

HIPERTENSION ARTERIAL Y rHuEPO EN DAC.A.

O. Campos, M. Hemando, I. Nebreda

Hospital De; Río Hortega. Valladolid.

INTRODUCCION

La I.R.C.T. conlleva, en una gran mayoría de los casos, la aparición de anemia importante debido a que disminuye la producción de Eritropoyetina por parte del riñón.

En 1.987 se publican los primeros estudios con EPO humana recombinante, y es en enero de 1.989 cuando en nuestra Unidad de D.P.C.A. se inicia este tratamiento para intentar corregir la anemia, conseguir el mayor grado de bienestar y eliminar la necesidad de transfusiones.

A lo largo de los meses de seguimientos hemos comprobado que se ha conseguido cumplir los objetivos iniciales:

Mejora la anemia de los pacientes, constatada de forma tanto analítica como clínica; los propios pacientes nos relatan una sensación de bienestar, mayor capacidad para el trabajo y desaparición del cansancio.

Pero también es cierto que han aparecido, en algunos casos, efectos secundarios, el más llamativo de todos y el que ha motivado nuestro estudio, por ser el de aparición más frecuente, es la H.T.A.

Hay muchos trabajos publicados sobre el tema, que en gran parte se refieren a la administración W. de rHuEPO en hemodiálisis.

Nosotras nos vamos a referir a un grupo de pacientes en D.P.C.A., en los cuales la vía elegida ha sido la S.C., ya que es el propio paciente el que se encarga de su administración.

El objetivo es estudiar la relación entre la administración de rHuEPO y la aparición de HT.A. en nuestro grupo.

MATERIAL Y METODOS

El número total de pacientes estudiados es de doce, cinco hombres y siete mujeres, con diferentes tipos de patología renal.

La edad media es de 55 años y el tiempo aproximado de permanencia en D.P.C.A. es de 17 meses.

Todos ellos con necesidades transfusionales previas al comienzo de este tratamiento.

Estos pacientes, como todos en D.P.C.A., realizan el control de T.A. en su domicilio, a diario, y son estas las cifras que hemos utilizado para hallar las medidas mensuales, comparándolas con las anteriores al comienzo del tratamiento, y que se muestran en el GRAFICO 1, en periodos de tres meses para poder apreciar mejor el comienzo de la H.T.A. y su seguimiento.

La rHuEPO usada es del Laboratorio Cilag, la vía elegida, la subcutánea, y las dosis iniciales, 9,000 unidades semanales, que se han ido reduciendo, hasta llegar a una dosis de mantenimiento de 4.500 unidades a la semana (GRAFICO 2).

COMENTARIOS

Antes de comenzar el tratamiento de con rHuEPO un porcentaje mínimo de pacientes ya dependía de medicamentos hipotensores para la regulación de sus cifras tensionales. A los tres meses es notable el número de pacientes que precisan esta medicación, porcentaje que se mantiene hasta el final del periodo estudiado.

La HTA. ha sido motivo de consultas telefónicas en múltiples ocasiones, lo que ha conducido a introducir cambios en su tratamiento hipotensor repetidas veces hasta lograr cifras aceptables,

En algunas hipertensiones más severas (120-130 diastólica) ha sido preciso el ingreso hospitalario para su **tratamiento**.

Estos cuadros severos de hipertensión, que nos responden a los tratamientos hipotensores, han obligado a la suspensión de la rHuEPO,

Observamos en el **CUADRO 11** el porcentaje de pacientes a los que ha sido preciso suspender el tratamiento de rHuEPO por presentar hipertensión arterial severa.

A los seis meses las cifras de hematocrito de estos enfermos, que hablan alcanzado unos niveles aceptables, han descendido, hasta el punto de precisar transfusiones. De este grupo se ha perdido un paciente por traslado a otro centro, el resto, ha continuado con hipertensión arteria; y se ha iniciado tratamiento con rHuEPO, modificando las dosis que en principio se consideraban idóneas. Con esta nueva pauta (1000 u/día), se pretende que, aunque la elevación de hematocrito sea más lenta, se alcance el objetivo final, sin que aparezca esta complicación. (GRAFICO 3).

CONCLUSIONES

El porcentaje de complicaciones no ha sido muy alto, ya que solo se ha suspendido el tratamiento temporalmente en los casos estudiados.

La importancia de continuar el tratamiento en pacientes jóvenes en lista de espera de trasplante renal, para evitar las múltiples transfusiones que provocan la aparición de anticuerpos H LA que pueden dificultar el trasplante.

MESES	0	1	3	6	12
CON TT ^o HIPQTENSOR	10%	25%	20%	30%	30%
SIN TT ^o HIPOTENSOR	90%	75%	80%	70%	70%

CUADRO I

MESES	1	3	6	12
SUSPENSION TTº rHuEPO	10%	20%	20% *	0% **
CONTINUAN TTº rHuEPO	90%	80%	80%	100%

CUADRO II

* PRECISAN TRANSFUSION.

** UN PACIENTE PERDIDO PARA SEGUIMIENTO POR TRASLADO.

RESTO REINICIAN TRATAMIENTO CON DOSIS MAS BAJAS. BUENOS RESULTADOS A LOS TRES MESES.

