

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Lamas Barreiro JM, Alonso Suárez M, Saavedra Alonso JA, Gándara Martínez A. Costes y valor añadido de los conciertos de hemodiálisis y diálisis peritoneal. *Nefrología* 2011;31(6):656-63.

José I. Minguela-Pesquera,

Isabel Jimeno-Martín,

Ramón Ruiz de Gauna-López de Heredia

Servicio de Nefrología. Hospital Txagorritxu.

Vitoria-Gasteiz, Álava

Correspondencia: José I. Minguela Pesquera

Servicio de Nefrología.

Hospital Txagorritxu. José Atxotegi s/n. 01009

Vitoria-Gasteiz, Álava.

joseignacio.minguelapesquera@osakidetza.net

Costes de los conciertos de hemodiálisis y diálisis peritoneal

Nefrología 2012;32(2):249-50

doi:10.3265/Nefrología.pre2012.Jan.11342

Sr. Director:

En relación con las cartas de los Dres. Arrieta et al. y Minguela et al. referentes a nuestro artículo¹, quisiéramos, además de agradecerles su interés, críticas y aportaciones, hacer algunas puntualizaciones:

Asumimos que la hemodiálisis (HD) y la diálisis peritoneal (DP) tienen una eficacia similar basándonos en datos de la literatura, corroborados por una revisión reciente de nuestra revista². El hecho de que los pacientes en DP tengan en algunos estudios mayor supervivencia, tasas menores de hospitalización y una aparente mayor probabilidad de ser trasplantados creemos que podría ser debido, como ya han señalado otros autores, a los sesgos relacionados con las características y comorbilidad de los pacientes incluidos en las dos terapias.

Nuestro estudio destaca claramente que el coste de la DP es muy dependiente de

la prescripción, que no siempre es inferior al de HD y que la mayor eficiencia de una u otra terapia viene finalmente determinada por los costes de otros componentes del tratamiento (transporte para HD, accesos para diálisis y sus complicaciones, fármacos, urgencias, hospitalizaciones), variables en los distintos hospitales. De ahí la importancia de tener en cuenta la prescripción en DP y de ser rigurosos al estimar todos los costes en futuros estudios, que deberían contar con financiación pública y con la participación de un número representativo de Servicios, para evitar los sesgos inherentes a un «efecto centro».

Estamos de acuerdo en que deben calcularse todos los costes generados en los Servicios de Nefrología por los pacientes concertados, pero deberemos distinguir entre asistencia por cuestiones no dependientes de la técnica, comunes a ambas, y por complicaciones relacionadas directamente con la terapia.

No disponíamos del porcentaje de pacientes en HD concertada con más de 3 sesiones semanales. Los datos de la S.E.N. mencionados se basan en el registro sobre HD diaria³, que incluía sólo al 70% de los pacientes prevalentes en HD⁴, de los cuales el 3,5% hacía 3,5 o 4 sesiones semanales y sólo el 1,5%, 5 o más sesiones. Si extrapolásemos estos datos a nuestro estudio, no se modificarían significativamente los resultados. Con relación a las membranas de alta permeabilidad y a las técnicas especiales, no influyen en el coste del concierto de HD en nuestra región porque no se contempla sobrepeso por su uso, utilizándose éstas a criterio y por cuenta del proveedor.

Asimismo, estamos de acuerdo en que deberíamos haber tenido en cuenta el impuesto sobre el valor añadido (IVA) al calcular la diferencia entre los costes del concierto de DP y del fungible. Pero si lo consideramos un reintegro a través de Hacienda, también deberemos contabilizar el IVA abonado en los conciertos de HD por la adquisición de los monitores, materiales y otros servicios, y el impuesto sobre la renta de las perso-

nas físicas de los participantes en ambos conciertos. Respecto al personal contratado por las empresas proveedoras de DP, es homologable al de las que suministran el material de diálisis a los centros concertados de HD, ya asumidos en el concierto.

Para finalizar, pensamos también que la DP está infrautilizada, pero no parece que el económico sea el mejor argumento para aumentar su implantación por las discrepancias existentes, manifestadas en nuestro artículo. Consideramos más bien que debe garantizarse la equidad en el acceso a todas las modalidades de diálisis en todos los Servicios de Nefrología y que la elección de técnica debe estar centrada en las circunstancias del paciente, que debería elegir su opción libremente tras una adecuada información.

Confiamos en que futuros estudios, multicéntricos, realizados con financiación pública y que tengan en cuenta todas las aportaciones realizadas, contribuyan a clarificar las cuestiones planteadas.

Conflictos de interés

Los autores declaran conflictos de interés potenciales:

- Becas: Los autores reciben financiación para distintos trabajos de investigación del Instituto Reina Sofía de Investigación. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo.
- Bolsas de viaje o financiación para viajar: Los autores reciben financiación para distintas actividades de formación continuada de las casas comerciales: Baxter, Fresenius, Hospal y Gambro.

1. Lamas J, Alonso M, Saavedra J, Gándara A. Costes y valor añadido de los conciertos de hemodiálisis y diálisis peritoneal. *Nefrología* 2011;31(6):656-63.
2. Remón-Rodríguez C, Quirós Ganga PL. La evidencia actual demuestra una equivalencia de resultados entre las técnicas de diálisis. *Nefrología* 2011;31(5):520-7.

3. Registro español de hemodiálisis diaria. Informe del año 2009. Available at: <http://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=634>.
4. Registro español de diálisis y trasplante. Informe del año 2009. Available at: <http://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=128>.

José M. Lamas-Barreiro,
Mario Alonso-Suárez,
Jesús Á. Saavedra-Alonso,
Argimiro Gándara-Martínez

Servicio de Nefrología.
Hospital Universitario de Vigo. Vigo,
Pontevedra.

Correspondencia: José M. Lamas Barreiro
Servicio de Nefrología.
Hospital Universitario de Vigo.
Alto de Puxeiros s/n. 36200 Vigo, Pontevedra.
jose.maria.lamas.barreiro@sergas.es

Paricalcitol en la enfermedad renal crónica en etapas anteriores a la diálisis

Nefrología 2012;32(2):250-1

doi:10.3265/Nefrologia.pre2011.Dec.11312

Sr. Director:

Hemos leído con interés el reciente artículo publicado en su revista por los Dres. Hervás Sánchez et al. sobre la efectividad del tratamiento con paricalcitol en pacientes con enfermedad renal crónica en etapas anteriores a la diálisis¹, y nos gustaría tener la oportunidad de comentar algunos aspectos.

En este estudio se describen correctamente los resultados obtenidos en el control del hiperparatiroidismo y el cumplimiento de los objetivos para calcio, fósforo y paratohormona (PTH) de acuerdo con las recomendaciones de las guías de la S.E.N. y K/DOQI². El estudio se ha realizado en condiciones de práctica clínica habitual mediante un análisis retrospectivo de 92 pacientes en estadios 3 y 4 de la insuficiencia renal crónica, concluyendo que el tratamiento con pari-

calcitol presenta una buena efectividad para la consecución de estos objetivos.

Sin embargo, en el análisis de los datos se incluye una información a la que los autores no dedican ninguna atención ni comentario. Los niveles de 25(OH) vitamina D de su población, como ocurre habitualmente en todos las series³, es francamente deficitaria. Sus niveles medios son de $16,2 \pm 8$ ng/ml y el 75% presentan niveles inferiores a 21 ng/ml.

En este sentido, nos gustaría recordar que tanto las guías K/DOQI como las S.E.N. 2011 recomiendan iniciar tratamiento mediante vitamina D nativa si los valores plasmáticos de 25(OH)-D son inferiores a 30 ng/ml, y sólo indican el tratamiento con vitamina D activa en el caso de que los valores de PTH superen los objetivos establecidos una vez se ha conseguido normalizar los valores de 25(OH)-D.

Este aspecto es relevante por dos motivos:

1. Desde el punto de vista clínico, es importante disponer de unos niveles plasmáticos adecuados de 25(OH)-D, con lo que, entre otros muchos efectos que no procede comentar en esta corta discusión, conseguiremos un mejor control del hiperparatiroidismo, también en estadio 5 de la insuficiencia renal crónica⁴, pero muy especialmente en estadios más precoces, como es el caso que nos ocupa. Esto no significa que paricalcitol no pueda tener sus indicaciones en el tratamiento de las alteraciones del metabolismo óseo-mineral, pero no como primera opción.
2. Las repercusiones económicas de esta decisión son considerables. El coste aproximado del tratamiento con vitamina D nativa es de unos 20-30 euros por paciente y año, mientras que la utilización de paricalcitol puede sobrepasar los 1700 euros anuales. Por cierto, dentro de las opciones de acti-

vadores del receptor de la vitamina D, existen formas mucho más económicas que se han mostrado igualmente eficaces⁵. Esta reflexión tiene especial sentido en la situación actual, en la que la sostenibilidad del sistema sanitario es preocupante y ha dado lugar a múltiples comentarios editoriales tanto a nivel nacional como internacional⁵.

Por descontado, lo más importante es pensar en el beneficio del paciente; para ello, insistimos, nos remitimos a las recomendaciones de las guías.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Hervás Sánchez JG, Prados Garrido MD, Polo Moyano A, Cerezo Morales S. Efectividad del tratamiento con paricalcitol por vía oral en pacientes con enfermedad renal crónica en etapas anteriores a la diálisis. Nefrología 2011;31(6):697-706.
2. Torregrosa JV, Cannata J, Bover J. Recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología para el manejo de las alteraciones del metabolismo óseo-mineral en los pacientes con enfermedad renal crónica. Nefrología 2011;31 Supl 1:3-32.
3. Hansen D, Rasmussen K, Danielsen H, Meyer-Hofmann H, Bacevicius E, Lauridsen TG, et al. No difference between alfacalcidol and paricalcitol in the treatment of secondary hyperparathyroidism in hemodialysis patients: a randomized crossover trial. Kidney Int 2011;80(8):841-50.
4. Jean G, Souberbielle JC, Chazot C. Monthly cholecalciferol administration in haemodialysis patients: a simple and efficient strategy for vitamin D supplementation. Nephrol Dial Transplant 2009;24:3799-805.
5. Fuchs VR, Milstein A. The \$640 billion question—why does cost-effective care diffuse so slowly? N Engl J Med 2011;364(21):1985-7.