

Desorientación intrínseca y extrínseca en la atención nefrológica

Alejandro Treviño-Becerra

Academia Nacional de Medicina, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

Resumen

En este ensayo se muestra que el desarrollo de la nefrología en los últimos lustros ha sido básicamente en la diálisis y el trasplante renal, pero es insuficiente y limitado el acceso a toda la población que los requieren, lo cual es un fenómeno universal. Además, se ha generado la fragmentación de la especialidad en otras subespecialidades. Entre otros motivos que impiden que los tomadores de decisiones se decidan por ampliar la atención nefrológica terciaria a mayor población se identifican 12 factores intrínsecos y cuatro extrínsecos, aunado a limitados recursos destinados a la investigación, por lo que se invita a que las sociedades nacionales de nefrología actúen y traten de modificar esos factores que son obstáculos para el desarrollo de la especialidad y la ampliación de la atención nefrológica.

PALABRAS CLAVE: Atención nefrológica. Protección renal. Factores extrínsecos e intrínsecos.

Intrinsic and extrinsic disorientation in nephrological care

Abstract

This essay shows that the development of nephrology in recent years has been basically in dialysis and kidney transplantation, but access to the entire population that requires it is insufficient and limited, which is a universal phenomenon. In addition, the fragmentation of the specialty into other subspecialties has been generated. Among other reasons that prevent decision makers from deciding to expand tertiary nephrology care to a larger population, 12 intrinsic factors and four extrinsic factors are identified, together with limited resources dedicated to research; therefore, national societies of nephrology are encouraged to act and try to modify those factors that are obstacles to the development of the specialty and the expansion of nephrological care.

KEYWORDS: Nephrology care. Renal protection. Intrinsic and extrinsic factors.

La nefrología es una especialidad médica, no muy antigua, cuyos orígenes se remontan a la década de 1960. Se menciona que es una rama de la medicina interna, pero considero que tiene una estructura propia que la ubica como especialidad individual, que en todo caso no será rama, sino tronco, de la medicina.

En esta especialidad hay una paradoja: se consolidó antes que otras con recursos terapéuticos como el trasplante renal, la aplicación del riñón artificial y la diálisis peritoneal. El progreso en los tratamientos substitutivos de la función renal fue espectacular,

pero se ha estancado en los últimos lustros; sin embargo, permite que millones de enfermos sobrevivan anualmente en diálisis crónica, aunque muchos otros fracasan en la lista de espera para trasplante.

También ha habido en los últimos años notables avances en los métodos diagnósticos por imagen y por histopatología de las enfermedades renales primarias y secundarias, como las nefropatías diabética e hipertensiva, que son con mucho las principales causas de enfermedad renal en diálisis crónica. Estos adelantos, sustentados a la biotecnología, la genética, la

Correspondencia:

Alejandro Treviño-Becerra

E-mail: atreve16@yahoo.com.mx

0016-3813/© 2022 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 07-10-2022

Fecha de aceptación: 10-10-2022

DOI: 10.24875/GMM.M22000687

Gac Med Mex. 2022;158:13-16

Disponible en PubMed

www.gacetamedicademexico.com

transcriptómica, la metabolómica y la proteómica, contrastan con el progreso limitado en el conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad renal progresiva.

Por otro lado, el avance de nuestra especialidad ha ocasionado su fragmentación o subespecialización: nefrología intervencionista, nefrología de terapia intensiva, nefropatólogos, trasplantólogos, etc.

Es importante desarrollar procesos educativos y de divulgación que se formulen dentro de un programa de protección renal, para cuidar y no agredir al riñón enfermo ni al paciente con una nefropatía. Según mi experiencia, los máximos enemigos del riñón enfermo son la hipertensión arterial, el nitrógeno ureico, el fósforo y el ácido úrico elevados, la hiponatremia, la deshidratación y los fármacos nefrotóxicos, que hay que evitar o contrarrestar, lo cual no es muy difícil, pues disponemos de fármacos antihipertensivos, cetoácidos de aminoácidos, quelantes del fósforo y alopurinol, aunados a la hidratación y la corrección dietética. Estas medidas nutricionales y farmacológicas otorgan protección renal para que al riñón enfermo se le cuide y contrarresten los efectos deletéreos, y así evitar o retardar tratamientos substitutivos o la muerte.

Sin embargo, mis observaciones profesionales en 50 años me han llevado a las siguientes consideraciones, que se podrían llamar «errores capitales nefrológicos intrínsecos»:

- Décadas de estudio y discusión sobre cuál es el mejor método para medir la filtración glomerular (equivalente clínico de la función renal), multitud de fórmulas y de marcadores, que quieren superar u obviar la fórmula clásica de la depuración de la creatinina endógena, argumentando que es difícil la colección de orina de 24 horas.
- Artículos, simposios y protocolos para decidir si la dieta baja en proteínas es útil para evitar la caída de la filtración glomerular, cuando en la práctica del mundo real se ha probado que 0.5 g/kg de peso corporal de proteína con un 50% de alto valor biológico e isocalórica es benéfico para el paciente en etapas 4 y 5 inicial.
- Tratar a los enfermos no con enfoque clínico o de experiencia, sino basándose en alguna de las variadas guías clínicas (K/DOQUI, KDIGO, SLANH y nacionales), que agrupan a los enfermos y pierden su individualidad, puede ser perjudicial.
- El término «diálisis» para ubicar a la diálisis peritoneal por debajo de la hemodiálisis extracorpórea y prácticamente relegar a la peritoneal al olvido en muchos centros nefrológicos y varios países, a pesar de los éxitos individuales y colectivos

en la actualidad en Taiwán, Hong Kong y en sus inicios en México, como en la década de 1990.

- Emplear esquemas rígidos de hemodiálisis de tres sesiones por semana, con 3 horas de duración, al grado de que enfermos que pueden estar bien con dos sesiones por semana tienen que recibir un tercer tratamiento para cumplir con esas rígidas recomendaciones, ignorando hacer una cinética de urea y sin importar el estado clínico o bioquímico de los enfermos.
- Nos convencieron de que era mejor el uso de eritropoyetina humana recombinante que la transfusión de sangre o de concentrado de glóbulos rojos, que no solo está más accesible, sino que es más efectiva para corregir la anemia, sobre todo en la fase inicial, y a menor costo.
- Llamar a nuevos fármacos «nefroprotectores» cuando solo son de utilidad en porcentajes reducidos de pacientes o en períodos limitados de tiempo, y por lo tanto no ofrecen una protección renal total.
- Las nuevas clasificaciones de enfermedad renal de etapa 1 a 5 eliminaron el diagnóstico de insuficiencia renal crónica, al igual que las nuevas clasificaciones de daño o lesión renal han eliminado el diagnóstico de insuficiencia renal aguda, y parece que con ello se puede evitar que haya efectivamente enfermos insuficientes renales crónicos o agudos (el efecto del aveSTRUZ).
- Al no poder mejorar la atención nefrológica a nivel masivo, se han fortalecido tres nuevas áreas de la medicina contemporánea que se aplican a un número importante de nuestros enfermos: cuidados paliativos, cuidados de la seguridad del paciente, y tanatología y eutanasia. Con ello también se desvía la atención del problema fundamental, que es la correcta terapéutica renal aplicada con recursos humanos capaces e insumos de calidad.
- Los aspectos nutricionales bien entendidos y aplicados correctamente a los pacientes con diversos grados de insuficiencia renal crónica son benéficos para aminorar o evitar síntomas de uremia, pero de ahí a pretender que la uremia sea una enfermedad de la nutrición hay un gran abismo.
- La gran gama de partícipes en el espectro de la enfermedad renal crónica y su tratamiento ha generado una serie de actores secundarios (los primarios son el enfermo y el nefrólogo), como son los laboratorios farmacéuticos, las compañías de equipos de diálisis y la cadena de proveedores de

servicios de hemodiálisis, que además propiciaron la aparición de organizaciones afines de enfermería, de dietistas y nutriólogas, y de pacientes renales, quienes han formado asociaciones, agrupaciones, fundaciones, alianzas y federaciones con objetivos muy altruistas, pero, según mi opinión, con logros por debajo de las expectativas.

- Ahora, en tiempos de pandemia de COVID-19, ha habido una creciente ola, no solo de enfermos renales con patología de COVID-19, sino también un desmedido crecimiento abrumador de actividades *online* y virtuales, casi todas de calidad, pero que analizadas en su conjunto han sido más gasto que beneficio.

Las fallas capitales intrínsecas que acompañan a los errores extrínsecos son circunstanciales, han encarecido los tratamientos y, por lo tanto, han impedido que puedan llegar a mayor población, sobre todo a los enfermos pobres de las áreas marginadas de los países ricos o de los países con menor ingreso económico, y que los tomadores de decisiones no asimilan, aunado a la ausencia de políticas públicas renales, lo cual ha servido para alejar la terapia renal de algunos núcleos poblacionales.

Mientras no haya una terapia eficaz que «cure» al enfermo renal de cualquier etiología, ni recursos económicos suficientes, el objetivo no es solo «enlentecer» la enfermedad renal y su progresión, sino tener dos grandes grupos de enfermos: el que integran los que ya están en diálisis o trasplante y los que cursan con la ahora llamada «prediálisis».

Otro gran sector externo que ha influido en la nefrología es la presencia de la industria farmacéutica, y sobre todo los fabricantes de equipos y materiales para hemodiálisis, diálisis peritoneal y terapias lentas de reemplazo renal. Estos entes, con sus campañas mercadológicas, con sus metas de ventas y con los stocks de sus mercancías, influyen día a día poderosamente en la conducta y la actuación del especialista, modificando las acciones terapéuticas, que no siempre son las más recomendadas y acertadas. En el caso de México, las compañías fabricantes de soluciones de diálisis peritoneal, para «abrir mercados internacionales» descuidaron el mercado nacional y ello generó omisiones en la atención de enfermos con diálisis peritoneal, a expensas del crecimiento de la hemodiálisis.

Otro gran componente intrínseco es el sector salud, que solo cumple con esas erogaciones anualmente y en apariencia no tiene acciones para tratar de cambiar el panorama con innovaciones y restricciones o

modelos nuevos terapéuticos, e impulsado la investigación médica, social y operativa.

Otros factores extrínsecos son la presencia de especialidades médicas que, en un comparativo de 50 años, le han ido restringiendo campo de trabajo a la nefrología. Así, tenemos que lo que ha perdido la nefrología lo han ganado otras ramas de la medicina: la hipertensión arterial, que genera un porcentaje elevado en los riñones, ahora está a cargo de los cardiólogos debido a que la preocupación más temida es justamente la cardiopatía hipertensiva; la insuficiencia renal aguda ahora se trata en las terapias intensivas de los hospitales a cargo de los médicos terapistas; el crecimiento del trasplante renal, al intervenir otros especialistas como cirujanos e inmunólogos, ha creado la subespecialización de «trasplantólogos»; y los episodios de litiasis renal de repetición cedieron paso a los urólogos. Todo ello ha reducido el espectro práctico de la atención nefrológica.

Discusión y conclusiones

Las fallas intrínsecas y extrínsecas, así como la escalada de enfermos y la fragmentación de la nefrología, el encarecimiento de los métodos diagnósticos y su periodicidad, la irreversibilidad de los tratamientos substitutivos, y lo lejanos que están el xenotrasplante y la medicina regenerativa del riñón deteriorado, con la casi imposible prevención de las enfermedades renales secundarias o bien con falsas esperanzas en la macrobiótica intestinal con el empleo de probióticos y nutraceúticos, han generado una nefrología costosa y expectante, pero circunscrita y en algunos casos elitista.

Mientras, por un lado, no haya más recursos económicos para la investigación, y por otro, una efectiva detección de nefrópatas en estadios 1 y 2, sin una efectiva terapia de protección renal en las etapas 3 y 4, seguirá la brecha de atención entre aquellos que al llegar a la etapa 5 puedan acceder a tratamientos sustitutivos de calidad y los que no puedan acceder a la atención oportuna (en muchos pacientes su terapia es limitada o de mala calidad).

Entre otras medidas, se debe replantear la atención nefrológica formando generaciones de nefrólogos con 2 años de residencia que cubran la atención del día a día para dar paso a nefrólogos «especialistas» con 1 año más de residencia que se enfoque a la administración, la investigación y la epidemiología de la población enferma renal, que en el año 2040 será la quinta causa de muerte en todo el mundo.

De ahí este ensayo, pues solo el accionar reflexivo e innovador de las sociedades nacionales de nefrología, cada una en su ámbito y bajo una óptica más utilitaria, podrá ir cambiando el panorama descrito, revertir los factores intrínsecos y coadyuvar a disminuir los procesos extrínsecos para llevar la atención a mayor población con enfermedad renal crónica avanzada, que desearíamos que se autolimite. El eje central de todas las acciones futuras correctivas debe ser el nefrólogo integral.

Financiamiento

El autor declara que no hubo financiamiento.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cardona CJG, González SAL. Nefrología social. Retos sociosanitarios de la nefrología del siglo XXI. En: Treviño Becerra A, editor. Enfermedad renal crónica y atención primaria a la salud. Integración a la nefrología. México: Alfil; 2022. p. 459-80.
2. Fioretto P, Pontremoli R. Expanding the therapy options for diabetic kidney disease. *Nat Rev Nephrol.* 2022;18:78-9.
3. González MG. Cuidados nefrológicos paliativos en la enfermedad renal crónica. En: Treviño Becerra A, editor. Enfermedad renal crónica y atención primaria a la salud. Integración a la nefrología. México: Alfil; 2022. p. 481-501.
4. Hirohama D, Susztak K. From mapping kidney function to mechanism and prediction. *Nat Rev Nephrol.* 2022;18:76-7.
5. Loftus TJ, Shickel B, Ozrazgat-Baslanlı T, Ren Y, Glicksberg BS, Cao J, et al. Artificial intelligence-enabled decision support in nephrology. *Nat Rev Nephrol.* 2022;18:452-65.
6. Meza MLM. Bioética en la enfermedad renal. En: Treviño Becerra A, editor. Enfermedad renal crónica y atención primaria a la salud. Integración a la nefrología. México: Alfil; 2022. p. 503-19.
7. Solev MJ, Jacobs CC. The COVID-19 pandemic's progress in nephrology. *Nat Rev Nephrol.* 2022;18:80-1.
8. Treviño Becerra A. La atención nefrológica en México, retos y replanteamiento. En: Seminario sobre Medicina y Salud. Ciudad de México: UNAM; 2016.
9. Treviño-Becerra A. Enfermedad renal crónica y atención primaria a la salud. Integración a la nefrología. México: Alfil; 2022. p. 521-34.