

ABORDAJE DEL COMPONENTE SILENCIOSO DEL PACIENTE CON MÚLTIPLES ENFERMEDADES CONCOMITANTES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: EL ROL DEL RIÑÓN

www.medscape.org/interview/morbid-patient-kidney-spanish

Dr. Luca De Nicola, PhD: Hola, soy Luca De Nicola, profesor de nefrología y director de la Unidad de Diálisis y Nefrología y de la Facultad de Posgrado en Nefrología de la Universidad de Campania “Luigi Vanvitelli” en Nápoles, Italia. Les doy la bienvenida a este programa titulado “Abordaje del componente silencioso del paciente con múltiples enfermedades concomitantes en la atención primaria: El rol del riñón”. Me acompaña hoy Sarah Jarvis, médica generalista, especialista clínica en *Patient*, profesora invitada de Práctica General en la Universidad de Huddersfield en el Reino Unido, y comunicadora médica. Bienvenida, Sarah.

Dra. Sarah Jarvis: Gracias. Estoy encantada de estar aquí.

Dr. De Nicola: Gracias. Empecemos por decir que la nefropatía crónica, que es el foco de la charla de hoy, es una enfermedad progresiva. Pueden ver aquí todos estadios, la nefropatía crónica tiene 5 estadios. Y lo que es importante es que se necesita un diagnóstico y una estadificación exactos para usar el tratamiento de manera eficaz. Y pueden ver que lo que es importante son los estadios del medio, del 2 al 4, para iniciar un tratamiento eficaz. Y eso se debe a que la nefropatía crónica es una enfermedad silenciosa hasta que se vuelve grave, con una escasa sintomatología, con pocos síntomas y signos. Es muy importante porque esta característica, este rasgo de la nefropatía crónica, es un obstáculo de consideración para el manejo clínico óptimo y, desde ya, el tratamiento de esos pacientes.

Podemos decir a partir de esta diapositiva —que se tomó del registro de Estados Unidos, el último reporte anual—, podemos ver que es difícil establecer un diagnóstico de estos pacientes. Vemos que, en los últimos 20 años, las últimas 2 décadas, solo al 12% se le diagnosticó la enfermedad, aunque la tenían. Y eso es muy importante porque esa falta de diagnóstico lleva a que se demore la derivación del paciente a un nefrólogo. En los últimos 20 años, solo hubo un pequeño aumento en la proporción de pacientes con nefropatía crónica que recibieron atención

oportuna por un nefrólogo, es decir, al menos 1 año antes de iniciar el tratamiento de remplazo renal, que incluye el tratamiento con diálisis.

Dra. Jarvis: Y por supuesto, ese es precisamente el motivo por el cual estamos hablando hoy de la importancia de la atención primaria: porque con tanta frecuencia vemos —¿no es así, Luca?— que los pacientes llegan con síntomas, se los diagnostica en función de los síntomas y luego, tal vez, presionen para que los deriven al especialista. Además, por supuesto, irán a ver a su médico generalista y, por lo tanto, se los diagnosticará porque se harán estudios. Pero creo que esta diapositiva clave sobre el hecho de que esta es una enfermedad silenciosa casi siempre significa que es muy, muy fácil que esté infradiagnosticada y que, tal vez, los generalistas no estemos del todo al tanto de la importancia de la prevención. Ahora bien, hasta hace poco, lo cierto es que no teníamos mucho que ofrecer, ¿no es así, Luca? Ciertamente, en los estadios iniciales, tal vez el control de la hipertensión y la administración de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o un bloqueante de los receptores de angiotensina. Eso era prácticamente todo, ¿verdad?

Prof. De Nicola: Tienes toda la razón. Lo que es importante, en especial para los médicos generalistas, es que son el primer médico al que acude el paciente. Por eso, es muy importante que el generalista le diga al paciente: “Mire, usted tiene nefropatía crónica”, porque esa es la única manera de aumentar la concientización sobre esa afección en los pacientes.

Dra. Jarvis: La cantidad de pacientes que saben que tienen nefropatía crónica es muy baja. Esta es una revisión sistemática y metanálisis a gran escala: 32 estudios. Y si vemos la proporción de pacientes que sabían que tenían nefropatía crónica en los pacientes con esa enfermedad —tenemos 19,2% con una tasa de filtración glomerular estimada inferior a 60—, solo un cuarto de esos pacientes que tenían la enfermedad en estadio 3 a 5 sabían que la tenían. En cuanto a lo positivo, los pacientes atendidos en consultorios de nefrología fueron mucho más propensos a estar al tanto de la enfermedad. Pero es bastante difícil, diría, ser derivado a un nefrólogo y no darse cuenta de que hay un problema con los riñones. Sin embargo, incluso aquí, un 15% era atendido por un nefrólogo y aun así no se dio cuenta de que el paciente tenía nefropatía crónica. Pero si observamos la población general —la población que no necesariamente tenía nefropatía crónica, entre aquellos que la tenían y los que no—, las estadísticas dan miedo: solo 1 de cada 12, 1 de cada 13 pacientes, eso significa que 12 de cada 13 pacientes no tenían idea.

Pero si miramos el diagnóstico de nefropatía crónica en los pacientes que sí tienen la enfermedad, vemos que, en realidad, la nefropatía crónica en estadio 3 no se está diagnosticando formalmente casi en ningún lugar del mundo. Incluso si observamos lo que ocurre en Estados Unidos, que tuvieron la mayor proporción de pacientes diagnosticados, todavía vemos que dos tercios de los pacientes que tenían nefropatía crónica en estadio 3 no habían sido diagnosticados. Y eso es en verdad importante porque, si no se hace el diagnóstico de nefropatía crónica, no se pondrá el mismo énfasis en los tratamientos preventivos, como el control de la presión arterial y el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueantes de los receptores de angiotensina, lo cual protegerá los riñones. Eso reducirá la hipertensión intraglomerular y reducirá la progresión de la nefropatía crónica.

Y, por supuesto, también debemos recordar que no se trata solamente de los riñones. Sé que eres nefrólogo, Luca, pero debemos recordar que, en realidad, el corazón también tiene mucha importancia. Hay una incidencia tremendamente alta, una verdadera correlación entre la incidencia de nefropatía crónica y la incidencia de enfermedad cardiovascular y, lo que es más importante, de insuficiencia cardíaca.

Prof. De Nicola: Lo que también es importante en este estudio es que muestra que no hubo diferencias en la tasa de diagnóstico en pacientes con enfermedades concomitantes, enfermedades concomitantes muy importantes, como la hipertensión y la diabetes. Por lo tanto, esos resultados son más inquietantes de lo que parecen. ¿Y qué hay que hacer? Lo que hay que hacer es mejorar la comunicación en la comunidad médica, en la comunidad científica, entre el paciente y el médico. Por eso pensamos que un buen abordaje, un abordaje muy sencillo, debe ser sintético y directo. Así que en este abordaje se emplean 4 preguntas básicas para limitar la prevalencia de la nefropatía crónica. Vamos a responder a estas 4 preguntas muy directas, a saber: “¿por qué debemos hacer estudios de detección?”, “¿a quiénes debemos hacerles estudios de detección?”, “¿qué deberíamos usar para los estudios?”, esto es, qué prueba debemos usar para detectar nefropatía crónica, y “¿qué debemos hacer a continuación?”.

Eso es muy importante porque es el final del proceso, el tratamiento óptimo de los pacientes. Empezamos con la primera pregunta. La primera pregunta es “¿por qué debemos hacer estudios de detección?”. La respuesta es muy sencilla si miramos la prevalencia mundial del estudio sobre la enfermedad, que es un estudio enorme, con datos a nivel mundial, que reporta lo que ocurrió con la nefropatía crónica en las últimas 2 décadas. Bueno, podemos entender por qué la prevalencia de esa afección es realmente preocupante. Se ha duplicado la incidencia en dos décadas, se ha duplicado la prevalencia y se ha duplicado la mortalidad por nefropatía crónica. Y debemos resaltar que la mayor parte de la tasa de mortalidad se relaciona con enfermedad cardiovascular, porque los eventos cardiovasculares son la principal complicación de la nefropatía crónica.

También tenemos un aumento del 62% en los años de vida ajustados por discapacidad. Entonces, hablamos de millones de pacientes, y este es el motivo: el motivo es que la población está creciendo. Esto es muy importante para los países jóvenes, los países emergentes, África, Asia. En el mundo occidental se debe más a la epidemia de diabetes y, por supuesto, al aumento de la expectativa de vida, porque la nefropatía crónica también es una enfermedad típica de las personas mayores.

Dra. Jarvis: Pero dejó de ser algo que solamente vemos en las personas mayores, ¿no? Y creo que eso es muy interesante. Si analizamos la diabetes, por ejemplo, desde ya la enorme mayoría de esos pacientes con diabetes tienen diabetes de tipo 2. Sabemos, por supuesto, que el origen étnico tiene un rol, sabemos que los antecedentes familiares tienen un rol, pero en verdad tiene que ver con la obesidad y, en especial, con la obesidad abdominal. ¿Y a qué nos predispone la obesidad abdominal? A la hipertensión. ¿Y cuál es uno de los factores que impulsan la nefropatía crónica? La hipertensión. Así que concuerdo por completo con que estos pacientes están envejeciendo, pero en realidad, muchos de mis pacientes de edad muy

avanzada... con ellos tenemos un abordaje muy diferente, ya que debemos pensar por qué tratamos la nefropatía crónica... ¿se trata realmente de nefropatía crónica o es un deterioro renal natural relacionado con la edad?

Hace bastante poco tuve un paciente de 88 años con una tasa de filtración glomerular estimada de 29, pero ese valor básicamente viene variando a una tasa increíblemente lenta, de alrededor de 1 mililitro por minuto por 1,73 metros cuadrados, desde hace 10 años. Y le dije: “Vea, debemos proteger su corazón porque tiene un aumento del riesgo de insuficiencia cardíaca. Debemos proteger sus riñones porque no queremos que se sigan deteriorando. En realidad, está tomando todos los medicamentos correctos; a este ritmo, solo podría llegar a desarrollar nefropatía terminal si vive hasta los 105 años”. Eso es muy diferente de lo que vemos en algunos de nuestros otros pacientes.

Prof. De Nicola: Sí, tienes razón, es correcto, Sarah. Solo quiero agregar algo, porque es muy importante destacar que la mortalidad por nefropatía crónica y el riesgo de nefropatía terminal sí implican diálisis. La diálisis es independiente de la diabetes y la hipertensión. Lo que quiero decir es que, en el pasado, muchos médicos, muchos colegas, pensaban en la mortalidad por nefropatía crónica o en el hecho de que esa enfermedad llevara a la diálisis como algo casi independiente de la nefropatía crónica; más bien pensaban que dependían de la enfermedad primaria, como la hipertensión y la diabetes. Esa leyenda quedó en el olvido después de 2012, cuando dos metanálisis muy grandes, con más de 1 millón de pacientes, demostraron que la nefropatía crónica tiene un rol independiente en la determinación de la mortalidad y la nefropatía terminal en un paciente con diabetes y en un paciente con hipertensión. Por eso lo que vemos en cuanto al pronóstico de nuestros pacientes no depende solamente de la hipertensión o la diabetes, sino que también está determinado por la nefropatía crónica en sí misma.

Dra. Jarvis: Pero, por supuesto, si pensamos en esos pacientes con riesgo alto —en otras palabras, “¿a quiénes debemos hacerles estudios de detección?”— podemos recurrir a las guías de KDIGO, que dejan bien en claro cuál es la población en riesgo, las personas que debemos tener en mente. Y en verdad debemos tener un índice bajo de sospecha. Debemos hacer estudios de detección periódicos a esos pacientes. Pacientes con hipertensión, pacientes con diabetes, pacientes con enfermedad cardiovascular y pacientes con obesidad; les hacemos estudios de detección y lo hacemos periódicamente porque, como dicen las guías de KDIGO, esos son riesgos a nivel individual o poblacional los que nos permitirán identificar a esos pacientes.

Prof. De Nicola: Es correcto. Y lo que es importante es que también tenemos que hacerles estudios de detección a los pacientes de edad más avanzada. Quiero decir que, en el metanálisis que mencioné, de más de 1 millón de personas, se muestra que la edad no salva vidas. O sea, en personas mayores que tienen nefropatía crónica, el pronóstico empeora. Así que también debemos hacer estudios de detección a todas las personas. Y también debemos pensar que la mortalidad no es el destino natural de esas personas. La muerte no es el destino natural. El destino natural, el destino de esas personas es la evolución a la nefropatía terminal. Veamos qué pasó en los últimos 20 años en Europa. Mostramos la incidencia en el curso del

tiempo, los últimos 20 años de pacientes con diálisis, y vemos que, lamentablemente, la incidencia sigue aumentando. Entonces, tenemos cada vez más pacientes que comienzan un tratamiento de remplazo renal con el tiempo, también en los últimos años, y eso es muy malo.

Eso es muy malo. Bueno, las pruebas son muy sencillas y muy, muy económicas, porque podemos ver aquí el mapa de calor de KDIGO, las guías internacionales de nefrología, y tenemos distintos colores, que van del verde al rojo y, por supuesto, las personas que están en el cuadrado rojo son las que tienen el peor pronóstico. Y vemos que el pronóstico no solo se basa en la tasa de filtración glomerular, que vemos aquí a la izquierda. Cuanto más baja es la tasa de filtración glomerular, más alto es el riesgo. Pero es muy importante que veamos cómo empeora el pronóstico con el aumento de la albuminuria. Y esto es muy importante. Por tanto, tenemos estas dos sencillas pruebas que podemos usar para una detección óptima. La tasa de filtración glomerular mide el nivel sérico de creatinina, pero tal vez más importante que eso sea el cociente de albúmina a creatinina, o un sencillo análisis de orina para identificar la albuminuria del paciente.

Dra. Jarvis: Bien, creo que esto realmente es clave para la atención primaria. Porque si miramos a estos pacientes a los que deberíamos hacerles estudios de detección, los pacientes con hipertensión, los pacientes con diabetes, los pacientes con obesidad, los pacientes con enfermedad cardiovascular, estaremos detectando a los pacientes que son asintomáticos. Es decir, los pacientes en estadio 2, en estadio 3a y, en cierta medida, en estadio 3b. Y plantearía que, en realidad, para cuando se llega a la nefropatía crónica en estadio 4, bueno, ya estamos en la zona roja, más allá del cociente de albúmina a creatinina en orina. Y esos son los pacientes que deberíamos derivar, ciertamente, al menos, hablar sobre ellos con un nefrólogo, pero por lo general, los derivamos al nefrólogo.

Pero creo que los que son relevantes para la atención primaria son los pacientes con diabetes que tienen una elevación del cociente de albúmina a creatinina en orina pero que, en realidad, pueden tener una tasa de filtración glomerular estimada de 75, y de lo contrario, si no revisáramos ese cociente en orina, tal vez no nos daríamos cuenta de que tienen un riesgo alto. Lo mismo ocurre con los pacientes que tienen nefropatía crónica en estadio 3a. En realidad, si tienen un cociente de albúmina a creatinina en orina normal a levemente elevado, su riesgo es muy diferente del que tienen los pacientes con un aumento grave del cociente.

Prof. De Nicola: Correcto. Correcto. Lo que es importante es ubicar al paciente en este mapa de calor, que es la base de la estratificación de riesgos para la estadificación y el pronóstico.

Dra. Jarvis: Tenemos un par de estudios de casos. Este hombre es un paciente mío bastante típico; tiene hipertensión de larga data, ya toma un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina y su presión arterial está bastante bien controlada. Es decir que está dentro de lo que consideraríamos aceptable para la hipertensión controlada. Le hicimos un análisis de la tasa de filtración glomerular estimada y el cociente de albúmina a creatinina en orina. Lo que vemos es que oscila entre el estadio 3a y el 3b. Su tasa de filtración glomerular estimada es 45 y el cociente de albúmina a creatinina en orina es 2,8. Es decir que está en niveles normales a

bajos de albuminuria; eso lo ubica en la zona amarilla. Y eso es importante, ¿no es así, Luca? ¿En cuanto al riesgo?

Prof. De Nicola: Bueno, este es el hombre que nunca empezará diálisis. Esto es algo que es intrínseco, inherente al envejecimiento fisiológico del riñón.

Dra. Jarvis: Es decir que igual debemos proteger sus riñones, pero no es necesario preocuparse demasiado.

Prof. De Nicola: Pero podemos decirle a este caballero que nunca tendrá que someterse a diálisis, lo cual es importante. Por otro lado, podemos decirle a este hombre “no tome fármacos antiinflamatorios ni nefrotóxicos”. Así que eso también es muy importante para el pronóstico del paciente.

Dra. Jarvis: Un consejo muy útil aquí, y algo que sí debemos recordar. Lo que podemos decirle es que nunca llegará a tener nefropatía terminal siempre y cuando siga tomando los comprimidos y siempre y cuando siga haciéndose controles. Pero la siguiente paciente... esto también es interesante: si solo midiéramos la tasa de filtración glomerular estimada, tal vez pensaríamos “ah, su tasa es más alta, ¿cuál sería la preocupación?”. Pero en realidad, en primer lugar, es más joven. En segundo lugar, tiene diabetes de tipo 2. Ese es un factor de riesgo adicional, además de la hipertensión de la paciente. En tercer lugar, tiene un cociente de albúmina a creatinina en orina muy alto en comparación con el paciente anterior. No conocemos la tasa de deterioro de la tasa de filtración glomerular estimada, pero supongo que si la tuviéramos, sería mucho más rápida que la del paciente anterior. Pero incluso si no tuviéramos esa tasa de deterioro de la tasa de filtración glomerular estimada, incluso si no supiéramos qué tan abrupto es el deterioro de su función renal, aun así la ubicaríamos en la zona roja del mapa térmico.

Prof. De Nicola: Pero podemos agregar algo más. Podemos decir que si esta mujer es tratada con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o con un bloqueante de los receptores de angiotensina o con un inhibidor del cotransportador de sodio y glucosa de tipo 2, retrasará la aparición de nefropatía terminal en 15 años, en promedio. Hay algunas cosas que se analizaron y que mostraron ensayos aleatorizados controlados como CREDENCE o DAPA-CKD. Así que es muy importante identificar esos pacientes y tratarlos adecuadamente con inhibidores del sistema renina-angiotensina y del cotransportador de sodio y glucosa de tipo 2.

Dra. Jarvis: Entonces si pensamos en las recomendaciones de KDIGO, hallamos los pacientes de alto riesgo, los sometimos a estudios de detección e hicimos el diagnóstico de nefropatía crónica en una proporción significativa, supongo, si usamos los criterios correctos para el cribado. ¿Qué hacemos a continuación? Bueno, muchos de estos pacientes, en efecto, serán tratados en el contexto de la atención primaria. En cierta medida, desde ya, eso depende de nuestra práctica en nuestro país individual. Depende de la disponibilidad de medicamentos, de si tienen permitido recetar determinados medicamentos en la atención primaria. Pero ciertamente hay aspectos fundamentales que son, en buena medida, los aspectos básicos de la atención primaria. Y diría que a la enorme mayoría de mis pacientes con nefropatía crónica

en estadio 3a los trataría en el consultorio de atención primaria; y a muchos de los que tienen nefropatía en estadio 3b. Ahora bien, eso depende en gran medida de los factores de riesgo, es justo decirlo.

Así que si pensamos en la mujer con una tasa de filtración glomerular estimada de 49, lo que tenemos en cuenta es que tiene una pérdida de la tasa de más de 5 ml/min por año. Así que tiene un riesgo muy alto. Esa es la clase de paciente para la que yo no esperarí a que la tasa bajara a menos de 30 para derivarla o para pedir una interconsulta, sin dudas, con mis colegas de atención secundaria. Mientras que en el caso del otro hombre, tal vez, que tenía un deterioro muy, muy lento, que tenía enfermedades concomitantes que implicaban que no tenía una expectativa de vida de más que unos años, cuya tasa de filtración glomerular estimada era de 29, pero que disminuía muy lentamente, y que tenía niveles bajos de albuminuria, el caso sería muy distinto. Consultaría a mis colegas de atención secundaria, pero no necesariamente lo derivaría ni esperarí a que ellos se ocuparan de su atención primaria.

Por tanto, Luca, creo que si analizamos esos otros pacientes, hay algunos casos que definitivamente esperarías ver. El paciente con enfermedad renal hereditaria, con lesión renal aguda, el paciente con proteinuria nefrótica con hematuria de origen desconocido, el paciente con hipertensión resistente, en los que comprobamos que la hipertensión es realmente resistente al tratamiento y que no se debe a que no toma los medicamentos, y tal vez el paciente con nivel alto de potasio sérico, nivel alto de hormona paratiroidea, el paciente con nivel alto de fósforo sérico. ¿Dirías eso, Luca? ¿Qué haremos con ellos al llegar a ese punto?

Prof. De Nicola: Coincido. Es decir, lo que es importante es no derivar, sino compartir la atención de los pacientes con el nefrólogo, porque debemos compartir los pacientes, debemos compartir el tratamiento, los objetivos terapéuticos. Entonces, en el caso de la mujer, es evidente que necesitamos compartir la atención de la paciente de inmediato porque ella podría tener glomerulonefritis, así que tal vez necesite una biopsia renal. En cuanto al primer reporte de caso, el paciente sin proteinuria, lo que vemos es básicamente el envejecimiento fisiológico normal del riñón, así que lo puede seguir atendiendo el médico generalista.

Pero lo que es muy importante es compartir también los objetivos terapéuticos, y el primer objetivo en estos pacientes es controlar la uremia mediante la dieta y una dosificación correcta de los diuréticos. Y si corregimos la expansión de volumen, también llegamos a una presión arterial normal, porque la mayor parte de la hipertensión en nuestros pacientes con nefropatía terminal depende de la expansión de volumen. Y es muy importante lograr un Índice de masa corporal normal, porque, básicamente, la siguiente epidemia después de la diabetes es la obesidad, que se asocia con proteinuria, la cual se asocia con un deterioro más rápido de la tasa de filtración glomerular estimada. Así que es muy importante colaborar también en relación con el Índice de masa corporal y los cambios en el estilo de vida, Sarah.

Dra. Jarvis: Entonces, en este punto, estás de vuelta en mi territorio, el territorio de la atención primaria: dejar de fumar, dieta saludable, ejercicio regular. Esos son los pilares de las recomendaciones para el estilo de vida en la práctica general. Y, como bien dijiste, tratar de reducir la obesidad. Pero en realidad, muchos de estos tratamientos para la presión arterial,

estos tratamientos farmacológicos, son en buena medida el foco de la atención primaria. Esa es nuestra tarea básica, controlar la presión arterial, tener el valor de HbA1c bien controlado si el paciente tiene diabetes, en especial diabetes de tipo 2 aquí, que corresponde a la mayoría de los pacientes atendidos en los consultorios de atención primaria. Creo que la mayoría de los pacientes con diabetes de tipo 1, naturalmente, son pacientes de atención secundaria o de una combinación de ambas. El manejo clínico de los lípidos es realmente importante, debido a los riesgos de enfermedad cardiovascular, además de nefropatía crónica. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueantes de los receptores de angiotensina son verdaderamente fundamentales. Se debe controlar la presión arterial, pero usando un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina y un bloqueante de los receptores de angiotensina, porque estos protegen los riñones en forma independiente.

También lo hacen, por supuesto, los inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa de tipo 2 dentro de su indicación autorizada. El inhibidor del cotransportador de sodio y glucosa correcto no solo protegerá los riñones en pacientes con y sin diabetes de tipo 2, también reducirá el enorme aumento del riesgo de insuficiencia cardíaca que tienen estos pacientes. Y eso es clave, realmente, porque significa que estamos brindando una protección generalizada. Los antagonistas de los receptores de mineralocorticoides son, en mi opinión, fármacos importantes. Algunos de mis colegas en atención primaria tal vez no estén tan acostumbrados a usarlos. Pero si observamos esto, el uso de inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa de tipo 2 ha aumentado muy rápidamente y se han convertido en un tratamiento fundamental.

Prof. De Nicola: Por supuesto. Es muy importante, y también, lo que es muy importante para mí es el tratamiento de tercera línea porque, como imaginarás, estos fármacos no son eficaces en todos los pacientes. Así que sigue siendo necesario agregar tratamiento a los pacientes para garantizar la protección de todos los órganos, la protección de todo el cuerpo, además del corazón y los riñones. Entonces es muy importante pensar en los agonistas de los receptores del péptido similar al glucagón de tipo 1, el nuevo agente finerenona, los antagonistas no esteroideos de los receptores de mineralocorticoides. Y tampoco debemos olvidar un control óptimo de la hipertensión agregando diuréticos y bloqueantes de los canales del calcio. Y, por supuesto, es muy importante un buen control estricto y perfecto de la glucemia.

Dra. Jarvis: Hablando de eso, KDIGO ha publicado nuevas guías sobre la nefropatía crónica y la diabetes de tipo 2, al igual que el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) en el Reino Unido. Y en esas dos guías, los inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa de tipo 2 están bien arriba, porque son los que permiten controlar la glucemia con niveles más altos de tasa de filtración glomerular estimada y también proteger los riñones. Debemos recordar que los inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa de tipo 2 son menos eficaces para el control glucémico a medida que la tasa de filtración glomerular estimada cae, pero siguen siendo igual de eficaces para la protección de los riñones y, por supuesto, del corazón. Así que si observamos los pacientes que estamos evaluando, tenemos aquellos con una tasa de filtración glomerular estimada de más de 30, como mínimo. Los pacientes de alta prioridad, los que tienen insuficiencia cardíaca, los que tienen niveles altos de cociente de albúmina a creatinina.

Debemos tener presentes las contraindicaciones, en especial, por ejemplo, en pacientes con muy alto riesgo de cetoacidosis diabética, pacientes inmunodeprimidos o que tienen úlceras en los pies. Luego, debemos considerar hacia dónde vamos. Así, por ejemplo, la canagliflozina, la dapagliflozina, la empagliflozina... sus estudios y sus indicaciones varían un poco; debemos considerar las que tienen la base de evidencia tanto para la nefropatía crónica como para la diabetes de tipo 2. Y, como sabemos, no todos tienen autorización para pacientes que no tienen diabetes de tipo 2, pero algunos, sí. Pero esto es muy, muy importante. Debemos recordar que ya no indicamos inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa de tipo 2 solo para el control de la glucemia, porque si fuera así, dejaríamos de usarlos cuando la tasa de filtración glomerular estimada bajara a menos de 45. Ahora los administramos para otra indicación diferente.

Prof. De Nicola: Así es. Los inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa de tipo 2 deben administrarse para la protección de los órganos, y déjame decirte que el efecto de hipoglucemia es un efecto colateral de estos inhibidores. Debemos administrar estos fármacos para proteger los riñones y el corazón. Es muy, muy importante.

Dra. Jarvis: Creo que como médica generalista diría que el efecto secundario de control de la glucosa es un efecto colateral muy afortunado para los pacientes con diabetes de tipo 2.

Prof. De Nicola: Por supuesto.

Dra. Jarvis: Entonces, para resumir, Luca...

Prof. De Nicola: Sí, hagamos un resumen. Aquí tenemos un diagrama de flujo. Digamos que es una especie de diagrama de flujo para tratar al paciente desde el inicio y tratarlo bien. Aquí tenemos el espectro de recomendaciones. Pero creo que lo que quiero destacar es que la primera parte... es seleccionar los pacientes que deben someterse a estudios de detección de nefropatía crónica, y eso es muy importante. Es muy importante. Es importante, exactamente como lo es la elección del tratamiento. Así que, por favor, no olviden la primera parte de este diagrama, que es la de la detección.

Dra. Jarvis: Y creo que podemos decir que estos 4 elementos de aquí son importantes. Has esclarecido maravillosamente por qué debemos hacer estudios de detección: el aumento de pacientes que llegan a nefropatía terminal, el aumento de la discapacidad, pero también, por supuesto, el aumento que tienen estos pacientes en cuanto al riesgo de otras enfermedades concomitantes, como enfermedad cardiovascular e insuficiencia cardíaca. Y, por supuesto, lo importante es que, en caso de tener un paciente con nefropatía crónica, que eso sea un aviso de alerta inmediato de que el paciente también tiene un alto riesgo de padecer otras afecciones y que debo protegerlo de eso. Luego está la parte de qué hacemos. Y creo, de verdad, espero que hayamos explicado bien por qué, si nos basamos en la tasa de filtración glomerular estimada sola, podríamos pasar por alto algunos pacientes que deberíamos derivarte a ti, Luca.

Prof. De Nicola: Correcto. Correcto. Hay que analizar la proteinuria, la albuminuria, el análisis de orina, lo que sea que se use para determinar la albuminuria está bien, pero lo que es muy importante es hacer el análisis de albuminuria.

Dra. Jarvis: Por supuesto. Y luego, si pensamos en qué hacer con los pacientes, bueno, eso dependerá de las pautas locales y, tal vez, también del nivel de confianza de cada uno. Pero creo que estos son los aspectos fundamentales, que se centran en gran medida en la práctica general: dejar de fumar, tener un corazón saludable, hacer ejercicio, bajar de peso si es posible, controlar la presión arterial. ¿Y con qué controlamos la presión arterial? Debemos usar inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueantes de los receptores de angiotensina y, esto es muy importante, tener un control intensivo de los lípidos, debido a su riesgo cardiovascular y, naturalmente, para proteger los riñones también, un control intensivo de la glucemia. Pero creo que el gran cambio que vimos en los últimos años es este cambio. Ya no tenemos solamente la estatina de intensidad moderada o alta y el bloqueo del sistema renina-angiotensina y el control de la glucemia en general. Ahora contamos con un tratamiento fundamental específico con los inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa de tipo 2, también, para estos pacientes con diabetes de tipo 2 y, en algunos casos, para pacientes que tienen nefropatía crónica sin diabetes de tipo 2.

Prof. De Nicola: Y déjame decirte, Sarah, que los inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa de tipo 2 cambiarán el destino natural, la historia natural de nuestros pacientes con nefropatía crónica, tengan o no diabetes. Funcionan bien en cualquiera de las dos afecciones, y debemos pensar en ellos, básicamente, como pensábamos en los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina a principios de la década de 1990. Ahora debemos pensar que un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o un bloqueante de los receptores de angiotensina más un inhibidor del cotransportador de sodio y glucosa de tipo 2 es el tratamiento básico para nuestros pacientes, independientemente del estado basal.

Dra. Jarvis: Y me parece que ese es un excelente mensaje para concluir.

Prof. De Nicola: Gracias. Gracias, Sarah. Quiero agradecer a la audiencia por seguir este programa. Espero que les haya parecido interesante e innovador. Muchas gracias y que tengan un buen día.

Esta transcripción no ha sido editada y corregida.

Exención de responsabilidad

Este documento es para fines educativos únicamente. No se otorgarán créditos de Formación médica continuada (Continuing Medical Education, CME) por leer el contenido del presente documento. Para participar en esta actividad, visite www.medscape.org/viewarticle/986717

Si tiene preguntas relacionadas con el contenido de esta actividad educativa, comuníquese con el proveedor de la misma escribiendo a CME@medscape.net.

Para obtener asistencia técnica, comuníquese con CME@medscape.net

La actividad educativa presentada anteriormente puede involucrar situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes que aparecen en estas situaciones son ficticios y no se pretende ni debe inferirse ninguna asociación con ningún paciente real.

El material presentado aquí no necesariamente refleja los puntos de vista de Medscape, LLC ni de las compañías que apoyan programas educativos en [medscape.org](https://www.medscape.org). Estos materiales pueden analizar productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. y usos no aprobados de productos aprobados. Se debe consultar a un profesional de atención médica calificado antes de utilizar cualquier producto terapéutico analizado. 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 © 2023 Medscape, LL