

¿Cómo responden los pacientes africanos en hemodiálisis al tratamiento con eritropoyetina?

L. Reyes, O. Moyo y G. Gwingi

Renal Unit. Parirenyatwa Hospital. Harare (Zimbabwe).

Señor director:

Es ampliamente conocida la importancia clínica de la anemia en pacientes con síndrome urémico, así como que su causa fundamental en la insuficiencia renal crónica (IRC) es una insuficiencia medular relativa, producida al disminuir la síntesis de eritropoyetina por el riñón enfermo¹. También es conocido el impacto que ha tenido el uso de la eritropoyetina recombinante de origen humano (r-HuEPO), obtenida por ingeniería genética, en el tratamiento, estado clínico y bienestar de los pacientes con IRC en diálisis².

Actualmente existe una vasta experiencia en el uso de la r-HuEPO con estos pacientes en Estados Unidos, Europa y Japón, pero poco se conoce de su efecto entre los pacientes africanos en hemodiálisis (HD).

Dada la posibilidad de su uso en seis pacientes (cinco hombres y una mujer) de nuestro servicio de HD, hemos querido reportar algunos resultados.

La edad promedio fue de treinta y cinco años; cuatro pacientes tenían HD tres veces por semana y los restantes dos veces; el tiempo en HD era de 2,7 años (DS ± 0,5), mantenían hemoglobina (Hb) igual o menor a 8 g/dl, tenían hipertensión arterial moderada bajo control, no estaban con déficit de hierro, vitamina B₁₂ o folato, no poseían hiperparatiroidismo secundario importante ni intoxicación por aluminio u otra contraindicación mayor para el uso de r-HuEPO.

Se tomó sangre antes de comenzar la terapéutica a las cuatro, ocho y doce semanas de tratamiento, para determinar: Hb, hematocrito (Hto), hematíes, reticulocitos, leucocitos, plaquetas, ferritina, hierro sérico, C. transporte, vitamina B₁₂ y folatos.

Se utilizó el protocolo tradicional de una dosis inicial de 150 U/kg/semana con 50 U/kg e.v. después de diálisis para los pacientes con HD tres veces por semana y 75 U/kg para los de dos veces por semana. Cada cuatro semanas se elevó la dosis semanal en 75 U hasta alcanzar los 10 g/dl de Hb deseados. Después de lograda esta

meta se ajustó una dosis de mantenimiento e.v. y post-HD hasta terminar las doce semanas de tratamiento.

A todos los pacientes se les aumentó el suplemento de hierro por vía oral, excepto a uno con ferritina muy elevada. En cinco hubo que disminuirlo y/o utilizarlo e.v. posdiálisis por aparecer reacciones colaterales.

Nuestros resultados se resumen en la tabla I.

La Hb, Hto y hematíes se elevaron gradualmente hasta alcanzar las cifras deseadas de 10,4 g/dl, 31,6 % y $3,8 \times 10^6$, respectivamente. Todos los pacientes obtuvieron estos niveles a las diez semanas de tratamiento como promedio, excepto uno que lo logró a las doce semanas.

Los leucocitos, plaquetas, ferritina, hierro sérico y C. transporte no variaron durante el tratamiento.

Los reticulocitos se elevaron al 3,5 % en la octava semana, para caer en la última. La vitamina B¹² y los folatos aumentaron gradualmente. Cuatro de los casos necesita-

Tabla I. Resultados de los pacientes tratados con r-HuEPO

Determinaciones	Media	DS
Hemoglobina	7,1	0,91
Hemoglobina 12 S	10,4	0,57
Hematocrito	22,1	2,59
Hematocrito 12 S	31,6	2,15
Hematíes	2,64	0,37
Hematíes 12 S	3,80	0,23
Reticulocitos	1,10	1,28
Reticulocitos 12 S	1,25	1,12
Plaquetas	209,1	43,7
Plaquetas 12 S	215,5	45,5
Leucocitos	5,85	1,85
Leucocitos 12 S	5,88	2,71
Ferritina	241,9	207,7
Ferritina 12 S	258,1	413,3
Hierro sérico	14,9	9,5
Hierro sérico 12 S	14,8	3,95
C. transporte	44,75	28,9
C. transporte 12 S	37,13	18,6
Vitamina B ₁₂	683,5	366,2
Vitamina B ₁₂ 12 S	1.066,8	524,0
Folatos	10,9	9,13
Folatos 12 S	23,6	13,6

n = 6.

Correspondencia: Dr. Leonardo Reyes Rabanal.
Instituto de Nefrología.
Ave. 26 y Boyeros. Plaza.
C. Habana 10600. Cuba.

ron un aumento ligero de los hipotensores para mantener controlada la presión arterial. No hubo efectos colaterales inmediatos a la r-HuEPO.

Consideramos que nuestros pacientes respondieron adecuadamente a la eritropoyetina y de forma similar a otros de diferentes razas o etnias.

Bibliografía

1. Chandra M: Pathogenesis of the anaemia of chronic renal failure: The role of erythropoietin. *Nefrología*, X (suppl. 2):12, 1990.
2. Macdougall IC, Hutton RD, Cavill J y cols.: Recombinant human erythropoietin in the treatment of renal anaemia: An update. *Nefrología*, X (suppl. 2):23, 1990.