



## Carta al Director

# Comentarios sobre el Documento de consenso de poliquistosis renal autosómica dominante de la SENefro

## Comments on the consensus document on autosomal dominant polycystic kidney disease of the SENefro

Sr. Director:

He leído el Documento de consenso de poliquistosis renal autosómica dominante<sup>1</sup> que ha elaborado y publicado en su página web la Sociedad Española de Nefrología y me gustaría hacer una serie de comentarios a lo expuesto en esa guía.

Se basan en la indefinición del término «rápido progresador» por parte de la EMA<sup>2</sup> para establecer unos criterios que me parecen desacertados. Consideran rápido progresador a todo aquel que inicie tratamiento renal sustitutivo antes de la media global de inicio de tratamiento renal sustitutivo en España (65 años). Si una enfermedad tiene una media de X años hasta llegar al estadio terminal, rápido progresador será todo aquel que alcance ese punto antes de esa media X y lento progresador todo aquel que dure más que la media de ese proceso. Yo creo que no se debe usar la edad media global de inicio de tratamiento renal sustitutivo como punto de referencia, pues ahí inciden otras enfermedades que se presentan en edades más avanzadas (nefropatía diabética y nefroangiosclerosis) y que por tanto suben esa edad media. También se podría decir, según la lógica que emplean los autores, que toda persona que empiece diálisis antes de la media de la esperanza de vida de la población general (80,6 años en varones y 86 en mujeres, antes de la pandemia)<sup>3</sup> es rápido progresador y entonces la mayoría de los pacientes nuestros se podrían incluir en esa definición. En la poliquistosis tipo 1 la edad media de llegada a insuficiencia renal terminal es 54 años<sup>4,5</sup> y ese debería ser, a mi entender, el horizonte para considerar rápido o lento progresador a una persona con poliquistosis.

Por otro lado, está la sugerencia de iniciar tratamiento con tolvaptan en pacientes hasta 60 años. Solo he visto un estudio<sup>6</sup> (REPRISE) que incluya pacientes >55 años. En ese estudio, en el subgrupo de pacientes >55 años la diferencia de progresión fue similar respecto al grupo placebo (caída FG: 2,54 vs.

2,34 ml/min [p=0,65]). Eran pocos pacientes pero no hay otro estudio que afirme lo contrario y por tanto no se debería iniciar ningún tratamiento en esas edades fuera de un ensayo clínico controlado.

Creo que la sociedad nos permite gestionar unos fondos públicos, limitados, con el compromiso de la máxima eficiencia. Y eso supone utilizarlos en aquellos casos en los que esos tratamientos sean realmente útiles. Si no somos capaces de autogestionarnos, acabaremos perdiendo toda capacidad de gestión.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ars E, Bernis C, Fraga C, Furlano M, Martínez V, Martins J, et al. Documento de consenso de poliquistosis renal autosómica dominante. [consultado 16 Mar 2021]. Disponible en: [https://senefro.org/contents/webstructure/APKD/Guias\\_Sociedad\\_Otsuka.V03.pdf](https://senefro.org/contents/webstructure/APKD/Guias_Sociedad_Otsuka.V03.pdf).
2. Ficha técnica Jinarc en EMA. [consultado 16 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/jinarc-epar-product-information.es.pdf>.
3. Esperanza de vida en España. [consultado 16 Mar 2021]. Disponible en: [https://www.ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout](https://www.ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout).
4. Irazabal MV, Torres VE. Poliquistosis renal autosómica dominante. Nefrología suplemento Extraordinario. 2011;2:38–51.
5. Morales García AI, Martínez Atienza M, García Valverde M, Fontes Jiménez J, Martínez Morcillo A, Esteban de la Rosa MA, et al. Panorámica de la poliquistosis renal autosómica dominante en una región del sur de España. Nefrología. 2018;38:190–6.
6. Torres VE, Chapman AB, Devuyst O, Gansevoort RT, Perrone RD, Koch G, et al. Tolvaptan in later stage autosomal dominant polycystic kidney disease. N Engl J Med. 2017;377:1930–42.

José Ignacio Minguela\*

Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao,  
Bizkaia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

[joseignacio.minguelapesquera@osakidetza.eus](mailto:joseignacio.minguelapesquera@osakidetza.eus)

0211-6995/© 2021 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).  
<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.04.017>