

A) COMENTARIOS A ARTÍCULOS PUBLICADOS

Comentario a ¿Son inalcanzables o inadecuados los objetivos de las guías K/DOQI en las alteraciones del metabolismo mineral en pacientes con enfermedad renal crónica 3-5?

Nefrología 2013;33(3):424

doi:10.3265/Nefrología.pre2013.Apr.11941

Sr. Director:

He leído con mucha atención e interés el editorial de la Dra. Elvira Fernández¹ sobre si son inalcanzables o inadecuados los objetivos de las guías K/DOQI en las alteraciones del metabolismo mineral en pacientes con enfermedad renal crónica estadios 3-5. La Dra. Fernández concluye que los valores recomendados son adecuados, pero inalcanzables en el momento en que se realizó el estudio OSERCE I, debido a que no se contaba con drogas como el paricalcitol oral, el carbonato de sevelamer o el carbonato de lantano para uso en prediálisis.

Sin embargo, creo que la evidencia sobre lo adecuado de esos valores de parámetros de metabolismo mineral no está claramente definida por ningún estudio prospectivo tal cual lo evidencian las guías KDIGO: ni los valores de hormona paratiroidea en estadios 3 y 4 están claros, ni si debemos o no mantener valores de $25\text{ OH D} > 30\text{ ng/ml}$ o si debemos usar quelantes no cálcicos en prediálisis. Muy perturbador es el estudio de Block GA et al.² sobre los efectos de los quelantes de fósforo en insuficiencia renal moderada usando quelantes cálcicos y no cálcicos, dada la asociación de altos niveles de fósforo y mortalidad. La conclusión de ese estudio fue que los quelantes de fósforo bajaban significativamente el fósforo sé-

rico y urinario y atenuaban la progresión del hiperparatiroidismo secundario entre pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) moderada con niveles normales o casi normales de fósforo, pero que sin embargo promovían la progresión de las calcificaciones vasculares cuestionando la eficacia y seguridad de los quelantes de fósforo en IRC 3-4. Necesitamos de estudios prospectivos amplios y bien diseñados usando *end-points* duros, como mortalidad total y cardiovascular, para evaluar qué valores de metabolismo mineral son los adecuados y mediante qué intervenciones conseguirlos de forma segura.

Conflictos de interés

El autor declara conflictos de interés potenciales.

Honorarios por ponencias: Abbot; Sanofi.

Pertenencia a Consejos: Consejo de Metabolismo Mineral de la Asociación Nefrológica de Buenos Aires.

1. Fernández E. ¿Son inalcanzables o inadecuados los objetivos de las guías K/DOQI en las alteraciones del metabolismo mineral en pacientes con enfermedad renal crónica 3-5? Nefrología 2013;33(1):1-6.
2. Block GA, Wheeler DC, Persky MS, Kestenbaum B, Ketteler M, Spiegel DM, et al. Effects of phosphate binders in moderate CKD. J Am Soc Nephrol 2012;23(8):1407-15.

Armando L. Negri

Servicio de Nefrología.
Instituto de Investigaciones Metabólicas.
Universidad del Salvador. Buenos Aires
(Argentina).

Correspondencia: Armando L. Negri

Servicio de Nefrología.
Instituto de Investigaciones Metabólicas.
Universidad del Salvador.
Libertad 836, piso 1, Buenos Aires, Argentina.
negri@casasco.com.ar
armando.negri@gmail.com

Respuesta al Comentario sobre ¿Son inalcanzables o inadecuados los objetivos de las guías K/DOQI en las alteraciones del metabolismo mineral en pacientes con enfermedad renal crónica 3-5?

Nefrología 2013;33(3):424-5

doi:10.3265/Nefrología.pre2013.May.12102

Sr. Director:

Agradezco el interés del Dr. Armando Negri, por su Comentario sobre el editorial «¿Son inalcanzables o inadecuados los objetivos de las guías K/DOQI en las alteraciones del metabolismo mineral en pacientes con enfermedad renal crónica 3-5?»¹, escrito con el objetivo de poner en contexto el original publicado en el mismo número sobre la adecuación a las guías K/DOQI de pacientes en estadios 3 a 5 de enfermedad renal crónica (OSERCE II)².

El Dr. Negri muestra su desacuerdo con el calificativo «adecuado» que apliqué a los valores recomendados en las guías K/DOQI, debido a la falta de evidencia en estudios prospectivos. Justifico la utilización del término por dos motivos: 1) la credibilidad que merecen unas guías en las que se ha revisado la literatura de manera exhaustiva para determinar la mejor evidencia disponible por expertos de reconocido prestigio, y 2) el adjetivo «adecuado» no es equivalente a «idóneo». Entiendo que cuando se aplica en medicina, matiza, dando a entender que algo no es perfecto, aunque sí «razonable» o «aconsejable».

Sin embargo, la preocupación del Dr. Negri me ha obligado a reflexionar sobre el término y coincido en su apreciación. No se puede aplicar el término «adecuado» a unos objetivos que son inalcanzables. El acrónimo S.M.A.R.T. se usa como recur-

so nemotécnico para recordar qué características deben reunir los objetivos (*specific, measurable, achievable, result-oriented*).

El Dr. Negri resume que atribuyo el hecho de que sean inalcanzables a que no contábamos con drogas como el paricalcitol oral, el carbonato de sevelamer y el carbonato de lantano para su uso en prediálisis. Se trata de una simplificación de las razones que expongo, que son varias, aunque esta la sigo considerando de suma importancia (es una opinión).

Coincido con el Dr. Negri en que el estudio de Block et al.³ es perturbador. Las críticas metodológicas a este son obvias y numerosas⁴. No es este el foro para su análisis detallado. Sin embargo, mi apreciación es que está teniendo una repercusión sobredimensionada por el hecho de estar publicado en una de las revistas de más

prestigio de nuestra especialidad y de estar firmado por autores de gran trayectoria científica. Debemos esperar a evidencias más sólidas, sin dejar de tener en cuenta la mejor evidencia disponible.

Conflictos de interés

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

1. Fernández E. ¿Son inalcanzables o inadecuados los objetivos de las guías K/DOQI en las alteraciones del metabolismo mineral en pacientes con enfermedad renal crónica 3-5? *Nefrología* 2013;33(1):1-6
2. Górriz JL, Molina P, Bover J, Barril G, Martín de Francisco AL, Caravaca F, et al., en nombre de los investigadores del estudio OSERCE. Características del metabolismo óseo y mineral en pacientes con

enfermedad renal crónica en estadios 3-5 no en diálisis: resultados del estudio OSERCE. *Nefrología* 2013;33(1):46-60.

3. Block GA, Wheeler DC, Persky MS, Kestenbaum B, Ketteler M, Spiegel DM, et al. Effects of phosphate binders in moderate CKD. *J Am Soc Nephrol* 2012;23(8):1407-15.
4. Druke TB, Massy ZA. Phosphate binders in CKD: bad news or good news? *J Am Soc Nephrol* 2012;23:1273-82.

Elvira Fernández-Giráldez

Servicio de Nefrología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Universitat de Lleida. Institut de Recerca Biomèdica de Lleida. Lleida

Correspondencia:

Elvira Fernández Giráldez

Servicio de Nefrología.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

Universitat de Lleida.

Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, Lleida
edfernandez.lleida.ics@gencat.cat

B) COMUNICACIONES BREVES DE INVESTIGACIÓN O EXPERIENCIAS CLÍNICAS

El tratamiento con acetato de megestrol aumenta la masa muscular en el enfermo urémico

Nefrología 2013;33(3):425-6

doi:10.3265/Nefrología.pre2013.Feb.11819

Sr. Director:

El acetato de megestrol es un estimulante del apetito utilizado en el tratamiento de la anorexia del enfermo urémico. Empleado en dosis adecuadas, consigue un aumento del peso y la mejoría de otros parámetros nutricionales sin efectos secundarios relevantes¹.

El compartimento corporal responsable del aumento de peso inducido por el acetato de megestrol es motivo de controversia. Muy pocos estudios han analizado este aspecto y los resultados son contradictorios. Mientras que en el trabajo de Golebiewska et al. se observó una tendencia a la retención hidrosali-

na², otros autores observaron un aumento de la masa grasa^{3,4} y un incremento de la masa libre de grasa⁵.

Hemos tenido la oportunidad de analizar la composición corporal con técnicas de bioimpedancia eléctrica en 9 enfermos que experimentaron un aumento relevante de peso tras el tratamiento con acetato de megestrol.

Se trata de 4 varones y 5 mujeres, con edad comprendida entre 40 y 80 años. Ninguno de ellos tenía función renal residual y estaban tratados con tres sesiones semanales de hemodiálisis. Todos ellos recibieron una dosis diaria de 160 mg de acetato de megestrol.

El análisis con bioimpedancia eléctrica basal fue realizado inmediatamente antes del comienzo del tratamiento con acetato de megestrol y se repitió antes de la retirada del tratamiento cuando se consideró que los enfermos habían superado la situación de malnutrición y experimentado un incremento relevante

de peso. Se empleó un modelo de bioimpedancia de monofrecuencia con la técnica tetrapolar habitual (EFG ElectroFluidGraph analyzer, Akern SRL, Florencia, Italia). Los estudios de bioimpedancia fueron realizados después de la sesión de hemodiálisis tras un período de cinco minutos de reposo en decúbito supino, utilizando una corriente de 300 μ A a 50 kHz.

La duración del tratamiento con acetato de megestrol osciló entre 2 y 12 meses (6,5 \pm 3,8, media \pm desviación estándar). La dosis de diálisis recibida no se modificó durante este período de tiempo (Kt/V monocompartmental de Daugirdas: basal 1,48; final 1,50). Tras el tratamiento, los enfermos experimentaron un incremento de peso que oscilaba entre 2 y 9 kg, asociado a un aumento de la tasa de catabolismo proteico (1,25 frente a 0,97 g/kg/día, $p < 0,05$), de la concentración de albúmina (3,9 frente a 3,50 g/dl, $p < 0,05$), de la creatinina sérica (10,1 frente a 8,34 mg/dl, $p < 0,05$), y de la urea (198 frente a 175 mg/dl, p