

pital, que merecería dedicarle una reflexión colectiva. En este contexto, tratar de desarrollar una investigación clínica de calidad puede ser una tarea heroica. Comentaba también que tenemos ahora en muchos hospitales herramientas ideales para apoyar la investigación, como los Institutos y Fundaciones de Investigación, pero que es necesario impregnarlas del espíritu de inquietud intelectual que es la base de la investigación. En este punto es necesario que los médicos peleemos para que dichos organismos sean efectivamente órganos eficaces para facilitar e impulsar la investigación de calidad y no se contaminen de los esquemas que lamentablemente predominan en las Direcciones hospitalarias. Me consta que ya existen Fundaciones de Investigación Hospitalaria que están desarrollando una actividad modélica, diagnosticando los problemas del centro y proporcionando una ayuda real a los grupos de investigación. Y también estas Fundaciones e Institutos deben de servir para fundir mejor las investigaciones básicas y clínicas: tanto Rodríguez-Puyol como Cruzado insisten en la necesidad de no separar ambos tipos de investigación. Totalmente de acuerdo, no creo que ningún párrafo de mi editorial diera pie a pensar lo contrario. Pero sí que hay que tener en cuenta, como decía más arriba, la problemática especial que aqueja a los ensayos clínicos terapéuticos prospectivos y que requiere una solución específica.

Y, por último, en referencia al desánimo que me atribuye mi querido José María Cruzado, no es tal: el hecho de que me moleste en lanzar diatribas como la de la editorial demuestra lo contrario. Pero, aunque la situación sea algo mejor que hace unos años, hay que seguir peleando. Además, como decía en el editorial, uno de sus objetivos era estimular la discusión sobre la investigación hospitalaria. Creo que mi escrito ha propiciado el debate y, por tanto, me doy por satisfecho.

1. Lamas S. Investigación y proyectos: algunas matizaciones. *Nefrología* 2009;29(2):79-80.
2. Rodríguez Puyol D. Carta sobre la investigación clínica independiente en España. *Nefrología* 2009;29(2):80-1.
3. Cruzado JM. Investigación Clínica Independiente en España *Nefrología* 2009; 29(2).
4. Praga M. ¿Se está apoyando la investigación clínica independiente en España? *Nefrología* 2009;28(6):575-82.

### M. Praga Terente

Jefe del Servicio de Nefrología.  
Hospital Universitario 12 de Octubre.  
Madrid.

**Correspondencia:** Manuel Praga Terente

Jefe del Servicio de Nefrología.  
Hospital Universitario 12 de Octubre.  
Madrid.  
mpragat@senefro.org

## Comentario a «Una reflexión sobre calidad»

*Nefrología* 2009;29(3):272-273.

### Sr. Director:

En la reciente carta titulada «Una reflexión sobre calidad»,<sup>1</sup> el autor afirma que «algunos artículos, para demostrar las virtudes de los indicadores de calidad, parten de datos basales muy pobres».<sup>2,3</sup> Consideramos que esta hipótesis puede fácilmente refutarse con datos objetivos. Comparemos las variables de resultado clínico del estudio observacional *Dialysis Outcomes and Practice Pattern Study* (DOPPS),<sup>4</sup> que incluyó en España a 575 pacientes de 20 centros diferentes, con los resultados basales de nuestro estudio (313 pacientes de cuatro centros):<sup>2</sup> media de hemoglobina 10,8 vs.  $11,7 \pm 1,4$  g/dl, fósforo 5,5 vs.  $5,3 \pm 1,6$  mg/dl, Kt/v(sp) 1,31 vs.  $1,37 \pm 0,29$ , ferritina 288 vs.  $370 \pm 290$  ng/ml y porcentaje de fístulas arteriovenosas autólogas 81 vs. 79,9 (DOPPS vs. estudio propio)<sup>2</sup> (no mencionamos la desviación estándar en el estudio DOPPS porque no se recoge en la publicación). A la vista de los resultados de ambos estudios, podemos afirmar

que las variables de resultado clínico del estudio DOPPS pueden considerarse peores, o como mucho similares, a las que presentaban los pacientes del nuestro. No es diferente la conclusión a la que llegamos cuando analizamos la población europea (excluyendo España) representada también en el estudio DOPPS. La comparación con el estudio de Plantinga et al. resulta más compleja por la forma en la que expresan los resultados, pero en general, si bien es verdad que éstos son peores que los españoles y europeos, son similares a los del resto de la población de EE. UU. Las comparaciones de variables de resultado clínico de los centros deben realizarse con muestras representativas de la población general, pero no con muestras que representen a centros aislados. El autor no menciona con quién compara los citados estudios. Tal y como Fink et al. describieron, la variabilidad de los resultados entre centros es muy acusada (a esta observación la denominaron «efecto centro»)<sup>5</sup>. Estamos muy de acuerdo con las otras afirmaciones expuestas en su carta. Por otra parte, nos ratificamos en las limitaciones de nuestro estudio (no mencionadas por el autor de la carta) y recogidas en la publicación original.

1. Pons R. Una reflexión sobre calidad. *Nefrología* 2009;29(1):81-2.
2. Parra E, Ramos R, Betriu A, Paniagua J, Belart M, Martínez T. Effect of a quality improvement strategy on several haemodialysis outcomes. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23(9):2943-7.
3. Plantinga LC, Jaar BG, Fink NE, et al. Frequency of patient-physician contact in chronic kidney disease care and achievement of clinical performance targets. *Int J Qual Health Care* 2005;17:115-21.
4. Cruz JM, Piera L, Bragg-Gresham L, Feldman H, Port FK. Resultados del estudio internacional de hemodiálisis DOPPS en Europa y España. *Nefrología* 2003;28(5):437-43.
5. Fink JC, Zhan M, Blahut SA, Soucie M, McClellan WM. Measuring the efficacy of a quality improvement program in

dialysis adequacy with changes in center effects. *J Am Soc Nephrol* 2002;13:2338-44.

**E. Parra Moncasi<sup>1</sup>, R. Ramos Sánchez<sup>2</sup>,  
M.A. Betriú Bars<sup>3</sup>, J. Paniagua<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Hospital Reina Sofía de Tudela. Navarra.

<sup>2</sup> Centro de Diálisis de Vilanova i la Geltrú. Barcelona.

<sup>3</sup> Sistemes Renals. Lleida.

<sup>4</sup> Hospital de Ponferrada. León.

**Correspondencia:**

Eduardo Parra Moncasi

Hospital Reina Sofía de Tudela. Navarra.

eparramo@cfnavarra.es

## Fracaso renal agudo tras la ingestión de setas: síndrome orellánico

*Nefrología* 2009;29(3):273.

**Sr. Director:**

Hemos leído atentamente el artículo de Gallego et al.<sup>1</sup> en el que describen un paciente que presenta un cuadro de gastroenteritis grave 12 horas después de consumir setas silvestres, seguido de un fracaso renal agudo e importante citólisis hepática. Mejora con tratamiento y al séptimo día presenta de nuevo fracaso renal que no precisó de terapia renal sustitutiva. Esta evolución denominada con ambigüedad «síndrome mixto», junto con la opinión de un micólogo experto que no es nombrado como autor ni aparece en los agradecimientos, hace sospechar a los autores la coingestión de *Amanita phalloides* y *Cortinarius orellanus*,<sup>1</sup> este último poseedor de la toxina orellanina que da nombre al síndrome orellánico.

En nuestra opinión, no hubo síndrome orellánico. Se trata más bien de una **intoxicación por setas hepatotóxicas** del género *Amanita* o *Lepiota* portadoras de amatoxinas que en

un tercio de los casos se acompañan de fallo renal secundario entre el quinto y décimo día posingesta.<sup>2</sup> Piqueras,<sup>3</sup> en una serie de 77 casos valorables, detectó nefropatía secundaria en 28, de los cuales 27 también presentaron insuficiencia renal al inicio, como en el caso que nos ocupa.<sup>1</sup> Esto puede ser debido fundamentalmente a la hipovolemia inicial con hipoperfusión renal, y en algunos casos a la persistencia de diarreas tras la mejoría de la analítica hepática que permitiría el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos junto con la retirada de la fluidoterapia intensiva. Todo ello viene a apoyar la importancia del restablecimiento energético de los líquidos perdidos durante la fase gastrointestinal, tanto en los primeros días como en días posteriores.<sup>3</sup>

Opinamos que es remota la posible implicación del *Cortinarius orellanus* en el caso, ya que las intoxicaciones por setas portadoras de la toxina orellanina se han observado en el Norte y Este de Europa y son excepcionales en el ámbito mediterráneo.<sup>4</sup>

La revisión del síndrome orellánico de Saviuc et al.<sup>4</sup> sobre 245 casos determinó un retardo medio de 8,5 días en la aparición del fallo renal agudo, con una evolución hacia la IRC del 50%. El peor pronóstico lo presentaron aquellos con patología renal previa y aparición precoz del fallo renal. Sin embargo, el caso expuesto por Gallego et al.<sup>1</sup> tuvo una evolución favorable sin precisar terapia renal sustitutiva a pesar de la aparición relativamente precoz del fallo renal agudo para un síndrome orellánico.

Lo expuesto nos lleva a cuestionarnos el diagnóstico botánico de las setas responsables, una semana después de la ingesta. Sospechamos que se realizó mediante la descripción de las setas dada por el paciente o recolector y/o la presentación de fotografías, métodos que han demostrado ser poco fiables para la identificación de espe-

cies fúngicas<sup>5</sup> si lo comparamos con el estudio de material en fresco y posterior análisis al microscopio óptico.

Concluimos recordando que la aspiración nasogástrica continuada alterada con carbón activado, junto con una diuresis forzada mantenida, son los dos pilares fundamentales en el tratamiento inicial de las intoxicaciones por setas hepatotóxicas.

1. Gallego S, Suárez MA, Luengo J, González P, Castellano I. Fracaso renal agudo tras la ingestión de setas: síndrome orellánico. *Nefrología* 2008;28(3):351-2.
2. Piqueras J. Nuevas aportaciones al conocimiento de la etiología, fisiopatología, clínica y terapéutica de las intoxicaciones por hongos macromicetos hepatotóxicos (*Amanitas* y *Lepiotas*). Tesis doctoral. Facultad de Medicina de Barcelona. Ediciones en microfilm de la Universidad de Barcelona. 1990.
3. Piqueras J. Hepatotoxic mushroom poisoning: diagnosis and management. *Mycopathologia* 1989;105:99-110.
4. Saviuc P, Garon D, Danel V, Richard JM. Intoxications par les cortinaires. Analyse des cas de la littérature. *Nephrologie* 2001;22(4):167-73.
5. Goldfrank L. Mushrooms. En: Flomenbaum N, Goldfrank L, Hoffman R and Howland MA, editors. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*. 8<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2006;1564-76.

**E. Soto Bermejo<sup>1</sup>, J. Piqueras Carrasco<sup>2</sup>,  
J. Elizalde Fernández<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Sección de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra.

<sup>2</sup> Servicio de Hematología. Laboratorios Clínicos. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

<sup>3</sup> Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona.

**Correspondencia:**

Eusebio Soto Bermejo

Sección de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra.

eusebiosoto@yahoo.com

eusebio.soto.bermejo@navarra.es