

A) COMENTARIOS A ARTÍCULOS PUBLICADOS

Comentarios a la propuesta de indicadores del grupo de gestión de calidad de la SEN

Nefrología 2008; 28 (1) 108

Sr. Director: Desde el máximo respeto por el trabajo realizado por el Grupo de Gestión de Calidad de la SEN¹, quisiéramos hacer algunos comentarios en base a otra lectura de la información científica disponible y aportada en el artículo, así como por nuestra experiencia en el manejo de alguno de estos indicadores de calidad, que desde el mes de junio de 2005 medimos en nuestra Sección.

1. Indicadores de anemia. En nuestra experiencia no es posible lograr un 90% de pacientes con Hb > 11 si no es a expensas de un aumento importante (entre el 15 y el 20%, mínimo) del porcentaje de pacientes que sobrepasen una Hb de 13 g/dl, valor que recogen las guías KDOQI (2007)² como límite que no se debe superar, o Hb > 12 g/dl en pacientes con patología cardiovascular subyacente, como nos ponen de manifiesto las guías Europeas del tratamiento de la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica (EBPG)³.

Además el intento continuado de la búsqueda de ese objetivo incrementa el riesgo de una mayor variabilidad de la hemoglobina.

Consideramos que ese estándar debe ser reevaluado y tal vez establecer un porcentaje inferior, alrededor del 80%, además de considerar el porcentaje de pacientes que no debería sobrepasar una Hb de 13 g/dl.

2. Indicadores de riesgo cardiovascular. La guía KDOQI de osteodistrofia⁴ recomienda la evaluación mensual del calcio, fósforo y trimestral de la PTH.

Con la introducción de los nuevos quelantes y agentes calcimiméticos, lograr un buen control del calcio, fósforo y producto calcio-fósforo, así como mejorar los porcentajes del indicador,

es posible, como pone de manifiesto el trabajo de Arenas y cols.⁵.

No ocurre lo mismo cuando se intenta un adecuado control de las cifras de PTH para mantenerla dentro del rango de 150-300 pg/ml.

Consideramos que no se deben separar las determinaciones del indicador de fósforo y de PTH, ambos relacionados y responsables de la toma de decisiones terapéuticas importantes, y que se deberían evaluar trimestralmente ambos.

3. Indicadores de riesgo cardiovascular NO prioritarios. Tanto la guía de la SEN⁶ como la KDOQI de riesgo cardiovascular⁷ nos recomiendan que los pacientes en hemodiálisis tengan unas cifras tensionales pre-diálisis < 140/90 y < 130/80 mmHg post-diálisis.

Las cifras de presión arterial y la presión del pulso se deben evaluar en los pacientes en hemodiálisis por ser predictores de morbi-mortalidad cardiovascular^{6,7}. Creemos que sí está indicado incluir el adecuado control de las cifras tensionales y/o la presión del pulso dentro de los *indicadores prioritarios* de riesgo cardiovascular, algo que además incide en la prolongación de los esfuerzos que realizamos durante todo el periodo pre-diálisis, y que tantos beneficios nos reporta.

Las guías, los indicadores y los estándares, son instrumentos que la evidencia científica pone en manos de los profesionales para la mejora de la asistencia sanitaria que prestamos. La individualización del paciente y el sentido común aseguran la calidad de la misma.

1. K.López Revuelta, G. Barril, C. Caramelo, R. Delgado, F. García López, J. García Valdecasas, E. Gruss, P. Jiménez Almonacid, A. Martínez Castela, J. Luis Miguel, A. Ortiz, M^a D. del Pino, J.M^a Portolés, C. Prados, P. Sanz, A. Tato, F. Álvarez Ude, M. Angoso, J. Aranz, M.D. Arenas y S. Lorenzo. Desarrollo de un sistema de monitorización clínica para hemodiálisis: propuesta de indicadores del Grupo de Gestión de Calidad de la SEN. *Nefrología* 27 (5) 542-559, 2007.

2. KDOQI Clinical Practice Guideline and Clinical Practice Recommendations for Anaemia in Chronic Disease: 2007 Update of hemoglobin Target. *Am J Kidney Dis* 50 (3). 468-471, 2007.

3. Revised European Best Practice Guidelines For The Management of Anaemia in Patients With Chronic Renal Failure. *Nephrol Dial Transplant* 19 Supplement 2. May 2004.
4. DOQI Clinical Practice Guidelines for Bone Metabolism and Disease for Bone Metabolism and Disease in Chronic Kidney Disease. *Am J Kidney Dis* 42 (4) Supl. 3, 2003.
5. Arenas MD, Álvarez Ude F, Gil MT, Mole-dous A, Malek T, Núñez C, Devesa R, Carrretón MA, Soriano A. Implementation of «KDOQI clinical practice guidelines for bone metabolism and disease in chronic kidney disease» after the introduction of cinacalcet in a population of patients on chronic haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* 22: 1639-44, 2007.
6. Goicoechea MA. Guías de la SEN. Riñón y Enfermedad Cardiovascular. *Nefrología* 24 (6) 161-163, 2004.
7. KDOQI Clinical Practice Guidelines for Cardiovascular Disease in Dialysis Patients. *Am J Kidney Dis* 45 (4), Supl. 3. 2005.

C. del Pozo, R. López-Menchero, L. Sánchez y M.^a D. Albero
Sección Nefrología. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy.

Correspondencia: Carlos del Pozo Fernández. delpozo_car@gva.es. Hospital Virgen de los Lirios. Polígono de Caramanxel, s/n. 03804 Alicante.

Respuesta a carta sobre indicadores de calidad

Nefrología 2008; 28 (1) 108-109

Sr. Director: En respuesta a la carta remitida por el Dr. del Pozo y cols., el Grupo de Gestión de Calidad de la SEN desea expresar su agradecimiento hacia este tipo de iniciativas, toda vez que una de las características fundamentales de los sistemas de calidad en general y de los indicadores y estándares definidos en particular, es estar en continua revisión y cambio. Es precisamente por ello que se está llevando a cabo un estudio multicéntrico de validación de los indicadores de calidad propuestos, que pretende analizar su aplicabilidad y conocer cuales son los estándares reales en nuestro medio.

Este estudio, ya iniciado, permanece abierto a la incorporación de todos aquellos centros que estén interesados. De hecho uno de sus objetivos a medio plazo es disponer de un registro que sea representativo de cuales son los estándares actuales de calidad en España. En estos momentos disponemos de módulos de medición de indicadores, desarrollados por los principales programas informáticos utilizados en hemodiálisis, como Nefrosoft® (Visual-limes) y Renalsoft® (Baxter), y otros que están en vías de desarrollo, como Nefrolink®, lo cual facilita la puesta en común de los resultados.

Respecto a los comentarios realizados por el grupo de Alcoy, coincidimos con ellos en todos los puntos que proponen. Nuestra intención es ir modificando tanto los indicadores como los estándares, así como los periodos de monitorización, para ajustarlos a nuestra práctica diaria. Es cierto que algunos estándares definidos probablemente sean demasiado ambiciosos: esperamos que el estudio multicéntrico los ajuste adecuadamente a nuestra realidad. A título de orientación, la media obtenida en el estudio multicéntrico para el porcentaje de pacientes con hemoglobina > 11 g/dl fue $81,24 \pm 9,97$ (similar a la cifra propuesta por el Dr. del Pozo y cols.) y la media del cuartil superior fue 93,2%.

El porcentaje medio de pacientes con hemoglobina > 13 g/dl fue el 20% de la muestra total (3.142 pacientes), existiendo una amplia variabilidad intercentros. El objetivo sería alcanzar el máximo porcentaje de pacientes en rango (entre 11 y 12 g/dl). A la luz de las últimas recomendaciones, coincidimos en que se hace necesario incluir como indicador el porcentaje de pacientes con hemoglobina > 13 g/dl.

También estamos de acuerdo en la apreciación de que los niveles de fósforo han de medirse más frecuentemente, y parece lógico que esta medición ha de ser tan, o si cabe, más frecuente que la determinación de PTH. De hecho en el módulo de indicadores y en el estudio que estamos desarrollando, la periodicidad definida para el fósforo es mensual. Los datos preliminares del estudio multicéntrico para estos indicadores han sido: 1) un cumplimiento del estándar de PTH (entre 150 y 300 pg/ml) del $32 \pm 10,9\%$, existiendo centros que alcanzan el 46%, y 2) un cumplimiento del estándar de fósforo (< 5,5 mg/dl) del 70,8%, con un máximo de cumplimiento del estándar del 84,4%.

En lo referente a la última cuestión expuesta, sobre la inclusión de la determinación de la presión arterial como indicador prioritario, el motivo de no haber sido incluido es que todavía no es

un indicador cuyo estándar esté suficientemente claro. En un estudio reciente¹ la obtención de cifras de tensión arterial dentro del objetivo (TA < 140/90) en los pacientes en hemodiálisis se asoció con un mayor riesgo de mortalidad, a diferencia del resto de indicadores, concluyendo que dado que el objetivo propuesto para este indicador en hemodiálisis está extrapolado de la población general, hacen falta más estudios randomizados y controlados para identificar el valor óptimo de presión arterial en los pacientes en hemodiálisis.

En resumen, éste es un tema abierto a debate y en continuo cambio. Cada uno de los indicadores elaborados es meramente orientativo; los datos obtenidos en el estudio multicéntrico, así como las diferentes propuestas que se vayan recibiendo, servirán para ir perfilando el sistema de monitorización de indicadores de calidad.

1. Tentori F, Hunt WC, Rohrscheib M y cols. Which Targets in Clinical Practice Guidelines Are Associated with Improved Survival in a Large Dialysis Organization? *J Am Soc Nephrol* 18: 2377-2384, 2007.

M.^a D. Arenas Jiménez y F. Álvarez Ude

Hospital Perpetuo Socorro. Alicante.

Correspondencia: M.^a Dolores Arenas Jiménez. lola@olemiswebs.com. Hospital Perpetuo Socorro. Plaza Dr. Gómez Ulla, 15. 03013 Alicante.

B) EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y CASOS CLÍNICOS BREVES

Amiloidosis AA en paciente con hipernefroma sobre riñón en herradura

Nefrología 2008; 28 (1) 109-110

Sr. Director: Los tumores sobre un riñón en herradura son muy raros, siendo el más frecuente el tumor de células renales. Este tumor forma parte de los tumores genitourinarios que más comúnmente asocia un síndrome paraneoplásico, entre cuyas manifestaciones se encuentra la amiloidosis.

Describimos el caso de una mujer de 69 años con antecedentes de hipotiroidismo y riñón en herradura, sobre el que asienta un hipernefroma (fig. 1) pendiente de intervención, diagnóstica-

do por otro servicio. Acude al servicio de urgencias por edemas y deterioro del estado general, siendo ingresada. En los análisis destaca: hemoglobina 11,4 g/dl, VCM normal, tiempos de coagulación alargados, creatinina 4,9 mg/dl, urea 142 mg/dl, proteínas totales 4,7 g/dl, calcio 8 mg/dl, acidosis metabólica moderada, proteinuria > 4 g/24 h, hematuria y leucocituria intensas.

La insuficiencia renal y el síndrome nefrótico persisten durante semanas. La tumorectomía se pospone un mes por fibrilación auricular paroxística. Finalmente se realiza nefrectomía derecha ante la presencia de irrigación renal por tres arterias; se secciona una cuña del riñón sano para estudio al microscopio. La anatomía patológica confirma un hipernefroma y se encuentra amiloidosis AA en la

cuña renal. El postoperatorio cursa sin complicaciones, pero la función renal continúa empeorando. Días después el paciente presenta crisis comiciales, objetivándose en TAC una imagen hiperdensa en lóbulo occipital derecho compatible con lesión hemorrágica, sin efecto masa, resaltando la posibilidad de que pudiera tratarse de una angiopatía amiloide.

La evolución posterior es hacia un deterioro progresivo del estado general, con astenia, anorexia, vómitos continuos y anemia. Ante un episodio de deposiciones melénicas se solicita endoscopia urgente, con resultado de dislaceración esofágica que es esclerosada con adrenalina. Posteriormente aparece pancitopenia y fiebre elevada, aislándose en hemocultivo un estreptococo. La paciente sufre sangrado por