

Sola Morena M.D.⁽¹⁾, Pagán Núñez F.T.⁽¹⁾, Pascual Martínez M.⁽¹⁾, Ortega Cerrato A.⁽²⁾,
Llamas Fuentes F.⁽²⁾, Gallego Valcarce E.⁽²⁾.

Servicio de Farmacia⁽¹⁾. Servicio de Nefrología⁽²⁾. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

INTRODUCCIÓN

El trasplante renal es la mejor forma de sustitución en los pacientes que presentan Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), ya que supone una mejora en la calidad de vida de éstos y una menor comorbilidad de esta enfermedad, aunque no está exenta de complicaciones.

OBJETIVO

Describir las características de los pacientes trasplantados en un hospital de tercer nivel, su comorbilidad, histocompatibilidad, tratamiento inmunosupresor de inicio y mantenimiento y aclaramiento plasmático de creatinina (CICr) a medio plazo (6 meses-1 año).

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes trasplantados renales durante 2007. El protocolo inmunosupresor establecido por el Servicio de Nefrología se basa en la terapia inmunosupresora cuádruple: Prednisona, Tacrólimus, Micofenolato Mofetilo y Basiliximab, en los pacientes no hiperinmunizados (que presentan un nivel de anticuerpos citotóxicos menor del 50%), y Prednisona, Tacrólimus, Micofenolato Mofetilo y Timoglobulina, en los hiperinmunizados.

De la historia clínica se recogieron las variables: edad, sexo, causa de IRCT, situación renal pretrasplante, comorbilidad de receptor y donante, compatibilidad inmunológica y serológica con el donante, complicaciones quirúrgicas, tratamiento asociado, niveles plasmáticos de Tacrólimus y CICr.

RESULTADOS

Se estudiaron 15 pacientes (10 hombres), de edad media 48,9 años (rango 18-72 años). La causa de IRCT era glomerulonefritis en 33% de los pacientes, amiloidosis en 16,6% y no establecida en 40%. La situación pretrasplante era prediálisis en 1 paciente, hemodiálisis en 10 pacientes (durante 39,4 meses, rango 8-65 meses) y diálisis peritoneal en 4 pacientes.

Todos los pacientes presentaban hiperparatiroidismo secundario a IRCT, el 93,3% de ellos hipertensión arterial, el 86,7% anemia, el 66,7% dislipemia, el 6,7% diabetes mellitus.

Todos los trasplantes fueron isogrupo sanguíneo. Respecto a la histocompatibilidad DR, un paciente presentaba los dos DR compatibles con el donante, 8 pacientes tenían un DR compatible y 6 no compartía ninguno. En cuanto a la histocompatibilidad B, sólo 6 pacientes compartían un antígeno B. Con respecto a los antígenos A, 2 pacientes presentaron los dos antígenos A iguales que el donante, 3 pacientes compartían un antígeno A con el donante y 10 pacientes ninguno.

El tratamiento farmacológico al alta fue Prednisona, Tacrólimus, Micofenolato Mofetilo y Darbepoetina α en todos los pacientes, Carbonato Cálcico y Omeprazol (93,3% de los pacientes), Trimetoprim-Sulfametoxazol (86,7%), Nifedipino (46,7%), Valganciclovir, Atenolol y Bicarbonato sódico (26,7%), Amlodipino, Ciprofloxacino, Furosemida y Ácido Fólico (13,3%), Amoxiclavulánico, Tamsulosina, Repaglinida, Enoxaparina, Levotiroxina, Acetilsalicílico, Sulfato de Hierro, Fosfato Monosódico e Ipratropio (6,7%).

Los media de los niveles plasmáticos de Tacrólimus el día del trasplante fue 14,0 \pm 5,6 mcg/ml, al alta médica 8,4 \pm 2,5, a los 6 meses 7,1 \pm 2,0 y al año 5,9 \pm 2,1.

La media del CICr previo al trasplante fue 18,8 \pm 14,8 ml/min, al alta médica 49,8 \pm 20,2, a los 6 meses 67,7 \pm 21,8 y al año 56,7 \pm 15,1.

CONCLUSIONES

Los niveles de Tacrólimus fueron correctos tanto en la fase de inducción como en la de mantenimiento de la inmunosupresión. El trasplante supuso una mejora significativa en el CICr, que aumentó a los 6 meses. El tratamiento inmunosupresor fue adecuado ya que no se presentaron casos de nefropatía crónica del injerto a medio plazo.