

Prevención renal: ¿Una quimera alcanzable?

Renal prevention: An achievable chimera?

Todos los seres humanos, según la epigenética, desarrollamos, desde la concepción hasta el parto, una carga genética que, al momento del nacimiento, nos marca con una predisposición a determinadas enfermedades, dentro de las cuales se encuentran las dos más importantes en la generación de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) como lo son la Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus (DM). El medio ambiente en el cual nos desarrollamos, hostil o protector, nos hará expresar esos genes a manera de Factores de Riesgo, los cuales, si no son detectados y corregidos a tiempo, se expresarán como una lesión permanente en un órgano blanco, hecho que se manifiesta como una enfermedad.

El riñón no es ajeno a este y, adicionalmente, la existencia de problemas sociales que influyen sobre la nutrición materna, en unos casos, o alteraciones placentarias, en otros, hacen que el neonato presente alteraciones en el número, tamaño y función de sus glomérulos, lo que generará una predisposición a la HTA y a la ERC, según nos lo enseñaron Brenner, Anderson y nuestro querido colega Diego García¹.

A medida que avanzamos en edad, esa genética presente, sumada a un medio ambiente no protector, con estilos de vida no saludables, hábito de fumar, sedentarismo y dieta inadecuada, inicia el proceso del desarrollo del hoy en día discutido *Síndrome Metabólico*, cuyos componentes, especialmente la acumulación de grasa abdominal y la obesidad, forman parte de dos de los grandes precursores de la ERC: La DM y la HTA. Adicionalmente, un estudio realizado por Luis Castillo, Gustavo Aroca *et al.*, de la Clínica de la Costa y la Universidad Simón Bolívar², demostró que la obesidad, a diferencia del perímetro abdominal, se correlacionaba con el desarrollo y progresión de la ERC.

Tanto la historia natural de la HTA como de la DM, nos muestran un largo período de hasta diez años en un estado **latente-creciente**, generalmente asintomático, hecho que en muchos casos impide un diagnóstico temprano y una progresión silenciosa de la enfermedad. Existen otras patologías, como las glomerulopatías, las enfermedades autoinmunes, las anomalías anatómicas y los riñones poliquísticos los cuales, en muchos casos, pueden ser asintomáticos o producir síntomas que pasan inadvertidos a nivel de la Atención Primaria las cuales pueden generar en los años posteriores graves problemas renales. Sin embargo, me centraré solo en las principales patologías prevalentes en Colombia, según el reporte de la Cuenta de Alto Costo (CAC) de 2015.

Nicolás Maquiavelo, en 1513³, fue un visionario de los problemas a los que estamos abocados hoy en día cuando escribió: “Al comienzo, una enfermedad es fácil de curar, y difícil de diagnosticar, pero a medida que pasa el tiempo, el no haberla tratado o reconocido inicialmente, la vuelve fácil de diagnosticar, pero muy difícil de tratar”, a lo cual se le podría añadir que no solamente es difícil de tratar, sino de un altísimo costo para nuestros Sistemas Nacional de Salud.

La CAC, en su reporte del año 2015⁴, nos presenta un panorama que, aunque presenta mejoría en algunos aspectos, genera gran preocupación en otros. En ese año aparecieron, gracias a la mejoría de los programas de detección activa de la HTA y/o la DM2, un total de 256 888 casos nuevos de ERC en los diferentes esta-

dios. Pero al analizar el panorama global de la ERC en Colombia, encontramos datos muy preocupantes: del total de 3 334 725 pacientes identificados con HTA, DM2 o ambas, un 24% (881 185) no presenta ningún tipo de lesión renal; el 5% (172 445) se encuentra en estadio 1, el 8% (272 222) en estadio 2, un 13% (441 160) en estadio 3, otro 2% (47 885) en estadio 4 y el 1% (28 589) en estadio 5. De estos últimos, 4560 corresponden a envejecimiento renal. Preocupan las cifras de pacientes en estadios 3, 4 y 5, quienes suman alrededor de 517 634 pacientes, los cuales, según el mismo reporte de seguimiento de la CAC, tienen una mediana de deterioro de su tasa de filtración glomerular (TFG), hasta llegar a estadio 5, de 4 años y 85 días. Pero más preocupante aún es el hecho que 1 561 269 pacientes (47%), con las patologías precursoras antes mencionadas, no han sido estudiados para ERC como exige la norma. Esta es la base del iceberg que más preocupa y tiene relación con otro dato importante, como es el ingreso a Terapia de Reemplazo Renal (TRR), del cual solo el 30% es programado, hay un 31% que es desconocido y un 39% que llegan como urgencia dialítica, elevando de manera exorbitante los costos y la mortalidad de la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT).

Cuando se analiza la situación del diagnóstico de las enfermedades precursoras, encontramos que un 45% de los pacientes con HTA, un 48% de los diabéticos y un 34% de los hipertensos diabéticos, no han sido estudiados para ER.

Concluye la CAC⁴ en su extraordinario reporte: “Ha existido una mejoría en la identificación y reporte de las enfermedades precursoras, sin embargo, la brecha entre la detección temprana, el estudio correcto y completo de la ERC y el seguimiento de esta población en **Programas de Nefroprotección** es aún muy amplia. El bajo porcentaje de inclusión en programas de Nefroprotección, está en concordancia con los desalentadores resultados de la Nefroprotección, donde se evidencia que solo hasta que la ERC progresa y esta misma exige estricto control, hay mejores resultados, caso contrario con estadios tempranos o población en riesgo, en quienes no se ejercen estas mismas estrategias de control”³. En Colombia existen excelentes programas de renoprotección, los cuales han demostrado resultados altamente satisfactorios y son muy apreciados por los pacientes; sin embargo, su número es reducido y requieren un mayor apoyo institucional.

El Gobierno Nacional, en su **Política de Atención Integral en Salud**⁵, de enero de 2016, al mencionar la Ley 1751 de 2015, en su Artículo 5, expresa que su objetivo es: “la formulación y adopción de políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de las secuelas, mediante acciones colectivas e individuales”. Más adelante, define la integralidad como “la igualdad en el trato y oportunidades en el acceso y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando las acciones de *promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación* para todas las personas”. En el Capítulo 3.1.3, se define la Gestión Integral del Riesgo en Salud como “una estrategia para anticiparse a las enfermedades, detectarlas y tratarlas precozmente, para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias”.

Este marco conceptual, nos permite elaborar un planteamiento concreto en cuanto a la **Gestión Integral del Riesgo Renal**, que inicia con la detección temprana de los principales precursores a nivel de la Atención Primaria, continúa con la capacitación de los Médicos de Atención Primaria (MAP) para el manejo adecuado de estas patologías, así como también la evaluación del compromiso renal, mediante la medida simple de la TFG y del riesgo cardiorenal global con la medición de la relación albuminuria/creatinuria ya establecida en las Guías del Ministerio de Salud. Posteriormente, y de acuerdo con Guías de Manejo que han sido elaboradas como esfuerzos individuales de grupos importantes de prevención de la ERC en Colombia pero que aún no han sido consensuadas a nivel nacional, se deben determinar las pautas de seguimiento de estos pacientes, incluyendo los exámenes de Laboratorio y los criterios de remisión a los niveles especializados de manejo.

La Prevención es cambiante y debe partir de una conjunción social de voluntades. Por eso es necesario garantizar una sinergia entre el Estado, las EPS, las IPS prestadoras de verdaderos Programas de Prevención y la comunidad, a fin de generar un compromiso que permita desarrollar un modelo que integre la educación comunitaria, el diagnóstico precoz de los factores de riesgo desde la Atención Primaria en Salud, el manejo

adecuado de estos factores y su corrección temprana, así como el diagnóstico precoz de la enfermedad a fin de evitar su carga y los altos costos derivados del cuidado terciario de las complicaciones. La contención del Alto Costo de la ERC debe hacerse desde el inicio de las precursoras o aún más tempranamente con los estilos de vida saludable y las medidas no farmacológicas que traten de evitar la rápida evolución de la historia natural de la enfermedad

Dada la magnitud del problema y el gran número de pacientes con ERC (931 427, según la CAC), los cuales aumentarán de manera proporcional a la detección activa y a la evaluación de la ERC en etapas muy tempranas de su evolución, es necesario generar otros espacios para poder asistir a los MAP en el manejo adecuado de estos pacientes. Es aquí donde experiencias mundiales como la del Centro Innovativo para el Cuidado Renal del *Minneapolis Veterans Affairs Health Care System*, en la Universidad de Minnesota⁶, demuestran que intervenciones como la Telemedicina pueden tener resultados similares a los del cuidado usual del paciente, lo cual las convierte en alternativas viables, asertivas y masivas para el abordaje y manejo de la ERC en un trabajo conjunto entre MAP, Internistas y Nefrólogos en los tres niveles de atención.

La Gestión Integral del Riesgo Renal no puede ser considerada, solamente, como una consulta de Nefrología, debe ser un programa multidisciplinario, donde se le brinde atención, de manera integral, al paciente y a su familia, con valoración de su estado clínico, de laboratorio, nutricional, revisión de sus comorbilidades que inciden sobre la progresión de la ERC, apoyo psicológico para sus problemas emocionales y la toma de decisiones finales relacionadas con la TRR y con un gran componente educativo sobre su enfermedad, sus complicaciones, la importancia de los estilos de vida saludable y la adherencia a la terapia y a los controles. Es por esto que debe ser proporcionado por un grupo especializado y no solamente por un especialista. Esta gestión también debe abarcar los programas de manejo paliativo de la ERC, de los cuales hay experiencias muy importantes y valiosas en Colombia, pues no todos los pacientes son candidatos a un programa de TRR.

Es necesario un compromiso decidido por parte de las EPS para trabajar conjuntamente con estos programas o, en algunos casos, desarrollarlos de una manera adecuada. Debe romperse el paradigma del pago inadecuado por la prevención, dado que el ahorro comparativo con los costos de la TRR puede mostrar un gran impacto en cuanto a su costo-efectividad. De parte de los nefrólogos también debe existir una mejor percepción de los Programas de Prevención y considerarlos como una deliciosa oportunidad de volver a la Medicina Interna y como una opción de trabajo tan importante como las TRR.

Si logramos cambiar la percepción de la Gestión Integral del Riesgo Renal y trabajamos conjuntamente con los Sistemas de Salud de nuestras regiones, lograremos, algún día, la mejoría de la calidad de vida de nuestros pacientes y la racionalización de los costos de la ERCT. Entonces... ¡La quimera se habrá convertido en una realidad!

Álvaro Mercado Juri
Médico Internista Nefrólogo
Director Clínico Gestión de Riesgo Renal DAVITA
Asesor Renal SAVIASALUD
mercado.alvaro@gmail.com

Referencias

1. Brenner BM, Garcia DL, Anderson S. Glomeruli and blood pressure. Less of one, more the other? Am. J. of Hypertension. 1988;1:335–47
2. Castillo L, Aroca G, Navarro E, Arango Y, Lopez A, Mejia V. Obesity Association with CRD. Clínica de la Costa. Presentado para publicación. Revista Colombiana de Nefrología. In Press
3. Nicolas Maquiavelo. Libro El Príncipe. Capitulo III. Publicado de manera póstuma en 1532
4. Cuenta de Alto Costo. Situación de la ERC, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Colombia. 2015, páginas 135 y 199. Disponible en: [https://cuentadealtocosto.org/site/images/Situaci%C3%B3n de la Enfermedad Renal Cr%C3%B3nica_en_Colombia_2015.pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/images/Situaci%C3%B3n%20de%20la%20Enfermedad%20Renal%20Cr%C3%B3nica%20en%20Colombia_2015.pdf)
5. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Política de Atención Integral en Salud: Hacia un Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud”. 2016 Enero. Pág 25 y 40. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pol%C3%ADtica%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20en%20Salud.pdf>
6. Ishani A, Christopher J, Palmer D, Otterness S, Clothier B, Nugent S, et al. Telehealth by an Interprofessional Team in Patients with CKD: A Randomized Controlled Trial. Am J Kidney Dis. En imprenta. doi: 10.1053/j.ajkd.2016.01.018.