

## A) COMENTARIOS A ARTÍCULOS PUBLICADOS

## Antidiabéticos en insuficiencia renal crónica: nuevas preguntas a nuevos y clásicos fármacos

Nefrología 2012;32(6):835

doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Aug.11678

**Sr. Director:**

Después de leer el editorial de Martínez-Castelao et al.<sup>1</sup> debo felicitar a sus autores por la claridad de exposición y su pragmatismo.

La intersección entre enfermedad renal crónica (ERC), diabetes mellitus e hipoglicemiantes sigue siendo motivo de controversia no solo entre nefrólogos, sino también entre clínicos de diversas áreas que contactan y deben tomar decisiones sobre el paciente con disfunción renal y que precisa estos fármacos.

Aunque el editorial despeja muchas más dudas que puedan surgirle al médico de Atención Primaria en el artículo original<sup>2</sup>, no dejan de inquietar ciertos aspectos que se reflejan en este pertinente artículo.

¿Por qué se siguen usando clasificaciones de la ERC cuando se evalúan fármacos que no son las que propone KDIGO desde hace ya años?

En el editorial se tabulan (tablas 2 y 3) las indicaciones de los nuevos o clásicos antidiabéticos atendiendo a grados de alteración de la función renal con filtrados glomerulares (FG) como > 50 ml/min, 50-30 ml/min o < 30 ml/min, denominados leve, moderada o severa, respectivamente. Este estadiaje diferente de los clásicos 5 estadios KDIGO sujetos a inminente revisión no solo aparece en el artículo, sino que clásicamente se ve en las fichas técnicas de los distintos fármacos, dificultando a mi entender la comparación entre estudios o actitudes en el manejo de dichos fármacos.

¿Por qué mecanismos fisiopatológicos no suficientemente explicados la acarbosa está contraindicada en estadios 4 y 5, siendo su vía de eliminación < 2 % renal?

Hay relativamente mucha literatura respecto a metformina, pero en cambio esta es muy escasa respecto a los efectos adversos de acarbosa.

Los nuevos inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 o los agonistas del péptido similar a glucagón 1 son un buen recurso cuando todo empieza a estar contraindicado, pero a veces surgen dudas sobre cómo actuar frente al paciente con ERC, además de no disponer en nuestro país de todas las presentaciones inferiores a la dosis normal en pacientes sin ERC.

¿Se ha dilucidado el mecanismo farmacotóxico por el cual éstos deben ajustarse si existe un deterioro en su eliminación renal?

¿Nos guiamos por la dosis o por el intervalo de administración según cuál sea el fármaco?

Como se puede observar, aunque estamos a punto de asistir a una versión más ajustada a la realidad de la ERC según el inminente consenso S.E.N.-semFYC, y mientras se está mejorando la precisión de las estimaciones del FG con la cistatina sérica<sup>4</sup>, o se está discutiendo si el simple declive del FG < 60 constituye ERC, como intuyen los autores de la ecuación «HUGE»<sup>3</sup>, todavía quedan dudas sobre no ya nuevos, sino antiguos aspectos.

**Conflictos de interés**

El autor declara que no tiene conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Martínez-Castelao A, Górriz JL, Sola E, Morillas C, Jover A, Coronel F, et al. A propósito de las discrepancias entre documentos de consenso, guías de práctica clínica y normativa legal en el tratamiento de la diabetes tipo 2. Nefrología 2012;32(4):419-26.

2. del Pozo-Fernández C, Pardo-Ruiz C, Sánchez-Botella C, Blanes-Castaner V, López Menchero R, Gisbert-Sellés C, et al. Discrepancias entre documentos de consenso, guías, práctica clínica y normativa legal en el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Nefrología 2012;32(3):367-73.
3. Álvarez-Gregori JA, Robles NR, Mena C, Ardanuy R, Jauregui R, Macas Nu-Nunez JF. The value of a formula including haematocrit, blood urea and gender (HUGE) as a screening test for chronic renal insufficiency. J Nutr Health Aging 2011;15(6):480-4.
4. Inker LA, Schmid CH, Tighiouart H, Eckfeldt JH, Feldman HI, Greene T, et al. Estimating glomerular filtration rate from serum creatinine and cystatin C. N Engl J Med 2012;367(1):20-9.

**Josep Serra-Tarragón**

Medicina Familiar y Comunitaria. Àrea Bàsica Vila-seca. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Tarragona.

**Correspondencia: Josep Serra Tarragón**

Medicina Familiar y Comunitaria. Àrea Bàsica Vila-seca (FCAUS), C/ Galceran de Pinós, 25. 43480 Vila-seca. Tarragona.  
jserra@xarxatecla.cat  
sertarjos008@gmail.com

**Respuesta:**

## A propósito de las discrepancias entre documentos de consenso, guías de práctica clínica y normativa legal en el tratamiento de la diabetes tipo 2

Nefrología 2012;32(6):835-7

doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Oct.11731

**Sr. Director:**

En su carta a NEFROLOGÍA publicada en el presente número, J. Serra Tarragón