

# Bibliografía comentada

Enrique Limón Cáceres

Profesor asociado de la Escuela de Enfermería.  
Universidad de Barcelona

Meier-Kriesche HU, Port FK, Ojo AO y cols. **Effect of waiting time on renal transplant outcome.** *Kidney Intern* 2000; 58: 1.311-1.317

La polémica sobre el tiempo de espera para un trasplante renal no es tan solo un problema médico. Periódicamente vemos que se convierte en un problema que afecta a otras esferas de nuestra sociedad. El objetivo de los autores es la búsqueda de las variables reales que están afectando a los pacientes durante el proceso de trasplante y si la variable tiempo es realmente determinante para la supervivencia.

Durante las últimas décadas se ha producido un incremento en el número de trasplantes renales, pero esto no ha supuesto una disminución de la lista de espera sino que ésta se ha incrementado lo que supone un aumento en el tiempo de espera para recibir un trasplante. Son múltiples los estudios realizados con este tema como punto central y los resultados han sido muy diversos y por tanto las conclusiones no son determinantes.

El artículo al que nos referimos es realmente ambicioso en la búsqueda de resultados, se tomó una muestra de 73.103 pacientes con trasplante renal en adultos clasificados como primarios (excluyendo retrasplantes y trasplantes multiorganos). El periodo que comprende el estudio va desde octubre de 1988 a junio de 1997. El seguimiento de estos pacientes se realizó desde el mismo momento del trasplante renal hasta su pérdida. El tiempo de espera del trasplante renal se calculó desde la primera diálisis hasta el día de la intervención. Todos los datos están recogidos del Registro Americano de Trasplante Renal.

Los investigadores trabajaron principalmente con dos variables: muerte del paciente con riñón funcionando y el fracaso del trasplante, excluyendo la muerte del receptor.

Como variables secundarias se definieron el fracaso crónico del injerto (pérdida del trasplante renal después de 6 meses, excluyendo como causa el fallecimiento del paciente), pérdida del injerto secundario a rechazo agudo, trombosis, infección, complicaciones quirúrgicas o recurrencia de la enfermedad. Se relacionaron todas estas variables con el tiempo de espera analizándose como variable continua y como variable categórica (test de Cox).

Las conclusiones de los autores no dan lugar a dudas: un tiempo de espera prolongado en diálisis es un factor significativo de riesgo tanto para la supervivencia, excluyendo la muerte, como para la muerte del paciente con riñón funcionando después del trasplante renal. Por tanto la recomendación de los investigadores avalada por los datos es trasplantar lo antes posible.

Groth CG, Backman L, Morales JM y cols. **Sirolimus (Rapamycin) based therapy in human renal transplantation.** *Transplantation* 1999; 67: 1.036-1.042.

Los estudios comparativos de fármacos son fundamentales en nuestra área. Muchos de estos estudios se dirigen a la comparación de la terapia sobre los efectos secundarios que ésta pueda originar. El estudio descrito a continuación es un ejemplo de ello. La rapamicina o sirolimus es un macrólido que ejerce una potente acción inmunosupresora. La ciclosporina y tacrolimus que actúan por bloqueo calcineurínico tienen efectos secundarios tales como nefrotoxicidad, neurotoxicidad e hipertensión arterial. La rapamicina tiene otros efectos secundarios, principalmente hiperlipemia y tromboleucopenia.

Este estudio comparó la eficacia de la rapamicina frente a la ciclosporina. El estudio era de tipo multicéntrico, alea-

torio, abierto y de grupos paralelos. Se utilizó un grupo control que recibió dosis de ciclosporina iniciales de 10 mg/kg/día ajustándose después a los niveles de fármaco en sangre. El grupo en estudio recibió rapamicina en dosis iniciales de 16-24 mg/m<sup>2</sup>/día, seguido de 8-12 mg/m<sup>2</sup>/día, ajustándolo después a los valores de dosis en sangre 30 ng/mL los dos primeros meses y 15 ng/mL posteriormente. Todos los pacientes recibieron corticoesteroides. El estudio se realizó en 11 centros europeos, la distribución fue al azar de los 83 primeros casos de trasplantes; 42 recibieron ciclosporina y 41 rapamicina.

A los 12 meses los datos obtenidos fueron similares en ambos grupos, en variables tan determinantes, como la supervivencia del injerto, la supervivencia del paciente y la incidencia de rechazo agudo. La infección por citomegalovirus también fue similar pero no así las infecciones por herpes simple y neumonía, que fue superior en el grupo tratado por rapamicina. Otras variables como la creatinina sérica fueron significativamente inferiores en este grupo.

Aunque el tiempo es limitado, el estudio concluye que la rapamicina puede ser utilizada como terapia de base en la profilaxis del rechazo agudo y que presenta un perfil de seguridad y efectos secundarios que difieren de la ciclosporina.

Roca Tey R, García Osuna R, Turguet P y cols. **Pielonefritis aguda. Estudio de 153 casos.** *Nefrología* 2000; 20: 373-374.

La infección urinaria continua siendo uno de los problemas infecciosos más frecuentes, tanto en el medio intrahospitalario como en el extra hospitalario. Su complicación más grave, la pielonefritis aguda constituye un problema de gran prevalencia. Aún dándose estas características se siguen debatiendo alternativas tanto en la terapéutica como

en el diagnóstico. El siguiente artículo describe la experiencia de un grupo de médicos especialistas de un hospital comarcal, durante el periodo de tiempo comprendido entre enero de 1992 y diciembre de 2000. Recogieron todos los datos de pielonefritis agudas de pacientes ingresados por urgencias con este diagnóstico (adquisición extrahospitalaria) y lo contrastaron con el número de pacientes que fueron atendidos en el servicio de medicina interna del hospital (en total 4896 pacientes de los que 148 sufrieron 153 casos de pielonefritis aguda intrahospitalaria). En urgencias el diagnóstico se basó siempre en clínica compatible, leucocitosis y leucocituria, y el tratamiento fue en todos los casos rehidratación y antibioticoterapia empírica intravenosa. En el estudio había predominio de mujeres, una edad media de 44±20 años, el tiempo de ingreso fue de 5,64 ± 3,18 y en el 91,2% de los casos el germen responsable fue E. Coli y destaca que más del 20% de estos gérmenes eran resistentes in vitro a la amoxicilina, ampicilina o cotrimoxazol.

En el grupo de los pacientes ingresados, en un 11% de los casos existía insuficiencia renal, la ecografía renal fue patológica en el 57,6%; en el 5% se diagnosticó nefritis focal aguda, en el 26,6% una ectasia intrarenal y en el 23,7% un aumento del tamaño renal. En el 36,5% de los pacientes existían alteraciones renales o de la vía urológica que podían ser causa de la pielonefritis aguda o contribuir a ella. El tratamiento antibiótico fue intravenoso y en forma de monoterapia. En el 95% de los casos se emplearon quinolonas o cefalosporinas. La diabetes era una variable que determinaba más días de ingreso.

Los autores destacan la prevalencia de la pielonefritis aguda como causa de ingreso (3,12%), la implicación del E. Coli como germen causal más frecuente y la necesidad de revisión de las sensibilidades antibióticas de los gérmenes urinarios más habituales, lo que nos determinará el tratamiento empírico.

Como método diagnóstico se hace incidencia en la recomendación de realizar una ecografía renal como método incruento de detección de alteraciones subyacentes.