

- hemodialysis and peritoneal dialysis. *Kidney Res Clin Pract* [Internet]. 2016;35:107 [consultado 16 Jun 2023]; Disponible en: [/pmc/articles/PMC4919557/](https://pmc/articles/PMC4919557/).
7. Molina P, Ojeda R, Blanco A, Alcalde G, Prieto-Velasco M, Aresté N, et al. Etiopatogenia del prurito asociado a la enfermedad renal crónica: recomponiendo las piezas del puzle. *Nefrología* [Internet]. 2023;43:48-62 [consultado 16 Jun 2023]; Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-etiotopogenia-del-prurito-asociado-enfermedad-articulo-S0211699522001163>
 8. Fishbane S, Jamal A, Munera C, Wen W, Menzaghi F. A Phase 3 Trial of Difelikefalin in Hemodialysis Patients with Pruritus. *N Engl J Med* [Internet]. 2020;382:222-32 [consultado 16 Jun 2023]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31702883/>
 9. Suárez MA, García-Cabrera E, Gascón A, López F, Torregrosa E, García GE, et al. Justificación y diseño de DiPPI: un ensayo controlado aleatorizado para evaluar la seguridad y la efectividad de la hemodiálisis progresiva en pacientes incidentes. *Nefrología*. 2018;38:630-8.
 10. Rocco M, Daugirdas JT, Depner TA, Inrig J, Mehrotra R, Rocco MV, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Hemodialysis Adequacy: 2015 Update. *American Journal of Kidney Diseases* [Internet]. 2015;66:884-930 [consultado 8 Feb 2021]; Disponible en: <http://www.ajkd.org/article/S0272638615010197/fulltext>
 11. Buades JM, Figueras-Nart I, Goicoechea M, Sánchez Villanueva RJ, Serra-Baldrich E. Documento de información y consenso para el manejo diagnóstico y terapéutico del prurito asociado a la enfermedad renal crónica en pacientes en hemodiálisis en España. *Nefrología* [Internet]. 2023 [consultado 16 Jun 2023]; Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-documento-informacion-consenso-el-manejo-avance-S021169952300067X>
 12. Caton E, Sharma S, Vilar E, Farrington K. Impact of incremental initiation of haemodialysis on mortality: a systematic review and meta-analysis. *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. 2023 Feb 1;38:435-46 [consultado 16 Jun 2023]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36130107/>
- José C. de la Flor^{a,*}, Leonidas Cruzado^b, Javier Deira^c, Francisco Valga^d, Beatriz Sualdea^a, Rocío Zamora^e y Miguel Rodeles^a
- ^a Servicio de Nefrología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España
^b Servicio de Nefrología, Hospital General de Elche, Alicante, España
^c Servicio de Nefrología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España
^d Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canarias, España
^e Servicio de Nefrología, Hospital Universitario General Villalba, Madrid, España
- * Autor para correspondencia.
 Correos electrónicos: josedelaflor81@yahoo.com, jflomer@mde.es (J.C. de la Flor).
- 0211-6995/© 2023 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.2023.07.001>

Tratamientos y dietas asociadas a la hipertensión arterial resistente y su influencia en la eficacia de la espironolactona



Treatments and diets associated with resistant arterial hypertension and their influence on the efficacy of spironolactone

Sr. Director,

El artículo publicado por Galceran et al. titulado: «Evolución de la lesión orgánica mediada por hipertensión en pacientes con hipertensión arterial resistente tras añadir espironolactona»¹ aporta un avance en el conocimiento en el tratamiento de la hipertensión arterial resistente (HTAR) debido a que encuentra a la espironolactona como un tratamiento eficaz. Sin embargo, destacamos algunas observaciones en el estudio.

En la sección de «Materiales y métodos» no se especifica si los participantes incluidos en el estudio recibieron algún tratamiento adicional por alguna comorbilidad o por la misma enfermedad hipertensiva. Se conoce que para el manejo de HTAR la combinación de inhibidores de la enzima conver-

tidora de angiotensina como enalapril, antagonista de calcio como nifedipino y diurético tiazídico como clortalidona disminuyen la presión arterial^{2,3}. Sumado a esto, se sabe que los pacientes con hipertensión reciben dietas bajas en sal y se les prohíbe cualquier tipo de bebida alcohólica, basados en el conocimiento que el consumo de sal (mayor o igual a 10 g por día) o la ingesta excesiva de alcohol (mayor a 60 g por día)^{4,5} aumentan la presión arterial. Basado en este punto, no se hace un análisis de estos factores en los participantes, factores que debieron de ser controlados ya sea en el diseño o en el análisis estadístico para evaluar la eficacia de la espironolactona. Por otro lado, en la sección estadística los autores mencionan que las variables edad, sexo, índice de masa corporal, diabetes mellitus 2 y filtrado glomerular fueron ajustadas en una regresión

multivariada; no obstante, no se especifica con qué modelo de regresión se ajustaron estas variables y tampoco se muestra esta información en la sección de resultados.

Finalmente, a pesar de las observaciones realizadas, recalcamos la notable contribución de esta investigación a la HTAR, esperando que otros autores continúen con más evidencia científica en esta línea de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Galceran I, Vázquez S, Crespo M, Pascual J, Oliveras A. Evolución de la lesión orgánica mediada por hipertensión en pacientes con hipertensión arterial resistente tras añadir espironolactona. *Nefrología*. 2023;43:269-382, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2021.12.004>.
- 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:160e1-78, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reeesp.2018.12.005>.
- Moya L, Moreno J, Lombo M, Guerrero C, Aristizábal D, Vera A, et al. Consenso de expertos sobre el manejo clínico de la hipertensión arterial en Colombia. *Rev Colomb Cardiol*. 2018;25:4-26, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2018.09.002>.
- Navas Santos L, Nolasco Monterroso C, Carmona Moriel C, López Zamorano MD, Santamaría Olmo R, Crespo Montero R. Relación entre la ingesta de sal y la presión arterial en

- pacientes hipertensos. *Enferm Nefrol*. 2016;19:20-8 [consultado 15 Jun 2023]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S2254-28842016000100003&lng=es>
- Armario P, Castellanos P, Hernández del Rey R. Hipertensión arterial refractaria. *Nefrología*. 2008;1:23-32 [consultado 15 Jun 2023]. Disponible en: <https://revistanefrologia.com/es-hipertension-arterial-refractaria-articulo-X1888970008000208>

Nicolle Fabiola Quiñonez Quiñones*,
Joel Antonio Santiago Ferrer
y Cesar Abel Burga Cisterna

Facultad de Ciencias de la Salud Lima, Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: nicollerubi@hotmail.com
(N.F. Quiñonez Quiñones).

0211-6995/© 2023 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>).
<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2023.08.003>

Vía de administración inusual de ciclosilicato de sodio y zirconio a través de sonda nasogástrica. A propósito de un caso

Unconventional route of administration of sodium zirconium cyclosilicate via nasogastric tube: A case report



Sr. Director,

La hiperpotasemia es un trastorno electrolítico frecuente en la enfermedad renal crónica (ERC), entraña riesgo a nivel cardiovascular y puede tener graves consecuencias si no se consigue un control adecuado.

El uso de terapias habituales y resinas osmóticas (poliestirensulfonato cálcico y sódico) tiene una eficacia incierta en el tratamiento crónico¹. En los últimos años se dispone además de nuevas herramientas: patiromero y ciclosilicato de zirconio. Este último, al compararlo con placebo, ha demostrado una reducción significativa y mantenida de niveles de potasio en 48 h en pacientes con ERC estadio 3-4².

A continuación presentamos el caso del uso de ciclosilicato de zirconio a través de una vía de administración infrecuente y con buenos resultados.

Mujer de 45 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, insuficiencia aórtica y ERC de origen intersticial que precisó nefrectomía a los 18 años por pielonefritis crónica.

Trasplante renal de donante vivo (hermana) con función renal basal FG 22 ml/min.

Es llevada a urgencias por un cuadro de desconexión del medio de forma brusca y fiebre. En los días previos hubo escasa ingesta, disuria y dolor torácico de tipo mecánico.

Pruebas complementarias: urocultivo negativo, función cardiaca normal y analíticamente creatinina plasmática (Crp) 3,2 mg/dl y K 4,2 mEq/l. Se descartó intoxicación por benzodiazepinas. Se realizó punción lumbar con PCR positiva para VHS. TAC craneal con datos de meningoencefalitis herpética derecha y múltiples focos de necrosis hemorrágica intraparenquimatosos con efecto masa.

El estado neurológico de la paciente se deteriora, precisando ingreso en la UCI. Durante su estancia en la UCI presenta empeoramiento de la función renal con Crp pico de hasta 4 mg/dl e hiperpotasemia de 7 mEq/l secundaria a liberación tisular y en el contexto de ERC reagudizada (tabla 1). Se iniciaron medidas con gluconato cálcico i.v., poliestirensulfonato cálcico (PSC) en enemas y por sonda nasogástrica (SNG),