

## ESTUDIO DE LA VARIACION DEL PESO EN EL POST TRASPLANTE INMEDIATO \*

*Nuria Rius, Salud Angulo*

Fundación Puigvert. Barcelona

### INTRODUCCION

En los pacientes sometidos a trasplante renal (TR) observamos variaciones de su peso corporal en el curso post-operatorio.

El motivo del presente trabajo es estudiar estas oscilaciones del peso, su origen y su posible repercusión sobre la tensión arterial (TA).

Las variaciones del peso pueden ser debidas a: la hiperhidratación a la que son sometidos nuestros pacientes durante el acto quirúrgico, las dosis altas de corticoides empleadas en la crisis de rechazo y el grado de funcionalismo renal.

### MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó a treinta pacientes trasplantados, de los cuales cinco eran receptores de donante vivo y los veinticinco restantes de donante de cadáver.

Todos los pacientes fueron hiperhidratados, durante el acto quirúrgico.

Todos los pacientes, durante su hospitalización, ingirieron una dieta blanda de protección gástrica.

Las crisis de rechazo fueron tratadas siempre con altas dosis de corticoides.

Después del trasplante renal (TR) se practicó control del peso diario, recogida de orina de veinticuatro horas y control de la tensión arterial (TA). Se comprobaron el grado de funcionalismo renal, las crisis de rechazo, el tratamiento recibido y la práctica de hemodiálisis (HD).

Se estudiaron las siguientes fases del curso evolutivo, a las cuarenta y ocho horas después de la intervención (fase I), en el momento en el que fue diagnosticada una crisis de rechazo (fase II), a los 4-5 días de haber iniciado dosis altas de corticoides (fase III), y en el momento de ser dados de alta (fase IV).

Los pesos obtenidos se compararon con los de la fase anterior, excepto en el alta de paciente que se comparó con el peso teórico (peso seco en HD).

Se consideró buena función renal cuando la creatinina plasmática fue inferior a 2 mg % y moderada cuando fue entre 2 y 4 mg %.

### RESULTADOS

#### Fase I

Se estudiaron nueve pacientes en los que el rechazo fue tardío.

Cinco de los 9 pacientes (55,55 %) aumentaron de peso, de los cuales cuatro presentaban oligoanuria (80 %) y el quinto tenía buena diuresis (20 %). Tres tenían hipertensión arterial (HTA) (60 %) y dos eran normotensos (40 %).

Dos (22,22 %) mantuvieron el peso, de los cuales 1 (50 %) presentaba oligoanuria y el otro (50 %) tenía buena diuresis- Los dos estaban normotensos (100 %).

Dos (22,22 %) disminuyeron de peso. Ambos presentaban buena diuresis. Uno de ellos tenía HTA (50 %) y el segundo estaba normotenso (50 %).

#### **Fase II**

Se estudiaron 19 de los treinta pacientes, los cuales presentaron veinticuatro crisis de rechazo agudo, como mínimo setenta y dos horas después de TR.

En once crisis de rechazo se observó un aumento de peso del enfermo (83%). Los 5 casos en que hubo disminución franca de la diuresis se acompañó de aumento de peso (100 %).

Las 19 crisis de rechazo que se establecieron en los pacientes oligoanúricos o que conservaron la diuresis no significaron una variación uniforme del peso: 4 aumentaron el peso, 5 lo mantuvieron y 2 lo bajaron en el primer grupo y 2 aumentaron, 5 lo mantuvieron y 1 lo disminuyó. En todos estos pacientes no hubo variación de la TA antes ni después del rechazo, independientemente de la fluctuación del peso.

#### **Fase III**

Tres crisis de rechazo que cursaron con pérdida de diuresis, se acompañaron de aumento de peso (100 %). Ocho casos aumentaron de peso, 5 lo mantuvieron y 8 lo bajaron, a pesar de mantener o aumentar la diuresis independientemente del grado de funcionalismo renal.

En las 11 crisis de rechazo que cursaron con aumento de peso, 7 se acompañaron de HTA que se normalizó posteriormente en 3 de ellos. De los 4 que inicialmente presentaban normotensión en sólo 1 apareció HTA.

En las 8 crisis de rechazo que cursaron con disminución del peso, 3 se mantuvieron normotensos y 5 hipertensos.

En las 5 crisis de rechazo que mantuvieron el peso o bien conservaron la normotensión (cuatro casos) o normalizaron su hipertensión (1 caso).

#### **Fase IV**

En el momento de ser dados de alta, 11 pacientes (36,66 %) presentaban aumento de peso (8 con buena función renal, 1 con función renal moderada y 2 en hemodiálisis), 3 lo mantuvieron (10 %) (2 con buena función renal, 1 con función renal moderada) y 16 lo disminuyeron (53,33 %) (12 con buena función renal y 4 con función renal moderada).

De los 11 pacientes que aumentaron el peso, en 6 fue superior a 2 kg (54,54 %) y de los 16 pacientes que perdieron peso, en 15 fue superior a 2 kg (93,75 %).

La incidencia de HTA fue del 63,63 % (7 pacientes) entre los que aumentaron de peso y del 62,50 % (10 pacientes) entre los que disminuyeron su peso.

### **DISCUSION**

#### **Fase I**

De los pacientes que aumentaron de peso, el 80 % estaban en oligoanuria y sólo el 20 % tenían buena diuresis. Hubo HTA en el 60 % de estos pacientes y sólo un 40 % fueron normotensos.

Por lo tanto el aumento de peso de los pacientes en esta fase, parece estar favorecida por la pauta hiperhidratante en los oligoanúricos, además de provocar en ellos un aumento de la TA.

#### **Fase II**

El aumento de peso se observó en el 100% de los pacientes que disminuyeron la diuresis. En los enfermos oligoanúricos se observaron distintas variaciones del peso, parecen estar relacionados con la práctica de la HD, y no con la crisis de rechazo. En los pacientes que mantuvieron la diuresis sólo dos aumentaron su peso. Por todo ello, creemos que la disminución de la diuresis es la causa del aumento de peso en estos pacientes. Además, no se observó una traducción en la TA puesto que todos ellos mantuvieron sus cifras tensionales.

#### **Fase III**

Las crisis de rechazo tratadas con altas dosis de corticoides que comportaron una pérdida de diuresis, significaron un aumento de peso en nuestros pacientes. En los episodios en los que no hubo pérdida de diuresis no se observaron diferencias en el peso. Es decir, que la disminución de la diuresis se acompañó indefectiblemente de un aumento de peso.

La TA después de tratamiento de las crisis de rechazo con corticoides se mantuvo igual que antes de la terapéutica e incluso se normalizó una HTA previa en cuatro de los pacientes, a pesar del aumento de peso de alguno de ellos. Solamente en una ocasión apareció HTA después del tratamiento.

#### **Fase IV**

Sólo el 36,66 % de nuestros pacientes presentaron un aumento del peso en el momento de ser dados de alta de nuestro centro. No parece que influya el grado de funcionalismo renal, ni que este aumento de peso comporte una mayor incidencia HTA.

Solamente en seis de nuestros pacientes el aumento fue superior a 2 kg de peso. Creemos que con una correcta práctica de HD en los pacientes en que ha fracasado el TR y unas normas dietéticas adecuadas al grado de funcionalismo renal; en los demás, se consigue, en la mayoría de los casos, el mantener o incluso disminuir el peso de los enfermos que han recibido un trasplante renal.

#### **CONCLUSIONES**

1. Las pautas hiperhidratantes peroperatorias favorecen el aumento de peso en los pacientes oligoanúricos, comportando en ellos un aumento importante de la TA.
2. El aumento de peso es sintomático de una crisis de intolerancia en los pacientes con pérdida de diuresis.
3. El empleo de altas dosis de corticoides como tratamiento de la crisis de rechazo, no significó un aumento de peso en los pacientes que disminuye su diuresis. La HTA puede desaparecer incluso en estos últimos.
4. El trasplante renal no comporta en un estadio precoz y a pesar del uso de corticoides, un aumento obligatorio del peso de los pacientes.