

Interrogantes en onconeurología

Questions in Onconeurology

Carlos Genaro Gutiérrez Gutiérrez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8963-2703>

Yolexis C. Carrillo García² <https://orcid.org/0009-0009-2921-6802>

¹Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

²Hospital Militar Central "Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: carlosgutierrezdoble@gmail.com

Recibido: 08/08/2024

Aceptado: 24/08/2024

En forma de interrogantes se presentarán algunas ideas en relación con la onconeurología, algo relativamente nuevo en el mundo y que se necesita desarrollar en Cuba.

¿Por qué se necesita desarrollarla?

Existe un aumento indiscutible de pacientes con cáncer y enfermedad renal, así como un aumento de la supervivencia; además de las enfermedades asociadas en una población cada vez más envejecida, con una mayor probabilidad de reacciones adversas.

A su vez, hay una mejoría de los medios diagnósticos y un mayor conocimiento de la población por su fácil acceso a las fuentes de conocimiento.⁽¹⁾

¿Es la misma situación para todos los países?

Los países pobres tienen una mayor prevalencia de diferentes enfermedades, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica (ERC), pero todo en un contexto de menos recursos, accesibilidad, equidad y educación.

¿Existen necesidades de aprendizaje en relación con la onconefrología?

Se opina que son indiscutibles en los tres niveles de la salud, pues resultan tan amplias las informaciones necesarias, que ameritan un profundo estudio de la temática.

Y, de ello, a su vez, se derivan dos nuevas interrogantes:

¿Conocemos nuestras realidades? y ¿se hacen suficientes investigaciones al respecto?

Se ha publicado un decálogo de onconefrología que está integrado por los siguientes aspectos:⁽²⁾

- Enfermedad renal aguda y crónica en el paciente con cáncer
- Nefrotoxicidad de los tratamientos oncológicos
- Manifestaciones paraneoplásicas
- Atención al paciente nefrectomizado por un cáncer renal
- Tratamiento sustitutivo renal y oncológico
- Trasplante renal en sobrevivientes de cáncer y riesgo de cáncer en pacientes con ERC en estadio 5
- Tratamiento oncológico en pacientes trasplantados renales
- Manejo del dolor en los pacientes con cáncer y enfermedad renal
- Desarrollo de guías integradas de onconefrología
- Ensayos clínicos diseñados específicamente para la onconefrología

¿Por qué, cuándo y cómo el nefrólogo debe participar en el manejo del paciente con cáncer?

Sería ir más allá y se hace con otra nueva incógnita:

¿Resulta importante la pesquisa activa tridireccional y sistemática, oncocardionefrológica?

La interrelación sistema cardiovascular-renal ha dado personalidad a un imprescindible síndrome cardiorrenal que comparten similares factores de riesgo tanto tradicionales como no tradicionales, y también mecanismos fisiopatológicos, en los que el síndrome inflamatorio crónico y el estrés oxidativo desempeñan un papel primordial. Sin embargo, también son comunes a otras enfermedades crónicas, igualmente con prevalencias crecientes como la obesidad, la diabetes mellitus y el síndrome metabólico, en una población cada vez más envejecida que suma la senescencia celular a la fisiopatología.

Todo lo anteriormente referido se comparte, de una u otra forma, con el paciente oncológico, el cual puede presentar, además, una afectación renal y cardiovascular, dadas por el cáncer o por las reacciones tóxicas del tratamiento oncológico.^(1,3,4,5,6)

Eso puede dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Existe la necesidad de desarrollar la onconefrocardiología?

Enfrentar estas problemáticas requiere todo un sistema organizativo que conlleva a varios enigmas:

- ¿Resulta importante la pesquisa activa tridireccional y sistemática, oncocardionefrología?
- ¿Resulta suficiente desarrollar una consulta de nefrología para enfrentar toda la problemática?

- ¿Resulta necesario confeccionar un decálogo de onconeurología, adaptado a las condiciones de Cuba, con un enfoque integral biopsicosocial e interrelacionado con los tres niveles de salud?
- ¿Es necesaria una integración entre los tres niveles de atención?

La respuesta a esta última pregunta resume las anteriores, porque permite desarrollar la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Se vería integralmente a las personas, en todos sus momentos evolutivos y no de una forma fraccionada, como ocurre la mayoría de las veces. El solo desarrollo de una consulta de onconeurología, aunque tenga una elevada calidad, no permite cumplir la gran mayoría de estos aspectos integrales.

Y, además, para realizar todo ello en el contexto cubano, resulta necesario confeccionar estrategias que no necesariamente coinciden con la de otros países con condiciones regionales y socioeconómicas diferentes.

Si se desarrolla la atención en los tres niveles de salud, se verá imbricado, entre muchos otros, el personal sanitario del nivel primario, los oncólogos y los nefrólogos (tanto en el nivel secundario como en el primario, es decir, como un facilitador de la nefrología), los cardiólogos, los geriatras y los internistas.

La realidad es que el paciente recibe atención independiente y no interrelacionada por diferentes especialidades. Se le diagnostica un cáncer y recibe diferentes investigaciones y un tratamiento intensivo por Oncología, pero es probable que la interconsulta con alguna otra especialidad se realice cuando surja una complicación.

Si felizmente la enfermedad oncológica se controla o cura, el paciente retorna a su vida médica anterior, por decirlo de alguna forma. Si desafortunadamente no se logra el control, el paciente va evolucionando a la etapa de tratamiento paliativo y ya no lo tratará el oncólogo. Regresa a su nivel primario y al cuerpo de guardia, lugar donde lo verán diferentes profesionales.

Muchos de los pacientes tendrán complicaciones cardiovasculares por su enfermedad y un tratamiento para esto, y otros con obstrucciones urinarias, que

plantean el dilema ético de un tratamiento dialítico o no, así como la derivación de las vías urinarias y su relación con el tratamiento sustitutivo renal, por lo que el futuro estará ligado al pronóstico del paciente.

Resulta obvio que se necesita un equipo multidisciplinario muy bien organizado para que sistemáticamente funcione de una forma orgánica. Por ello, nos preguntamos varias cuestiones:

- ¿Quién lidera el equipo multidisciplinario?
- ¿Quién controla todo el tratamiento para tratar de evitar las interacciones y dosis inadecuadas y la cascada de la prescripción?
- ¿Quién acompaña al paciente durante toda su etapa de vida y que este no perciba la "situación de discontinuación" y tenga que acudir una y otra vez a los cuerpos de guardia para recibir tratamiento paliativo con un personal sanitario cambiante y sin igual grado de compromiso y conocimientos?
- ¿No será necesario definir desde el inicio los líderes por etapas de acuerdo con la situación de cada paciente y cómo se desarrollará cada una?
- ¿Cómo se planificará el proceso de la etapa final hasta la muerte?

Hay otras interrogantes relacionadas con la evolución y el pronóstico que vale la pena formular:

- ¿Resulta prioridad para los equipos de atención la calidad de vida percibida en relación con la sobrevida?
- ¿Qué priorizan las estadísticas, calidad o sobrevida?
- ¿Qué herramientas emplear para medir la calidad de vida?
- ¿Los cálculos de los diferentes riesgos son adecuados?

Y dentro de esta pregunta se incluye:

- ¿Se define si las herramientas para calcularlo son para grupos poblacionales o individuales?
- ¿Están validados para la población en que se emplean?

La gran mayoría de los scores se basan en parámetros biológicos y no incluyen la interseccionalidad. Si se parte de que la evaluación del riesgo debe ser integral, personalizada y dinámica, ¿no será oportuno contar con una clasificación pronóstica que también incluya decisivos aspectos psicosociales?

Y al continuar con este aspecto: ¿Utilizar las clasificaciones de riesgo renal y cardiovascular en el paciente con ERC y cáncer?

Al atender a los factores que influyen tanto en las cifras de creatinina como de cistatina C:

- ¿Cómo calcular el filtrado glomerular?
- ¿Y si además se trata de una persona mayor?^(3,4,5)
- ¿Cómo se evaluará la albuminuria, al conocer que pueden existir factores sobreañadidos, tanto en su cifra como en la de creatinina urinaria para el cálculo del índice albúmina/creatinina?
- ¿Es un daño renal agudo o crónico? ¿Será confiable el período de tres meses para diferenciar el daño renal en agudo o crónico?

En relación con el diagnóstico ¿se obviarán las precisiones si se trata de un paciente onconefrocardiovascular? Para ello, se deben definir los diagnósticos exactos de cada entidad, siempre que sea posible, e incluir la biopsia renal, así como el control de todos los factores de progresión y agravamiento.

¿Resulta necesaria una metodología en el proceso de toma de decisiones en relación con la conducta?

Se deben tomar decisiones integrales y personalizadas, acorde con la región y sus condiciones. También resulta primordial el consentimiento "educado" de pacientes y familiares.

¿Qué características tiene el tratamiento del paciente con ERC y cáncer?

- Tratamiento médico, preventivo y de rehabilitación, en todo momento. Conocer que los tratamientos oncológicos pueden tener mucho beneficio, pero algunos pueden ser tóxicos, muchos son excretados por los riñones. Pueden tener una ventana terapéutica muy estrecha y sin una evidencia clara de sus beneficios o de su uso, en muchos casos. El nihilismo, también llamado "renalismo", hace que los pacientes con daño renal, no se incluyan en los ensayos clínicos y las experiencias salgan de estudios observacionales o reportes de caso
- Tratamiento renal de sustitución⁽⁷⁾
- Métodos dialíticos
- Trasplante renal. Es una decisión compleja debido a que el tratamiento oncológico tiene el mismo potencial nefrotóxico, tanto en los riñones nativos como en los injertos, así como el mantenimiento de la inmunosupresión para evitar el rechazo, también se opone a la regresión del tumor e incluso favorece la aparición de nuevas enfermedades oncológicas
- Tratamiento conservador integral
- Cuidados de soporte y tratamiento paliativo

¿Qué criterios se utilizarían para decidir cada conducta?

¿Constituye el par cáncer-trasplante renal, o viceversa, una encrucijada en la toma de decisiones?

Preservar las funciones renales *versus* tratamiento para alargar la supervivencia, *versus* controlar o curar el cáncer. De perder, temporal o definitivamente, las funciones renales a perder la vida sin el tratamiento nefrotóxico que necesita su neoplasia.

¿Existe preparación para enfrentar el duelo de estos pacientes y sus familiares?

El apoyo de los psicólogos y la preparación de todo el equipo de atención resulta crucial en este aspecto.

Los equipos médicos de atención a los pacientes oncológicos, deben prevenir, tanto las enfermedades renales como las cardiovasculares, diagnosticarlas y tratarlas precozmente, y bajo ningún concepto, considerar la complicación renal o cardiovascular como una enfermedad terminal, que limite los tratamientos.

Que prime la beneficencia y evitar la maleficencia y la distanacia (ensañamiento terapéutico), pero que esto no signifique un pesimismo que nos impulse a limitar la terapéutica y a no alargar la vida del enfermo con una calidad aceptable.⁽⁸⁾

Referencias bibliográficas

1. Gutiérrez C. Envejecimiento y enfermedades renales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022. [acceso 03/05/2024] Disponible en: <https://www.bvscuba.sld.cu/libro/envejecimiento-y-enfermedades-renales>
2. Cosmai L, Porta C, Gallieni M, Perazella M. Onco-nephrology: a decalogue. Nephrol Dial Transplant. 2016;31:515-9. DOI: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfv320>

3. Rossing P, Grupo KDIGO. Guía de práctica clínica KDIGO 2022 para el manejo de la diabetes en la enfermedad renal crónica. *Kidney International*. 2024;102(5):S1-S127. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2022.06.008>
4. Stevens P, Grupo KDIGO. Guía de práctica clínica KDIGO 2024 para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Kidney International*. 2024;105(4):S117-S314. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
5. Yarandi N, Shirali A. Onconephrology: Core Curriculum 2023. *Am J Kidney Dis*. 2023;82(6):743-61. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2023.04.014>
6. Docherty M; O'Sullivan E, Bonventre J, Ferenbach D. Cellular Senescence in the Kidney. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2019;30(5):726-36. DOI: <https://doi.org/10.1681/ASN.2018121251>
7. Lim W, Chadban S. Cancer in ESRD: Clear on the Epidemiology, Hazy on the Mechanisms. *J Am Soc Nephrol*. 2016;27:1272-5. DOI: <https://doi.org/10.1681/ASN.20150910>
8. Gutiérrez C, Torres B. La vida en ética. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2019, p 250.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.