

CUIDADO PASO A PASO – Nefritis (inflamación de los riñones)

Evaluación

- Observe:**
- ¿El paciente parece incómodo/indispuesto?
 - ¿El paciente parece enfermo?
- Escuche:**
- ¿Ha habido cambios en la micción?
 - o color de la orina?
 - o frecuencia?
 - ¿Cuánto líquido está tomando el paciente?
 - ¿Están presentes los síntomas asociados siguientes?
 - o ¿náuseas?
 - o ¿dolor de cabeza?
 - o ¿malestar general?
 - o ¿falta de aliento?
 - ¿Hay síntomas relacionados con:
 - o ¿infección del tracto urinario?
 - o ¿pielonefritis?
 - o ¿empeoramiento de ICC?
 - ¿Los síntomas limitan las AVD?
 - ¿Uso actual o reciente de medicamentos nefrotóxicos (recetados y de venta libre), otros productos?
 - o AINEs
 - o antibióticos
 - o ¿Contraste yodado u otros agentes nefrotóxicos (colorante de contraste, aminoglucósidos, IBP)?
- Reconozca:**
- Alteraciones de laboratorio (creatinina elevada, alteraciones electrolíticas)
 - Anomalías en el análisis de orina (sedimento)
 - Enfermedad pélvica o abdominal que podría estar causando síntomas.
 - ¿Historia previa de compromiso renal?
 - ¿Otros efectos adversos relacionados con el sistema inmunitario?
 - Presencia de toxicidades inmunitarias actuales o anteriores, incluida la rabdomiólisis
 - ¿Presenta el paciente signos de deshidratación?

Clasificando el grado de Toxicidad

Lesión renal aguda, creatinina elevada

Definición: Trastorno caracterizado por la pérdida aguda de la función renal y se clasifica tradicionalmente como prerrenal, renal y postrenal.

Grado 1 (Leve)

Creatinina aumentada > ULN - 1.5 X ULN

Grado 2 (Moderado)

Creatinina > 1.5–3.0 X basal; > 1.5–3.0 X ULN

Grado 3 (Severo)

Creatinina > 3.0 X basal; > 3.0–6.0 X ULN

Grado 4 (Potencialmente mortal)

Creatinina > 6.0 X ULN; consecuencias potencialmente mortales; diálisis indicada

Grado 5 (Muerte)

Manejo

Estrategia global

- Evaluar otras etiologías como deshidratación (común), infección y contraste IV reciente.
- Eliminar potenciales nefrotóxicos
- Evaluar metástasis en riñón / suprarrenal / pélvica que puedan estar contribuyendo a la disfunción renal
- Intervención temprana para mantener o mejorar la función física y el impacto en la calidad de vida

Leve elevación en la creatinina (Grado 1)

- Continúe la inmunoterapia
- Revise la medicación concomitante (prescrita y OTC). Suspenda nefrotóxicos si es posible
- Reducir la adición de nefrotóxicos como el contraste yodado iv
- Monitoree la creatinina y las proteínas en orina semanalmente
- Informe al paciente/familia de la importancia de la hidratación diaria y marque objetivos
- Revise los síntomas a vigilar con paciente y familiar y recuerde su revisión en futuras visitas

Elevación moderada en creatinina (Grado 2)

- Ipilimumab se retrasará por cualquier evento grado 2 (hasta Grado 0/1) y se suspenderá por eventos que persistan durante 6 semanas o no se pueda reducir la dosis de esteroides a <10 mg de prednisona / día
- Pembrolizumab o nivolumab se retrasarán en eventos Grado 2
- Aumente la monitorización de creatinina (es decir, cada 2-3 días hasta que mejore)
- Medicamentos inmunosupresores que se iniciarán para tratar la nefritis inmunomediada
 - o Corticosteroides sistémicos * (p. ej., prednisona) 0.5–1 mg / kg / día hasta que los síntomas mejoren y lleguen al nivel basal seguido de disminución gradual durante al menos 1 mes
 - o Aumente corticoides (es decir, trate como si tuviera nefritis de grado 3) si la creatinina no mejora en 48 a 72 horas
 - o Use medicación complementaria si se requiere
- Tras la resolución de los síntomas a la situación basal del paciente, o Grado 1, comience a disminuir la dosis de corticosteroides lentamente durante 1 mes
- **Orientación anticipatoria sobre la administración adecuada**
- Emplee sueroterapia IV para asegurar una hidratación adecuada
- Consulte con nefrología
- Evaluar la comprensión del paciente y la familia de las recomendaciones y la justificación
- Identificar barreras a la adherencia

Severo (Grado 3) or Potencialmente mortal (Grado 4)

- Pembrolizumab se suspenderá de forma permanente por nefritis G3 (grave) o G4 (potencialmente mortal)
- Nivolumab se retrasará por G3 (grave) y se suspenderá permanentemente por elevación de creatinina sérica G4 (potencialmente mortal)
- Valorar ingreso hospitalario.
- Ipilimumab se suspenderá para cualquier evento de Grado 3/4
- Medicamentos inmunosupresores que se iniciarán para tratar la nefritis inmunomediada
 - o Corticosteroides (p. ej., prednisona 1–2 mg / kg / día, en dosis divididas) hasta que los síntomas mejoren y/o vuelvan a estado basal y luego disminuyan lentamente durante al menos 1 mes
 - o Si los síntomas no mejoran en 48 a 72 horas, se considerarán medicamentos inmunosupresores adicionales (por ejemplo, azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina, infliximab, micofenolato mofetilo)
- Consulte con nefrología
- Valore la biopsia renal
- La hemodiálisis puede valorarse.

Implementación:

- Identificar individuos con disfunción renal preexistente antes de iniciar la inmunoterapia. Asegúrese de que se haya obtenido la creatinina basal
- Verifique la función renal antes de cada dosis de inmunoterapia
- Continúe evaluando los medicamentos nefrotóxicos durante el curso del tratamiento
- Controle la creatinina y las proteínas en orina con mayor frecuencia si los niveles parecen estar aumentando, y para la toxicidad de Grado 1
- Informe a los pacientes que los nuevos síntomas urinarios deben informarse de inmediato
- Informe de que las dosis de esteroides para controlar la nefritis inmunomediada son altas (hasta 1 a 2 mg / kg / día) y los pacientes recibirán corticoides durante al menos 1 mes
- Educar a los pacientes y a sus familiares sobre la justificación de la interrupción de la inmunoterapia en pacientes que desarrollan nefritis

* Administración Corticoides:

Instrucciones / calendario de reducción de esteroides como guía/recomendación

- La disminución gradual debe tener en cuenta los síntomas que presente el paciente
- Seguimiento cercano en persona o por teléfono, según la necesidad individual y la sintomatología
- Los esteroides causan indigestión; proporcionar terapia antiácida diaria como prevención de la úlcera gástrica mientras toma esteroides (por ejemplo, inhibidor de la bomba de protones o bloqueador H2 si la dosis de prednisona es > 20 mg / día)
- Revisar los efectos secundarios de los medicamentos esteroideos: cambios de humor (enojado, reactivo, hiperactivo, eufórico, maníaco), aumento del apetito, sueño interrumpido, aftas orales, retención de líquidos
- Esté atento a los síntomas recurrentes a medida que los esteroides disminuyen (es posible que sea necesario ajustar la reducción)

Esteroides a dosis altas a largo plazo:

- Considere la profilaxis antimicrobiana (sulfametoxazol / trimetoprima dosis doble L / M / V; dosis única si se usa diariamente) o alternativa si es alérgica a las sulfas (por ejemplo, pentamida inhalada)
- Valore profilaxis antiviral y antifúngica adicional
- Evite el alcohol / fármacos hepatotóxicos
- Si uso prolongado de esteroides, riesgo de osteoporosis; iniciar suplementos de calcio y vitamina D

BANDERAS ROJAS:

- **Riesgo de aparición aguda**
- **Riesgo de mortalidad si no se reconoce o el tratamiento se retrasa**
- **El riesgo de nefritis inmunomediada es mayor en pacientes que reciben regímenes combinados de inmunoterapia e inhibidores de PD-1**
- **Además de la nefritis intersticial aguda observada a partir del uso de inhibidores de PD-1, hay informes de casos de nefritis tipo lupus y nefritis intersticial aguda granulomatosa**

