



Diálisis y Trasplante

www.elsevier.es/dialis



Guía de práctica clínica

Consenso metabolismo óseo y mineral. Sociedad Argentina de Nefrología. Versión 2010. Capítulo III. 25 hidroxí-vitamina D y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario en la enfermedad renal crónica estadio 3-5

Adriana Peñalba *, Alberto Alles, Adriana Aralde, Roxana Carreras, Elisa Del-Valle, Mariano Forrester, Cecilia Mengarelli, Armando Negri, Guillermo Rosa-Diez, Silvia Tirado, Luis Urtiaga, Eduardo Slatopolsky, Jorge B. Cannata-Andia y Víctor Lorenzo-Sellares

Grupo de Metabolismo Óseo y Mineral, Sociedad Argentina de Nefrología, Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de junio de 2010

Aceptado el 2 de julio de 2010

On-line el 16 de octubre de 2010

Palabras clave:

Guía práctica clínica

Metabolismo óseo mineral

Sociedad científica

Argentina

Enfermedad renal crónica

Hiperfosfatemia

Hiperparatiroidismo secundario

25-hidroxí-vitamina D

Tratamiento

RESUMEN

El grupo de metabolismo óseo y mineral de la Sociedad Argentina de Nefrología (www.san.org) ha elaborado un consenso para ayudar al nefrólogo en el manejo del metabolismo mineral del paciente con enfermedad renal crónica, adaptándolo a la realidad de Argentina. Hemos tenido en cuenta las nuevas definiciones y el sistema de clasificación más integrado que recientemente propuso la Fundación Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO). En este manuscrito se desarrolla el capítulo tercero sobre el valor de la 25 hidroxí-vitamina D y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario en la enfermedad renal crónica estadio 3-5.

© 2010 SEDYT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Consensus on bone and mineral metabolism. Argentine Society of Nephrology. 2010 Version. Chapter III. 25 Hydroxy-vitamin D and the treatment of secondary hyperparathyroidism in chronic kidney disease stages 3-5

ABSTRACT

The bone and mineral metabolism group of the Argentine Society of Nephrology (www.san.org) have drawn up a consensus to help nephrologists in the management of mineral metabolism in patients with chronic kidney disease in the Argentine context. The new definitions and the more integrated system recently proposed by the Kidney Disease - Improving Global Outcomes Foundation have been taken into account. This article discusses the value of 25-hydroxy-vitamin D and the treatment of secondary hyperparathyroidism in chronic kidney disease stages 3-5.

© 2010 SEDYT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Clinical practice guideline

Bone mineral metabolism

Scientific society

Argentina

Chronic kidney disease

Hyperphosphatemia

Secondary hyperparathyroidism

25-hydroxy-vitamin D

Treatment

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: apenialba@arnet.com.ar (A. Peñalba).

25 hidroxi-vitamina D y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario en la enfermedad renal crónica estadio 3-5

- 1.1 En los pacientes con enfermedad renal crónica estadios 3 y 4, es recomendable efectuar al menos una determinación basal de 25(OH) D₃. Obligatoriamente en los casos en que los valores de PTH sean mayores que los deseables para ese estadio de ERC.
- 1.2 Los niveles adecuados de 25(OH)D₃ en cualquier estadio de la ERC deben ser superiores a 30 ng/ml.
- 1.3 Debe iniciarse tratamiento de reposición con vitamina D nativa si los valores séricos son inferiores a 30 ng/ml (insuficiencia).
- 1.4 Podría iniciarse tratamiento aún sin conocer las concentraciones séricas de 25(OH) D₃ en grupos seleccionados de pacientes: añosos, diabéticos, mal nutridos, baja exposición al sol.
- 1.5 Cuando los niveles de PTHi se encuentran por encima del límite superior del ensayo, en forma persistente o con un incremento progresivo, o luego de haber corregido los factores que lo eleven (hiperfosfatemia, hipocalcemia o deficiencia de 25(OH)D₃ debe iniciarse tratamiento con calcitriol o análogos. La dosis de inicio recomendada del activador del receptor de vitamina D es:

Estadio 3

1,25 Vitamina D	Calcitriol	0,25 mcg/d
Análogos vitamina D	Doxercalciferol 0,5-1 mcg/d	Paricalcitol 1 mcg/24 h

Estadio 4

1-25 Vitamina D	Calcitriol	0,5 mcg/48 h
Análogos vitamina D	Doxercalciferol Paricalcitol	0,5-1 mcg/d 1 mcg/d o 2 mcg/3 × sem

Racional (Discusión)

Los niveles séricos de 25(OH) D₃ son un marcador muy bueno de los depósitos corporales de 25(OH)D₃. Del 20 al 90% de la población «sana» de EE.UU. y Europa tiene deficiencia (< 10-15 ng/ml) o insuficiencia (< 20-30 ng/ml)¹⁻². En Argentina el problema no es menor: el valor promedio de 25(OH)D₃ en toda la geografía del país, en invierno, en adultos mayores ambulatorios sanos es 17,4 ng/ml³.

Dicho problema es mayor en regiones de Argentina con menor exposición al sol (Sur), pero ninguna región está exenta, existiendo grupos sociales (personas mayores con dificultad para salir del hogar, clases sociales bajas con alimentación insuficiente) y niños, que son más vulnerables⁴.

En síntesis: hay una alta incidencia (del 52 al 82%) de personas con niveles de insuficiencia (< 30 ng/ml) y solamente de un 2 al 17% de la población con niveles deseables (> 30 ng/ml).

En la ERC se añaden otras causas de déficit:

- a) menor exposición solar;
- b) menor ingesta de alimentos ricos en vitamina D⁵;
- c) menor síntesis endógena de vitamina D en la piel⁶;
- d) diabetes.

Esto se pone de manifiesto ya con tasa de filtrado glomerular estimada de 50-59 ml/min⁷. Existe déficit o insuficiencia de vitamina D en el 70% de los pacientes ERC estadios 3 y 4, en el 90% de los pacientes en HD y en DP y en el 70% de los pacientes con trasplante renal funcionante⁸⁻¹².

Además, incluso en personas sanas, los niveles reducidos de 25(OH)D₃ se asocian a un aumento de los valores de PTH, a menor densidad ósea y mayor riesgo de fracturas¹³.

Lo mismo ocurre precozmente en la ERC, siendo ya detectable en estadio 3. La 25(OH)D₃ es el sustrato para la producción de calcitriol y su déficit se asocia a la progresión y a la severidad del hiperparatiroidismo secundario¹⁴.

Pero también se ha visto que los niveles plasmáticos de 25(OH) D₃ podrían ser un factor predictivo independiente de progresión en la ERC y de mortalidad, tanto en estadios precoces de la ERC, como en pacientes incidentes en hemodiálisis^{15,16}.

En cuanto a los efectos pleiotrópicos de la vitamina D, hay que considerar aquellos relacionados con la fibrosis intersticial, su rol en los procesos inflamatorios y en el control de factores de riesgo para la albuminuria (SRAA, efecto antiproliferativo, etc.)¹⁷. Todos ellos factores implicados en la progresión de la enfermedad renal crónica y la enfermedad cardiovascular¹⁸. Por lo tanto, debería conocerse el nivel sérico de 25(OH)D₃ e iniciar el tratamiento adecuado, no solo para lograr niveles óptimos, sino también para obtener los efectos pleiotrópicos de la vitamina D.

Ahora bien, si no se cuenta con los medios para hacerlo, y en vista de la altísima incidencia de valores en niveles de insuficiencia y/o déficit en esta población, también documentado en Argentina, podría prescindirse del mismo en caso de decidirse a comenzar un tratamiento, especialmente en pacientes añosos, niños, diabéticos, mal nutridos, baja exposición al sol, etc., es decir, el perfil de gran número de los pacientes con ERC.

Debe estarse alerta sobre la posibilidad, muy poco frecuente, de desarrollar hipercalcemia, monitorizando la calcemia cada 3 meses en pacientes en tratamiento con vitamina D⁷.

Es importante la prevención de la deficiencia o insuficiencia de vitamina D en todos los pacientes con IRC, con una dosis de 800 UI/día para los mayores de 60 años y de 400 UI/día en adultos jóvenes.

En casos de niveles bajos documentados de vitamina D, las dosis indicadas varían según los niveles séricos de 25(OH)D₃, desde los 50.000 UI/semana de «carga» durante 1 mes en los casos de déficit severo (5-15 pg/ml) hasta los 50.000 UI/mes en los casos de deficiencia (16-30 pg/ml), con continuación de dicha dosis mensualmente en ambos casos por un período nunca menor a 6 meses.

De constatare la repleción de los niveles de vitamina D, puede continuarse el tratamiento en forma continuada con un preparado multivitamínico que contenga vitamina D, con monitoreos anuales de 25(OH)D₃ sérico.

El efecto del tratamiento con Vitamina D sobre los valores elevados de PTH en la ERC parece alcanzar solamente a aquellos que se hallan en estadio 3, no logrando dicho efecto en pacientes con estadio 4, en los cuales no se constata disminución de la misma¹⁹⁻²⁰. Hay razones para pensar que esta falta de efecto en este estadio se debe a la administración intermitente del mismo y que podría ser adecuado la administración más frecuente y en dosis más pequeñas para conseguir este efecto²¹.

Para facilitar los esquemas y dosis de tratamiento, en nuestro país existen varios preparados comerciales de ergocalciferol, todos en forma de gotas:

Ostelin potencia 100 × 10 ml 1 gota = 400 UI

Raquirol gotas × 4 ml : 1 gota = 2.500 UI

Como decíamos, en el estadio 4 de ERC puede ser necesario administrar concomitantemente calcitriol o análogos de la vitamina D, al no disminuir los valores de PTH cuando se administra solamente vitamina D^{19,20}.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3853383>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3853383>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)