINE, antiinflamatorios, además de medicamentos a base de plantas medicinales y otras sustancias que pueden dañar a los riñones. Eso en cuanto al estilo de vida. Por el lado médico-farmacológico, sabemos que el control de la presión arterial es importante. El control de la diabetes también es absolutamente crucial, tanto con el estilo de vida como con tratamientos farmacológicos. Los inhibidores de la ECA o bloqueadores de la angiotensina son importantes para el control de la presión arterial y también para reducir la proteinuria y la progresión de la nefropatía.

Después, más recientemente, tenemos los inhibidores del SGLT2 para personas con y sin diabetes, para prevenir la progresión de la nefropatía. Por último, tenemos los antagonistas de receptor mineralocorticoide, como la finerenona, que han demostrado ser beneficiosos en personas con diabetes de tipo 2 que tienen nefropatía; hay también evidencia significativa que demuestra una reducción del riesgo cardiovascular y renal. Esas son algunas de las intervenciones farmacológicas importantes, además de controlar el riesgo cardiovascular con estatinas y otros tratamientos que normalmente usaríamos en pacientes con diabetes de tipo 2.

Dr. Cherney:

Entonces, desde tu perspectiva, si puedo hacerte una pregunta sobre el seguimiento, recibimos todo tipo de derivaciones para el seguimiento de pacientes con nefropatía con todo un rango de TFG y todo un rango de albuminuria. ¿Cómo decides cuándo derivar al paciente a un nefrólogo?

Dr. Lin:

Cuando se me acaban todas mis recursos, entonces derivo, porque no sé qué más hacer. Sin dudas, si veo algo anormal, que no esté dentro del ámbito normal de la nefropatía diabética normal, ese deterioro progresivo lento, si veo un descenso repentino de la TFGe o una gran cantidad de proteína en la orina que no puedo explicar, sangre en la orina o si la hipertensión no está respondiendo ahora, es resistente, hablamos de una causa de hipertensión secundaria, ese tipo de cosas. Si hay hiperpotasemia, el nivel de potasio alto no tiene ningún sentido, es letal. Por lo tanto, a esos pacientes debemos derivarlos.

Si alguien tiene muchos cálculos renales, hemos detectado en realidad muchos tumores hormonales paratiroides después de una derivación. Y la nefropatía hereditaria, como mencionaste, que se da en familias, esas son las afecciones que no forman parte de lo común y corriente. Entonces, para esos casos, recurro a Dave y le digo: "Te mando a mi paciente". Espero no estar sobrecargándote, pero al menos derivo a los que creo que necesitan atención especializada. Después, lo habitual, la nefropatía diabética, el tipo de cosas relacionadas con la hipertensión, cosas que sabemos cómo abordar, podemos quedarnos con esos casos.

Veo que se nos acabó el tiempo y Dave, podríamos pasar otra hora hablando contigo, con tu base de conocimientos, pero permítanme sintetizar lo que aprendimos de ti en estos pocos minutos. La nefropatía crónica es común y es silenciosa, por lo que tenemos que salir a buscarla. Debemos enfocarnos en realizar pruebas de detección a los pacientes, como mencionaste, pacientes con diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, antecedentes familiares de nefropatía, lesión renal aguda o cualquier enfermedad que dañe a los riñones, por ejemplo el lupus, exposición a sustancias químicas. En otras palabras, para muchos de nuestros pacientes deberíamos pensar en controlarles la función renal.

Y deberíamos hacerlo con una TFGe que permite analizar la velocidad y un cociente albúmina-creatinina que indique la calidad de la filtración. Y deberíamos usar ese mapa térmico para indicarnos dónde están, no solo para decirnos qué tipo de enfermedad tienen y en qué nivel de riesgo se encuentran, sino también qué cosas tenemos que hacer para ellos. En otras palabras, para evitar que la enfermedad avance. Y esa calculadora de riesgos es bastante buena. Me gusta cómo dices que podemos conseguir más recursos si hemos calculado la puntuación de riesgo también.

Evitar los AINE, ahora me he tomado en serio eso para asegurarme de que los pacientes no los estén tomando. También volviste a enfatizar la necesidad de bloqueo del sistema renina-angiotensina, entonces los inhibidores de la ECA, bloqueadores de los receptores de la angiotensina y por supuesto antagonistas de aldosterona y SGLT2 son los nuevos que incorporamos y que podemos usar en nuestros pacientes, y si lo hacemos de forma precoz, podríamos prevenir todas estas complicaciones. Y desde luego cuando se me acaban todos los recursos y los pacientes están empeorando, entonces derivó. Y siempre es adecuado derivar cuando no estamos seguros de qué hacer.

Entonces, Dave, muchas gracias por tu tiempo y tu experiencia y por todo el trabajo científico fundamental que haces y cómo puedes comunicarlo a los pacientes y, aún más importante, comunicárnoslo a nosotros. Gracias a nuestros participantes por su tiempo y les pedimos que nos ayuden a mejorar estos programas respondiendo unas pocas preguntas y completando los formularios de evaluación. Eso realmente nos ayuda a mejorar la calidad de estas presentaciones. Gracias nuevamente por su tiempo, gracias Dave y nos vemos la próxima en el próximo evento.

Orador 1: Este programa fue presentado por Medscape Education Global.

Esta transcripción no ha sido editada y corregida.

Cláusula de exención de responsabilidad

Este documento es solo para fines educativos. No se otorgará ningún crédito de Formación Médica Continuada (CME) por leer los contenidos de este documento. Para participar en esta actividad, visite www.medscape.org/viewarticle/982486.

Para cualquier consulta relacionada con el contenido de esta actividad, póngase en contacto con el proveedor de esta actividad formativa en CME@medscape.net.

Para asistencia técnica, póngase en contacto con CME@medscape.net.

La actividad educativa presentada aquí puede incluir situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes que se describen en esas situaciones son ficticios y no se pretende establecer ni se debe inferir ninguna relación con pacientes reales.

El material aquí presentado no refleja necesariamente las opiniones de Medscape, LLC, o de las empresas que patrocinan los programas educativos en medscape.org. Estos materiales pueden incluir productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de EE. UU. y usos fuera de indicación de productos aprobados. Antes de utilizar cualquiera de los productos terapéuticos que aquí se comentan, se debe consultar a un profesional sanitario cualificado. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de brindar tratamiento a pacientes o emplear cualquier medicamento descrito en esta actividad educativa.

Medscape Education © 2022 Medscape, LLC