Dean Lotito: Bienvenidos todos. Gracias por acompañarnos aquí. Mi nombre es Dean Lotito, PKD local. Ofrézcase como voluntario en Massachusetts y yo seré el anfitrión de la hospitalidad de esta sesión. Se ha unido a nosotros para los medicamentos que se usan después del trasplante de riñón, como muestra el cuadro que tenemos delante. Antes de que empecemos. Si tiene alguna pregunta durante la presentación, le pedimos que la escriba en el cuadro de chat. Y abordaremos tantas preguntas como sea posible. Le pedimos que mantenga su micrófono silenciado durante toda la presentación para garantizar una buena calidad de audio para todos los demás. Entonces, con eso, me complace darle la palabra a Rebecca Corey, quien nos llevará a la presentación de Rebecca.

Rebecca Corey: Gracias, Decano. Hola a todos. Mi nombre es Rebecca Corey, soy especialista en Farmacia Clínica en trasplante de hígado, riñón y páncreas para pacientes adultos en Mayo Clinic en Phoenix, Arizona. Es un placer y un honor hablarles hoy sobre los medicamentos que se usan después de un trasplante de riñón. Y en 35 minutos, no puedo cubrir todos los medicamentos, por lo que hoy me concentraré principalmente en los medicamentos inmunosupresores que usamos.

No tengo relaciones financieras relevantes con la industria para revelar hoy. Todos los medicamentos inmunosupresores que analizaré están aprobados por la FDA para su uso en receptores adultos de trasplante de riñón. Pero me gustaría señalar que no todos los medicamentos presentados están aprobados en pacientes pediátricos y/o trasplante de hígado en el caso de que alguien necesite un trasplante combinado de hígado y riñón.

Los objetivos de mi presentación de hoy son varios. Pero mi enfoque principal son los dos primeros para revisar los medicamentos inmunosupresores que usamos después del trasplante de riñón e identificar algunos de los efectos adversos clave o efectos secundarios asociados con estos medicamentos. Y luego, a lo largo de la presentación, resaltaré algunos de los almacenamientos importantes y algunas cosas sobre la administración de los medicamentos y la eliminación de medicamentos al final.

Y luego quiero discutir brevemente al final y enfatizar la importancia de las interacciones entre medicamentos y medicamentos para trasplantes. Y, por supuesto, algunas de las posibles preocupaciones que tiene el equipo de trasplante con respecto al uso de suplementos dietéticos y herbales después del trasplante de riñón. Entonces, nuestro sistema inmunológico es increíblemente complejo, muy fascinante y está compuesto por muchos tipos diferentes de células. Y las células están haciendo todas las funciones diferentes. Todo continuamente. Una función clave de nuestro sistema inmunológico es su capacidad para protegernos de cualquier cosa que se considere un invasor extranjero.

Entonces, ese invasor extranjero es algo que no es uno mismo. Así que podría ser un virus o una bacteria tratando de infectarte. Podría ser una célula que se está volviendo maligna o cancerosa porque ahora esa célula está mutada, y no es una célula normal que es parte de ti o en el caso de los árboles de trasplante, podría ser un riñón o una orquídea de otra persona. Entonces, cuando trasplantamos órganos, como un riñón, la respuesta natural del sistema inmunológico de su cuerpo es atacarlo porque reconoce marcadores en ese riñón y sabe que son de otra persona. La única rara excepción a esta regla es el trasplante de riñón de donante vivo entre gemelos idénticos.

Y, de hecho, el primer trasplante de riñón exitoso realizado en los Estados Unidos en 1954 fue entre hermanos gemelos idénticos en Boston, Massachusetts, por el Dr. Murray y sus colegas. Y la razón por la que fue en gran parte un éxito fue porque fue entre gemelos idénticos. Y así, el rechazo no fue un problema en ese escenario. En ese momento, realmente no teníamos los medicamentos inmunosupresores efectivos que tenemos hoy para prevenir el rechazo. Hay varios tipos y grados de rechazo que pueden ocurrir después de un trasplante de riñón. Eso está más allá del alcance de esta presentación.

Pero quiero mencionar que el riesgo de rechazo puede variar entre los receptores de trasplantes. Y depende de múltiples factores, por lo que hay algunas pruebas que los centros de trasplante realizarán mientras espera en la lista para el trasplante. Hay pruebas adicionales que se realizan en el momento del trasplante. Y luego, a veces, incluso después del trasplante, se pueden ordenar o realizar pruebas para evaluar más a fondo su riesgo de rechazo. Por lo tanto, el centro de trasplantes y el equipo pueden ajustar su inmunosupresión en consecuencia para brindarle los mejores resultados. Es por eso que algunas personas pueden estar tomando diferentes medicamentos que otras personas.

contra el rechazo reciben ese nombre porque están en contra o previenen el rechazo de su riñón trasplantado. También se les llama medicamentos inmunosupresores. Es solo un nombre diferente. Pero reciben ese nombre porque la forma en que previenen el rechazo del riñón trasplantado es suprimiendo o debilitando el sistema inmunológico del cuerpo.

Y de esa manera, el sistema inmunitario reconocerá que el riñón no es parte de usted y no lo atacará ni lo dañará y eso es lo que llamamos rechazo. La duración de la terapia inmunosupresora después del trasplante de riñón es durante toda la vida del riñón trasplantado, mientras esté funcionando, debemos mantener su sistema inmunológico constantemente suprimido.

Las estrategias pueden variar. Muchos centros de trasplante usan medicamentos similares, pero puede haber algunas diferencias sutiles en la forma en que hacen las cosas. Y después del trasplante. Es importante tener en cuenta que el tipo de medicamento, la dosis, por supuesto, ya veces incluso la cantidad de medicamentos antirrechazo que toma pueden cambiar con el tiempo. Entonces, puede comenzar con tres y terminar con tres o viceversa.

Y a medida que se aleja del trasplante, es muy importante recordar que el riesgo de rechazo siempre existe. Pero poco a poco va bajando. Entonces, en comparación con un mes después del trasplante, donde el riesgo de rechazo es más alto, porque ese riñón es nuevo para su cuerpo. Así que ese es el período de tiempo en el que el sistema inmunitario probablemente lo reconocería como no propio y trataría de atacarlo o rechazarlo, en comparación con 10 años después, cuando estás mucho más lejos del trasplante. Entonces, en ese período de tiempo, a menudo no tiene que hacerse análisis de laboratorio con tanta frecuencia y su inmunosupresión puede reducirse, siempre y cuando, por supuesto, no haya tenido episodios de rechazo. Si alguna vez tiene un episodio de rechazo, todo comienza de nuevo y se vuelve más intenso nuevamente para tratar ese rechazo y mantener el sistema inmunológico bajo control.

Entonces, hay diferentes tipos de inmunosupresión. Mi enfoque hoy son los medicamentos de mantenimiento, porque esos son los medicamentos que se toman a largo plazo. Pero quiero mencionar brevemente la inmunosupresión de inducción. Entonces, la inducción es una inmunosupresión poderosa que solo usamos en el momento de su trasplante, los efectos de estos medicamentos pueden durar semanas o meses. Y generalmente se administran mediante una inyección o una infusión en la vena alrededor del momento del trasplante, a menudo, y la primera dosis se administra en el quirófano cuando se realiza la cirugía de trasplante. Tenemos un par de opciones diferentes , y la elección del agente o medicamento depende de su riesgo particular de rechazo. Y luego otros factores también.

El equipo de trasplante considera todo cuando decide cuál de las opciones disponibles administrará por usted. En los Estados Unidos donde el 90% de los receptores de trasplante de riñón adultos y pediátricos sí reciben algún tipo de inducción en el momento de su trasplante. Y el informe anual de datos más reciente del registro científico de receptores de trasplantes que se publicó este año, señaló que el 91 % de los adultos y el 94 % de los pacientes pediátricos recibieron inducción en el momento de su trasplante de riñón.

Por lo tanto, cambiar a los medicamentos de mantenimiento en su mayor parte, con una excepción, estos son principalmente medicamentos orales que se toman por vía oral allí, comenzaron en el hospital y luego se continúan a largo plazo después de la cirugía de trasplante de riñón para proteger ese nuevo riñón por rechazo. Estos son los medicamentos en los que me voy a centrar hoy.

Hay muchos nombres en esta diapositiva. Si está después del trasplante, es de esperar que algunos de ellos le resulten familiares. Si está antes del trasplante, hay muchos nombres largos complicados. Y se dividen en diferentes categorías o clases en función de cómo funcionan. Entonces, en lugar de tratar de enfocarse en eso, lo que quiero que entiendas de esta diapositiva es que hay muchas opciones diferentes para evitar el rechazo. Y, en general, lo que hacemos es combinar diferentes medicamentos de diferentes clases o categorías, de modo que podamos controlar su sistema inmunitario de diferentes maneras, evitar la superposición de efectos secundarios y obtener los mejores resultados para usted y su trasplante de riñón.

Entonces, típicamente, lo que sucede es que tomamos lo que se llama una droga primaria. Y cuando digo el fármaco principal, de los dos o tres que podría estar tomando, el que es el más fuerte o el más poderoso y el que hace la mayor parte del trabajo para controlar o suprimir su sistema inmunológico. Los medicamentos complementarios o auxiliares también son partes importantes del régimen, pero son menos potentes. Entonces, a veces, si tiene una infección o alguna afección, esos son los medicamentos que podemos reducir primero o suspender temporalmente durante ese período de tiempo.

Entonces, por lo general, tomamos un fármaco principal, la mayoría de las veces hasta la frialdad, a veces ciclosporina o un fármaco llamado belatacept, lo combinamos con un fármaco auxiliar o auxiliar, generalmente micofenolato. Pero un subgrupo más pequeño de pacientes puede terminar tomando azatipina que no tolerarlo Y luego, cuando esté un poco más lejos del trasplante, algunos pacientes pueden terminar tomando Sirolimus o Everolimus.

Por lo general, no los usamos en las primeras semanas después del trasplante porque pueden afectar la cicatrización de sus heridas quirúrgicas. Por lo tanto, la mayoría de los centros de trasplante desperdiciarán al menos un mes. Pero, de nuevo, hay excepciones a cada regla. Y luego los esteroides son una parte importante de los regímenes inmunosupresores de trasplante. Entonces, si observa el cuadro en la parte inferior de la pantalla, el régimen de inmunosupresión inicial más común después de un trasplante de riñón en los Estados Unidos según el informe de datos anual más reciente consistió en dos Tacrolimus y Mycophnolate y Prednisone. Entonces, un régimen de tres medicamentos y aproximadamente dos tercios de los pacientes adultos y un poco más de la mitad de los pacientes pediátricos, aproximadamente un tercio de los pacientes adultos o pediátricos, comenzaron con solo dos medicamentos o un régimen sin esteroides que consiste en Tacrolimus y Mycophnolate.

Entonces, Tacrolimus para empezar es un fármaco inmunosupresor primario. Inicialmente fue aprobado para su uso en trasplante de órganos en 1994, en realidad primero y trasplante de hígado y muy poco después y riñón. Ha existido durante mucho tiempo, pero sigue siendo uno de los medicamentos más efectivos que tenemos para prevenir el rechazo. Y así, todavía se usa hoy en día como un componente principal de la mayoría de los regímenes de medicamentos inmunosupresores. Está disponible en varias formas de dosificación, sus cápsulas de liberación inmediata que eran la formulación original y, por supuesto, ahora están disponibles en forma genérica. También hay una formulación de cápsulas de acción prolongada y una formulación de tabletas de acción prolongada que se aprobaron relativamente más recientemente, y ambas son para una sola administración.

Y luego solo en los últimos años. Finalmente, los gránulos fueron aprobados para suspensión oral y están disponibles en paquetes para pacientes que no pueden tragar las pastillas. Antes de los gránulos, las farmacias tenían que formular una suspensión oral y no todas las farmacias podían hacerlo. Así que tener estos Gránulos es muy bueno para pacientes especialmente pediátricos.

Entonces, la dosis de Tacrolimus varía ampliamente. He visto pacientes con medio miligramo dos veces al día, 10 o 12 miligramos dos veces al día. E incluso he tenido pacientes con una interacción farmacológica muy grande que evolucionaron hasta necesitar solo una dosis cada 10 días. Entonces, todos toman una dosis diferente, y la dosis se ajusta según la cantidad o el nivel que hay en la sangre. Entonces, cuando le hacen pruebas de laboratorio, medimos un nivel de este medicamento y su equipo de trasplante usa ese resultado para asegurarse de que su dosis sea la que queremos que sea.

Una vez más, las cápsulas y los gránulos suelen administrarse dos veces al día para la mayoría de los pacientes, y las formulaciones de acción prolongada suelen administrarse una vez al día por la mañana. Nuevamente, las interacciones entre medicamentos u otros factores pueden afectar el intervalo o la frecuencia de dosificación. Entonces, el equipo de trasplante lo guiará nuevamente, según el nivel que hay en su sangre. Eso es realmente lo que guía la dosis y la frecuencia con la que la toma.

Las declaraciones en la parte inferior de la pantalla son muy importantes. Solo algunas afirmaciones a tener en cuenta. Este es uno de los medicamentos que requiere un control muy estricto de los niveles en sangre para garantizar que sea seguro y eficaz. Y eso es porque necesitamos un nivel lo suficientemente alto para proteger su riñón del rechazo, pero no queremos que sea demasiado alto, porque entonces puede dañar el riñón con niveles altos o causar otros efectos secundarios. Para que esos niveles en sangre en los que confiamos para ajustar la dosis sean útiles. Deben dibujarse con precisión. Así que siempre son lo que llamamos un nivel mínimo. Entonces, siempre están en la mañana, antes de tomar su dosis.

Los efectos secundarios que tiene Tacrolimus, algunos de ellos se enumeran en la diapositiva, a veces puede tener dolor de cabeza por Tacrolimus si los niveles son realmente altos. Pero tenga en cuenta que otras cosas pueden causarle dolor de cabeza, deshidratación, estrés insuficiente para dormir. Si tiene dolores de cabeza por migraña que no están relacionados con Tacrolimus y pueden ser una causa. Por lo tanto, es importante mantener informado a su equipo de trasplante si tiene un dolor de cabeza persistente o que no desaparece o si es particularmente problemático. El tacrolimus puede causar algunos efectos neurológicos. sobre. Pero definitivamente infórmele a su equipo, si nota que le tiembla la mano cuando está escribiendo o aproximadamente dos horas después de tomar su dosis, y el nivel es más alto si está tomando las cápsulas dos veces al día.

Muchas veces, si ajustamos la dosis y apuntamos a un nivel ligeramente más bajo, es mejor que desaparezcan los temblores. Y de nuevo, hay opciones si no lo hacen. La neuropatía es algo que puede ocurrir con Tacrolimus. La diabetes también puede causar neuropatía, que a menudo es hormigueo o entumecimiento en las manos o los pies. Por lo tanto, si tiene diabetes, lo mejor que puede hacer es tratar de mantener sus niveles de azúcar en la sangre bajo el mejor control posible para evitar que ocurra o progrese la neuropatía. Y también hay medicamentos que se pueden usar para tratarlo o controlarlo.

Las convulsiones son una complicación muy rara del tacrolimus. A veces los vemos. Trasplantamos pacientes con trastornos convulsivos, eso no significa que no puedan recibir Tacrolimus. Pero definitivamente somos más cautelosos y nos aseguramos de hacer nuestra mejor diligencia para asegurarnos de que todos los medicamentos anticonvulsivos estén a bordo y en dosis completas para asegurarnos de que podamos obtener los mejores resultados.

Pero Tacrolimus todavía se puede usar con algunas precauciones. A largo plazo, puede aumentar la presión arterial y, a veces, los niveles de azúcar en la sangre, incluso causando una nueva diabetes después del trasplante. Nuevamente, hay algunas cosas que puede hacer para mantener un peso saludable y la dieta puede ayudar.

Y nuevamente, si tiene diabetes, contamos con un equipo de diabetes o endocrinología que puede ayudarlo a controlarlo a largo plazo. el magnesio y el potasio son lo que llamamos electrolitos. Y cuando te hacen pruebas de laboratorio, siempre se miden. Y la clave es que los queremos en el rango normal. Si aumentan o disminuyen demasiado, pueden hacer que su corazón lata de manera anormal y también otros problemas. Entonces, a veces, si su nivel de potasio tiende a estar alto , es posible que necesite un medicamento adicional para mantenerlo bajo, o que deba restringir los alimentos con alto contenido de potasio en su dieta.

Y los suplementos de magnesio a menudo se usan después del trasplante, *[Inaudible] [0:35:51]* ves adelgazamiento del cabello, a veces Prograf puede causar adelgazamiento del cabello. Pero también hay otras condiciones. Por lo tanto, siempre queremos asegurarnos de que no tenga otra razón para eso, como una disfunción tiroidea o una deficiencia de algo como zinc o hierro que pueda contribuir a la desnutrición. Además, si no come suficientes proteínas en su dieta, o si su peso es muy bajo, eso también puede contribuir. Ves niño disminución de la función renal, estoy seguro de que esto está levantando muchas cejas.

Entonces, explique que este medicamento existe desde hace mucho tiempo. Entonces, sabemos mucho al respecto. Sabemos que, especialmente si los niveles se elevan, puede dañar el riñón. Y esa es una de las razones por las que los observamos tan de cerca. Pero el mensaje final es que es un beneficio para su riñón porque su sistema inmunológico destruiría ese riñón mucho más rápido que el medicamento. Entonces, todo se trata de riesgos de beneficios. Y ese beneficio de prevenir el rechazo es extremadamente importante después del trasplante. Y es por eso que lo usamos en pacientes con trasplante de riñón porque supera cualquiera de esos riesgos. También lo siguen médicos renales, por lo que puedo asegurarle que están prestando mucha atención a su riñón y, a menudo, podrán determinar si no está funcionando correctamente y cuáles son las causas.

Ve infección y cáncer de piel que está relacionado con la inmunosupresión general, no específicamente con este medicamento. Muy brevemente almacenamiento y administración. Quieres tragarte la píldora de la escuela por cualquier droga que tomes. Nunca lo corte, aplaste o mastique sin consultar con la farmacia para asegurarse de que esté bien porque estas cápsulas están destinadas a permanecer intactas. Y las versiones de acción prolongada tampoco se pueden cortar ni triturar.

Desea tomar siempre todos sus medicamentos para el trasplante, incluido este, siempre a la misma hora todos los días, con o sin alimentos. Y esa constancia es clave. Si siempre lo toma con el estómago vacío, siga haciéndolo, si siempre lo toma con alimentos, siga haciéndolo.

Y de nuevo, quiero enfatizar que los niveles en sangre, es muy importante que estén sincronizados apropiadamente. Los Gránulos, excepto para alguien que necesite usar esos para Tacrolimus es una droga que tiende a adherirse al plástico. Entonces, idealmente, si se pueden mezclar en un vaso con agua usando una cuchara de metal en lugar de plástico, ese es el mejor escenario. Pero si eso no está disponible, simplemente no quiere dejarlo en ese vaso de plástico, ya sabe, tenerlo en el vaso y administrarlo de inmediato para que no se quede ahí y parte de la dosis se pierda.

La ciclosporina es otro fármaco inmunosupresor principal; inicialmente fue aprobado a principios de la década de 1980. Entonces, fue la primera droga revolucionaria que salió. Y la compañía que lo fabricó ideó una formulación que en 1995 llamó ciclosporina modificada, que tenía una mejor absorción. Entonces, esa es la formulación que usamos principalmente hoy en día, este medicamento funciona exactamente igual que el Tacrolimus para debilitar su sistema inmunológico. Y todavía se usa como componente principal de muchos regímenes de medicamentos inmunosupresores. Pero principalmente es una alternativa para pacientes que presentan intolerancia al Tacrolimus.

La dosis de ciclosporina varía ampliamente. Una vez más, solo Tacrolimus, verá muchos puntos en común con algunos de estos medicamentos, la dosis se basa en el nivel en su sangre. Y ese nivel se usa para ajustar la dosis para tenerlo en el rango objetivo para que su equipo de trasplante quiera su nivel en cualquier período de tiempo después del trasplante.

Entonces, inicialmente buscamos niveles más altos y luego con niveles más bajos, al igual que con el tacrolimus, necesitamos que estos niveles en sangre se extraigan con precisión, son muy importantes para garantizar un uso seguro y eficaz. Y también tiene muchas interacciones con otros medicamentos, lo que mantiene ocupado al farmacéutico. Entonces, cuando compara estos medicamentos uno al lado del otro, hay muchas palabras en esta diapositiva. Pero quiero centrarme en algunas de las diferencias únicas entre ellos, ambos funcionan exactamente de la misma manera.

Ambos pueden afectar la función renal. Entonces, eso es algo a tener en cuenta. Pero nuevamente, su beneficio de prevenir el rechazo supera eso, porque eso es muy importante en el sistema inmunológico tiene un riesgo mucho mayor, especialmente justo después del trasplante.

Tacrolimus tiende a ser más probable que cause niveles altos de azúcar en la sangre y diabetes a largo plazo. Y tiende a tener más efectos secundarios neurológicos. Pero, por otro lado, la ciclosporina tiende a ser más probable que cause hipertensión, colesterol alto. Otra distinción importante que mencioné es que el tacrolimus puede causar adelgazamiento del cabello. La ciclosporina puede causar un crecimiento excesivo del cabello, o se llama hirsutismo. Y eso generalmente está en tu cara, desafortunadamente, no en tu cabeza.

Entonces, nuevamente, si dejaste un medicamento y comenzaste otro, a veces cambias un efecto secundario por uno nuevo. En cuanto al almacenamiento de ciclosporina. Una vez más, hay muchas palabras en esta diapositiva, pero solo quiero señalar nuevamente que es importante que la consistencia se tome de la misma manera todos los días. Se puede diluir, porque a veces tiene un olor raro. Se puede diluir con jugo de naranja o jugo de manzana, pero debe consultar con una farmacia porque eso puede variar entre los diferentes productos, nunca debe usar jugo de toronja porque interactúa con muchos de nuestros medicamentos contra el rechazo.

Por lo tanto, siempre se debe evitar la toronja y el jugo de toronja. Y al igual que el tacrolimus, puede adherirse al plástico, por lo que se prefiere el vidrio. Y si estás en las cápsulas de gel son las pastillas de ciclosporina. Vienen en estos blisters de aluminio y están diseñados para proteger las píldoras de la exposición, por lo que es mejor guardarlas en esos blisters hasta que necesite tomarlas.

El micofenolato es un fármaco inmunosupresor adjunto o auxiliar. Está disponible en dos formulaciones diferentes. El primero, Mycophnolate, fue aprobado en 1995. Está disponible en un par de formas de dosificación diferentes. Y luego, un poco más tarde, unos 10 años, nueve años más tarde, se aprobó el micophnolato de sodio. Y es exactamente el mismo fármaco activo, pero está disponible en una tableta de liberación retardada con cubierta entérica.

Entonces, un poco diferente. Ambos son dos veces al día. Y no tenemos que monitorear rutinariamente los niveles de estos medicamentos, pero se pueden controlar. Si al equipo de trasplante le preocupa que tenga más efectos secundarios y quiere asegurarse de que sus niveles no sean demasiado altos. Y otros escenarios se aseguran de que no sea demasiado bajo.

efectos secundarios de Mycophnolate están relacionados con la dosis. las náuseas y la diarrea son muy problemáticas. Probablemente debería haberlos resaltado en negrita en la pantalla, pero cada paciente es diferente. Entonces, le decimos que lo tome con alimentos y minimice eso. Y hay algunas cosas diferentes que podemos tratar de probar si eso es un problema para usted. Un efecto secundario o riesgo que no está relacionado con la dosis, solo con el medicamento en sí, es que estos medicamentos pueden causar daño al feto si se administran durante el embarazo.

Por lo tanto, es muy importante que las pacientes jóvenes sean conscientes de ello, porque deberían dejar de tomar estos medicamentos y seguir un régimen más seguro durante al menos seis semanas antes de intentar quedar embarazadas debido al riesgo de malformaciones congénitas y abortos espontáneos. . El registro de embarazos trasplantados es una organización que es un recurso muy útil tanto para los pacientes como para los proveedores de atención médica y mencioné el sitio web en la diapositiva.

Por lo tanto, en lo que respecta a la administración, el almacenamiento de cualquier micrófono o un producto que se lleve con los alimentos puede ayudar a reducir las náuseas. Por lo tanto, siempre lo recomendamos como centro de trasplantes, y no afecta la efectividad general de los medicamentos de manera significativa. Y de nuevo, no tenemos que comprobar los niveles en sangre. Pero podemos si es necesario.

Las cápsulas de Mycophnolate son relativamente grandes. Pero, de nuevo, no querrás abrir, triturar o cortar ningún medicamento sin consultar con la farmacia. Estos están destinados a permanecer intactos. Entonces, si tiene problemas para tragarlos, hay algunos trucos que podemos probar o podemos hacer que el equipo de trasplante pueda ordenar la suspensión para usted, que es un líquido que solo tiene que medir. Pero es mucho más fácil de tragar

La azatipina es una droga antigua. Pero todavía se usa para muchas afecciones autoinmunes, como algunas enfermedades inflamatorias del intestino y otras enfermedades en las que el sistema inmunológico está envuelto. Todavía lo usamos también en trasplante. Ha existido desde la década de 1960. Y en este momento, tiende a ser un agente. Esa es una alternativa para los pacientes que no toleran ninguna de las formulaciones de Mycophnolate. O en escenarios en los que una joven paciente trasplantada quiere quedar embarazada porque tiene un mejor historial con respecto a eso y la seguridad.

Tiene algunos efectos secundarios, a veces anomalías en las pruebas hepáticas, pero podemos controlar eso y las náuseas. Y a veces puede afectar otras pruebas de laboratorio, como el recuento de glóbulos blancos. Hay algunas interacciones medicamentosas. Pero de nuevo, eso no es para que te preocupes. Eso es para que nosotros lo manejemos. Por lo tanto, su trabajo en realidad es decirle a su equipo de trasplante todos los medicamentos que están tomando. Y si hay una interacción, el equipo de trasplante la abordará.

Los corticosteroides, o simplemente esteroides para abreviar, también son medicamentos de ayuda nuevamente, al igual que él es un diafragma que ha existido desde la década de 1960. Y siguen siendo una parte muy importante de los regímenes inmunosupresores y también se usan para muchas otras afecciones, como el asma, las afecciones autoinmunes, etc. Alrededor del momento de su trasplante, ya veces para tratar el rechazo, administramos altas dosis de esteroides por inyección en el quirófano y fácilmente los primeros días después del trasplante.

Y luego, si las personas van a permanecer con esteroides, a menudo cambiarán a esteroides orales, ya sea Prednisona o Prednisona líquida. Para personas que toman prednisona a largo plazo. La mayoría de las veces, su dosis se reduce gradualmente, lo que significa que se reduce gradualmente con el tiempo. Por eso, su equipo de trasplante a menudo le daría un cuadro que le mostraría cómo reducir esa dosis gradualmente. Y luego, por lo general, la dosis que mantuvo a largo plazo es una dosis baja. Una cosa a tener en cuenta es que si toma prednisona o un esteroide durante mucho tiempo, nunca debe suspenderlo abruptamente porque su cuerpo se acostumbra a tenerlo cerca. Y así, deja de producir una hormona llamada cortisol, que es producida por las glándulas suprarrenales que se encuentran sobre el riñón. El cortisol es una hormona que se usa en situaciones estresantes.

Entonces, si su cuerpo está acostumbrado a tener prednisona, que la reemplaza, no está produciendo esa hormona. Entonces, si lo detiene abruptamente, el cuerpo puede responder y su presión arterial bajará y pueden ocurrir otros problemas. Los efectos secundarios de los esteroides a menudo son molestos para muchos pacientes, solo he conocido a un paciente en más de 20 años al que le gustó la prednisona, todos los demás quieren dejarla o reducir la dosis. Y puedo entender eso. Pero lo que sí quiero mencionar es que si lo necesita por el rechazo o por el tipo de enfermedad renal que tiene, es un medicamento útil. Y a medida que su dosis disminuye, muchos de los efectos secundarios deberían mejorar o mejorar. Así que tenlo en mente.

Después del trasplante, casi todos tienen niveles altos de azúcar en la sangre en el hospital porque recibimos dosis muy altas de esteroides inyectados. Y si tiene diabetes, puede ser difícil controlar su nivel de azúcar en la sangre inicialmente. Pero a medida que las dosis se reducen y todo se estabiliza, debería ser un poco más fácil controlar los niveles de azúcar en la sangre. Las dosis altas también pueden causar algunos cambios de humor, por lo que pueden hacer que las personas se emocionen mucho. No dejes que eso te moleste. Pero si nota que lo más probable es que sean sus medicamentos y debería mejorar, y por supuesto informe al equipo de trasplante.

Con el tiempo, los esteroides tienden a hacer que las personas coman más para que pueda aumentar de peso gradualmente. A menudo les decimos a las personas que se pesen todos los días después del trasplante para llevar un registro de su peso, usted aumenta tres o cinco libras en un día que no es por su prednisona o por comer demasiado. Eso generalmente se debe al líquido. Y eso es algo que el equipo quiere saber de inmediato para poder abordarlo y ver qué lo está causando.

La irritación estomacal o las úlceras pueden ocurrir cuando estás tomando esteroides. Y así, muchas veces, si está tomando prednisona, durante el primer mes más o menos, puede estar tomando un medicamento contra las úlceras para proteger su estómago del ácido estomacal durante ese período de tiempo. O si tiene antecedentes de acidez estomacal, también puede seguir tomándolo a largo plazo.

La osteoporosis o la debilidad de los huesos está relacionada con la cantidad de prednisona que toma y durante cuánto tiempo la toma. La enfermedad renal también puede causar osteoporosis. Entonces, eso es importante tenerlo en cuenta. Debido a que debe realizarse pruebas periódicas de densidad ósea para asegurarse de que, si sus huesos se están debilitando, lo pueden derivar a un especialista para que los controle a largo plazo. Hay muchas opciones de medicamentos para hacer eso.

Y, por último, a veces las personas pueden volver a tener cataratas, desea que un oftalmólogo lo controle y los cambios cosméticos a veces pueden hacer que sus mejillas se hinchen y eso es generalmente cuando está en las dosis más altas. Una vez que haya bajado a una dosis baja, eso no debería ser un problema tan grande para la azatipina y la prednisona. Su almacenamiento es solo a temperatura ambiente y básicamente para ambos medicamentos es muy importante tomarlos con alimentos para ayudar a reducir las náuseas y la irritación estomacal.

Y por último pero no menos importante, los dos últimos medicamentos orales son Sirolimuss y Everolimus. Estos son medicamentos inmunosupresores adjuntos o medicamentos auxiliares. Y a menudo se usan en combinación con una dosis baja de dos Tacrolimus o ciclosporina. El primero que estuvo disponible fue Sirolimuss, fue aprobado por la FDA en 1999 primero como una solución oral que aparentemente no sabía bien, porque escuché muchas quejas de los pacientes.

Pero luego salieron con tabletas, que obviamente no tienen sabor. Es una vez al día y está infundido con ciclosporina, hay una interacción de medicamentos, entonces tenemos que separarlo, pero la farmacia o el equipo de trasplante le dirán que Everolimus. fue aprobado más recientemente, y es un derivado de la cirrosis, pero tiene una acción un poco más corta, por lo que se administra dos veces al día, en realidad está aprobado para su uso y trasplante de riñón e hígado.

Y curiosamente, en dosis mucho más altas bajo una marca diferente, en realidad se usa para tratar varios tipos de cáncer, como el carcinoma de células renales, que es un tipo de cáncer de riñón, o el cáncer de mama y otros tipos de cáncer también. Al igual que con el tacrolimus y la ciclosporina, tenemos que controlar muy de cerca estos dos medicamentos con los niveles en sangre. Y eso es lo que usamos para guiar la dosis. Y eso garantiza un uso seguro y eficaz. Y nuevamente, estos niveles en sangre se extraen por la mañana antes de tomar su dosis. Y ese momento es muy importante. Y también tienen muchas interacciones con otros medicamentos.

En cuanto a los efectos secundarios, estos tienen algunos efectos secundarios únicos, pueden aumentar el colesterol y, en comparación con la ciclosporina, son mucho más problemáticos. Y pueden aumentar los triglicéridos de forma bastante drástica en la sangre. Entonces, la mayoría de los pacientes terminan necesitando medicamentos para controlar esto después de comenzar con estos, uno de estos dos medicamentos inmunosupresores. También, como mencioné antes, pueden retrasar la cicatrización de heridas. Entonces, muchas veces las personas necesitan una cirugía realmente grande después del trasplante, como una cirugía de corazón o alguna otra cosa, una reparación de hernia, podemos suspender estos medicamentos o cambiarlos por un medicamento diferente para permitir que esa herida cicatrice.

Entonces, lo haremos varias semanas antes de la cirugía y luego esperaremos hasta que esta herida haya sanado antes de reiniciarlos. Son más compatibles con los riñones que el tacrolimus y la ciclosporina. Pero a veces pueden causar proteína en la orina. Y si ingieres demasiada proteína, eso puede dañar los riñones. Entonces, eso es algo que monitoreamos.

En cuanto a la toma de estos medicamentos, la consistencia, al igual que el tacrolimus y la ciclosporina, es clave siempre tomados de la misma manera con o sin alimentos y tratando de llegar a tiempo lo más cerca posible. El último fármaco inmunosupresor es el único que no es oral, es una vía intravenosa o una infusión en la vena que recibiría en un centro de infusión después del trasplante. Belatacept se aprobó en 2011 para su uso en receptores de trasplantes de riñón y se considera un fármaco inmunosupresor primario .

Entonces, reemplazaría a Tacrolimus o ciclosporina. Y un régimen que también incluye Mycophnolate y prednisona. Es una dosis basada en el peso y tendría infusiones programadas inicialmente, son más frecuentes cuando comenzó. Y luego, eventualmente, una vez que esté en lo que se llama una dosis de mantenimiento, solo tendrá que recibirla cada cuatro semanas. En cuanto a las precauciones con este medicamento, existe un gran riesgo en las personas que nunca han estado expuestas a un virus llamado virus de Epstein-Barr.

Y en esa población de pacientes, simplemente no usamos este medicamento. Hay muchas áreas grises en el trasplante, pero esta no es una de ellas. Y eso es algo a lo que todos los Centros de Trasplantes se adherirán. Y no está aprobado ni se usa en trasplantes de hígado. Entonces, a veces, cuando tenemos un receptor de trasplante combinado de hígado y riñón, el equipo de riñón puede querer usar este medicamento, pero el equipo de hígado a menudo dice que no. Así que eso está reservado para pacientes que solo tienen riñón.

La infusión es generalmente bien tolerada. Algunos de los efectos secundarios se enumeran aquí que se enumeran en la etiqueta. Pero realmente el mayor riesgo que nos preocupa es que se llama enfermedad linfoproliferativa postrasplante, un nombre muy largo, es un tipo de linfoma, es más probable si los pacientes no han estado expuestos a ese virus, que mencioné llamado EBV. Y el grupo de pacientes que no usamos este medicamento. Eso minimiza el riesgo, obviamente tremendamente, simplemente evitándolo.

Así que de nuevo, con respecto a los efectos secundarios. Una cosa que quiero mencionar es que todos son diferentes. Su equipo de trasplante lo está escuchando, así que manténgalos informados para escuchar problemas. Pero hay muchas cosas que consideramos cuando alguien tiene un efecto secundario. Ya sabes, en primer lugar, la gravedad de la misma. Otras posibles etiologías de los efectos secundarios. Por lo tanto, es posible que tenga diarrea, puede deberse a su Mycophnolate pero hay muchas otras cosas que también pueden causar diarrea, por lo que tenemos que hacer un trabajo de detective. Y juegas un papel importante en eso para tratar de descubrir qué podría estar causándolo.

Su riesgo de rechazo juega un papel: comienza un fármaco, interrumpe un fármaco, inicia otro, hay un período de tiempo, es posible que tengamos un riesgo un poco mayor de rechazo porque el nuevo fármaco aún no es terapéutico. Y también si cambiamos algo, queremos ver si eso mejoró su efecto secundario. Y, de nuevo, como mencioné antes, si suspende un medicamento y comienza con uno nuevo, puede detener un efecto secundario y luego obtener uno nuevo. Entonces, hay muchos factores que consideramos cuando hacemos cambios con la inmunosupresión.

Entonces, un resumen muy rápido. Con los medicamentos inmunosupresores, usamos varias combinaciones. La duración es de por vida, siempre y cuando su trasplante de riñón funcione, tenemos que mantener su sistema inmunológico suprimido. Sabemos que pueden ocurrir efectos secundarios. No existe un fármaco perfecto, pero muchos de ellos se pueden administrar y también hay muchas opciones que podemos elegir. Me considero un reparador, muchas de las cosas que hago con el equipo de trasplante ayudan a controlar muchas de las interacciones de los medicamentos y los efectos secundarios, además de las dosis de los medicamentos. Y nunca querrá dejar de tomar ninguno de estos medicamentos a menos que lo haya discutido con su equipo de trasplante, porque eso podría ser peligroso para usted y su riñón. Así que siempre tenga una discusión. Quiero hablar brevemente en los últimos minutos sobre algunos medicamentos que usamos para prevenir infecciones y luego sobre las interacciones entre medicamentos. Entonces, además,

Dean Lotito: Rebecca, nos estamos acercando al final de los tiempos, vamos a tener tiempo para preguntas, solo para avisarte.

Rebecca Corey: Está bien, aceleraré. Entonces, no tengo tiempo hoy para hablar sobre todas las otras drogas que tomas. Pero a menudo tomará medicamentos para la osteoporosis, la diabetes, si corresponde, medicamentos para la presión arterial, etc. Lo más importante que debe recordar es en la parte inferior de la pantalla, no solo su equipo de trasplante, sino que también desea que un médico de atención primaria, un dentista y otros proveedores especialistas lo sigan después del trasplante, para que puedan ayudarlo a concentrarse en estas condiciones para su mejor resultados. prevenir la infección también es importante.

Hay algunas cosas que puede hacer para prevenir infecciones. Muchas de las cosas en esta diapositiva son cosas de sentido común como lavarse las manos o gel desinfectante. Si no tiene un lavabo con agua y jabón disponible. No querrás nadar en pequeños lagos o arroyos, porque eso puede ser una fuente de infección. Y luego, por supuesto, hay precauciones de seguridad alimentaria en el agua potable, quiero enfatizar que no se deshaga de sus mascotas, las mascotas nos dan una gran alegría.

Pero hay ciertas precauciones que puede tomar para ayudar a minimizar cualquier riesgo que pueda tener. Así que, si tienes un gato, no limpies la caja de arena, alguien más tendrá que hacerlo por ti, por ejemplo. Y luego desea evitar las vacunas vivas siempre después del trasplante porque está inmunodeprimido. Y podría haber precauciones si tiene un nieto o un hijo que está recibiendo una vacuna viva que podemos darle en ese escenario. También existen medicamentos que usted toma para prevenir la infección por rechazo después del trasplante. No tengo tiempo hoy para hablar de todos ellos. Pero estos medicamentos a menudo se toman durante períodos de tiempo en los que corre el mayor riesgo de contraer esa infección en particular.

Por lo tanto, el enfoque puede variar según el tipo de órgano que haya recibido y otros factores en los que viva en el país. Y luego los protocolos y preferencias del centro de trasplantes. A menudo involucramos a médicos especialistas en enfermedades infecciosas para que nos ayuden porque son expertos en este campo. Estas son algunas de las infecciones en las que podrías tomar medicamentos, no te agobies por esto. Pero esto es algo que determinaríamos en el momento del trasplante, y solo se le informaría sobre lo que es relevante para usted después del trasplante, y recibiría esa información antes de salir del hospital.

Y por último, pero no menos importante, solo quiero enfatizar, sin entrar en demasiados detalles, que los medicamentos para trasplantes tienen muchas interacciones farmacológicas. Algunos de ellos son menores, no tenemos que requerir ninguna intervención. Pero algunos pueden ser bastante peligrosos si no se identifican y manejan adecuadamente. Pueden aumentar los niveles en sangre de los medicamentos para trasplantes y causar más efectos secundarios o toxicidad. Y por el contrario, también pueden reducir los niveles en sangre lo que puede llevar al rechazo del trasplante, son tantos que no tendría tiempo de hablar de ellos.

Por lo tanto, su único trabajo sería informar a su equipo de trasplante antes de tomar cualquier medicamento nuevo. Suplementos herbales dietéticos o de venta libre con receta. Esta diapositiva solo tiene algunos de ellos, solo quiero enfatizar los inhibidores de la proteasa, no necesita saber cuáles son, pero uno de ellos, el ritonavir, está incluido en un medicamento que se usa para tratar la infección por COVID. Entonces, uno de nuestros temores entre los centros de trasplante es que los pacientes tomen esto porque es uno de los medicamentos que sería muy problemático con sus medicamentos de trasplante, y los volvería tóxicos muy rápidamente.

Por lo tanto, siempre es importante consultar con su equipo de trasplante antes de tomar cualquier medicamento nuevo. Los suplementos a base de hierbas no están tan estrictamente regulados como los medicamentos recetados o de venta libre, algunos de ellos pueden ser beneficiosos. Permitimos que los pacientes trasplantados los lleven, algunos de ellos no hacen nada. Acabas de desperdiciar tu dinero, pero al menos no te hizo daño. Y nuestra preocupación, sin embargo, es que algunos pueden causar daño. Y he visto de primera mano suplementos a base de hierbas que pueden causar insuficiencia hepática hasta el punto de que alguien necesite un trasplante. Ese es el escenario extremo. Pero es muy importante recordar que, aunque estos se consideran productos naturales, a veces tienen efectos similares a los de las drogas, por lo que pueden interactuar con los medicamentos para el trasplante.

Potencialmente podrían causar toxicidad hepática, cardíaca o renal. Algunos de ellos pueden interferir con las pruebas de laboratorio y algunos incluso pueden tener contaminantes. Por lo tanto, si desea tomar suplementos herbales o dietéticos, consulte primero con su equipo de trasplante para que puedan revisar su seguridad. Consejos finales, omita la dosis, la farmacia le aconsejará al respecto. Entonces, para permitir preguntas, me saltaré eso. Pero esas son solo reglas generales y también se aplican a los medicamentos para trasplantes.

Una cosa en la parte superior siempre tiene un suministro adecuado a mano. Es que no quiere quedarse sin ninguno de estos medicamentos. Por lo tanto, si viaja, lleve más consigo y siempre tenga a mano un suministro de al menos 10 días para que no tenga problemas. En cuanto a almacenar. Ya mencioné mucho de esto. Pero si tiene que desechar medicamentos caducados más antiguos, hay un par de opciones diferentes. Por lo tanto, puede dejarlos en un sitio de devolución de medicamentos que solo ocurre unas pocas veces al año.

Algunos medicamentos en realidad la FDA recomienda tirarlos por el inodoro y está en su sitio web. Hay una lista de esos medicamentos porque incluso una dosis podría ser dañina si se toma por accidente, y están sujetas a mal uso y abuso. Algunos medicamentos no están en la lista de descarga, hay algunas cosas generales que puede hacer, puede comprar sistemas especializados de desactivación o eliminación de medicamentos, nuestra farmacia los entrega a los pacientes sin cargo, donde puede ordenarlos por Internet, y son relativamente barato.

Y otra opción es simplemente mezclarlos en una lata de café con café molido o tierra, algo que no es atractivo, cierre bien la tapa y deséchelos en la basura. Y, por supuesto, si tiene un frasco de prescripción vacío, elimine su información de identificación. Esa es solo una versión más atractiva. Entonces, he terminado. Te agradezco por tu atención. Y quiero agradecer a la fundación poliquística renal por darme esta oportunidad. Hacen una gran cantidad de grandes fondos para la investigación y la investigación de apoyo, y son defensores de terapias avanzadas y curas utilizando la voz del paciente. Así que gracias. Y tomaré cualquier pregunta que puedas tener.

Dean Lotito: Muy bien, tenemos bastantes preguntas, aunque haremos todo lo posible para responderlas todas. Aquí dice que aún es importante tomar el Tacrolimus con 12 horas de diferencia si lo toma dos veces al día, porque conozco mi cuando algunas personas dijeron que lo tomo por la mañana y por la noche, alguien dirá que lo tome con dos horas de diferencia cuando lo ordene mi médico. Entonces, ¿cuáles son las pautas reales allí?

Rebecca Corey: Sí, muy buena pregunta. Lo más importante es la consistencia, lo queremos con 12 horas de diferencia, pero incluso en el hospital, las enfermeras pueden tener varios pacientes, tienes un poco de margen de maniobra, ya sabes, si es para las ocho am y las ocho pm. Y son las 8:30. Ya sabes, está bien, lo que no quieres hacer es empezar a tener tiempos realmente erráticos, ya sabes, una mañana duermes hasta las 11 am. Y luego saliste al cine que olvidaste. Ahora es la 1 am, o lo tomas demasiado temprano.

Por lo tanto, desea intentar ser lo más consistente posible con 12 horas de diferencia la mayor parte del tiempo. También con el tiempo de laboratorio, ya sabes, queremos que los laboratorios se saquen antes de la dosis. Pero digamos que te quedas atascado en el tráfico, y llegas tarde al laboratorio y te sacan sangre, y se suponía que debías tomar tu Prograf para tus dos Tacrolimus, lo siento, uso el nombre de marca aquí para ser columnista a las ocho am. Pero no llegas al laboratorio hasta las nueve de la mañana y te sacan la sangre primero y luego tomas la dosis de la mañana y luego vuelves a la normalidad.

Entonces, la consistencia es clave. Pero somos humanos. Entonces, hay un poco de margen de maniobra, pero lo que no quieres ser es en diferentes momentos porque entonces no habrá niveles sanguíneos consistentes. Espero que tenga sentido. Y luego con comida, siempre con comida o sin consistencia de comida, de nuevo, es clave, se absorben un poco más si es con el estómago vacío, pero algunas personas prefieren tomarlo con comida, y me resulta mucho más fácil comer que no comer. Y eso ayuda a prevenir cualquier náusea que puedan causar algunos de sus medicamentos para el trasplante.

Dean Lotito: Muy bien. Mencionaste lata de prednisona, prednisolona. Entonces, ¿alguien le preguntó que la prednisolona causa pérdida ósea como la prednisona?

Rebecca Corey: Buena pregunta. En realidad son una especie de uno en el mismo. Si toma prednisona, su hígado la convierte en prednisolona. Entonces, ambos son bastante idénticos con respecto a los efectos secundarios, solo formas diferentes del mismo medicamento. Y la prednisolona se usa en forma líquida. Entonces, algunas personas pueden tomar eso si no pueden tragar pastillas. También puede triturar las tabletas de prednisona. Entonces, esa también es una opción, ya sabes, ponerlos en puré de manzana o algo así. Pero ambos son igualmente iguales con la osteoporosis, uno no sería mejor ni peor que el otro.

Dean Lotito: ¿Los medicamentos inmunosupresores suprimen la producción de glóbulos rojos?

Rebecca Corey: Algunos de ellos lo hacen. micofenolato, a veces puede causar anemia. Sin embargo, hay muchas cosas que pueden causar anemia o glóbulos rojos bajos, si tiene deficiencia de hierro que puede causarla. Hay algunas condiciones que pueden causarlo. Entonces, lo importante es que la enfermedad renal también contribuye a la anemia. Entonces, si tiene anemia, a veces después del trasplante, el recuento de glóbulos rojos, la hemoglobina puede estar baja por un tiempo, pero por lo general eventualmente vuelve a la normalidad. Y si no es así, el equipo de trasplante puede hacer algunas investigaciones para ver por qué está bien, como verificar si tiene poco hierro, etc. Algunos de los medicamentos pueden contribuir con seguridad. Pero si el equipo los cambia es una gran pregunta porque cada vez que cambias de medicamento, tienes que encontrar otra alternativa y muchos de ellos pueden causar anemia, Sirolimus o Everolimus también.

Dean Lotito: Muy bien, alguien preguntó si la preparación de Tacrolimus de acción prolongada está menos asociada con un efecto secundario de temblores o entumecimiento que la dosis estándar.

Rebecca Corey: Oh, buena pregunta. De hecho, a veces lo hacemos, porque los temblores tienden a verlos con mayor frecuencia, ya sabes, dos horas después de la dosis de liberación inmediata de las cápsulas dos veces al día, porque es cuando el nivel es más alto. Las formulaciones de Tacrolimus de acción prolongada tienen niveles sanguíneos más constantes y graduales a lo largo del día. Entonces, a veces, para las personas con temblores, probaremos esas formulaciones si su seguro lo paga. A veces tenemos éxito, a veces no ayuda, pero ciertamente vale la pena intentarlo. Y esa es definitivamente una de las estrategias que usamos si las personas tienen temblores y hemos bajado la dosis de Tacrolimus tanto como podemos. No queremos bajar más. Podríamos cambiar a la formulación de acción prolongada para ver si eso mejora, y algunas veces lo hace.

Dean Lotito: Muy bien. ¿Qué tan importante es separar *[Poco claro] [1:01:58]* del magnesio por dos horas? ¿Qué hay de los problemas si en realidad no lo hace, me dijeron que lo estaba separando del calcio?

Rebecca Corey: Sí, el prospecto menciona específicamente que a Maalox le pueden gustar los ácidos que contienen magnesio o aluminio. Porque hay diferentes teorías, ya sea que se una a ellas o simplemente reducir el ácido estomacal contribuye a la interacción. Entonces, la recomendación general es tratar de mantenerlos con dos horas de diferencia. Ahora, con el calcio, eso es complicado, porque a veces el equipo de trasplante le dirá que tome su calcio específicamente con las comidas, o le indicarán que lo tome entre comidas por una razón específica, y deseará seguir esas instrucciones para obtener el mejor beneficio del calcio. Y el calcio es muy similar al magnesio. Pero si lo toma por la mañana, a veces no es posible separar los medicamentos.

Entonces, si es idealmente posible, sepárelo del aluminio y el magnesio, específicamente por dos horas, pero nuevamente, supongamos que tomó su suplemento de magnesio a las siete p. M. Su Mycophnolate, hagámoslo a las ocho p. más es ideal. Una vez más, a veces hay que tener un poco de margen de maniobra con estos medicamentos. Y si hay alguna inquietud, siempre pueden verificar un nivel para ver si es terapéutico. Por los medicamentos. Si descubre que tiene que hacer eso con frecuencia o si está tomando un suplemento de calcio, tiene alguna inquietud, pueden verificar un nivel de Mycophnolate para asegurarse de que esté en el rango que queremos.

Dean Lotito: ¿Cuál es la dosis más baja de prednisona disponible?

Rebecca Corey: Buena pregunta. La tableta de menor concentración es de un miligramo. La mayoría de los pacientes que toman prednisona a largo plazo, o la dosis típica es de cinco miligramos diarios. He visto a algunos pacientes con dos miligramos y medio diarios, algunos estaban en el medio. Y a veces, si dejamos otra droga, todo se trata de equilibrar. Entonces, si tenemos que suspender Mycophnolate para un paciente porque tal vez tenga una infección por virus u otra cosa.

Podríamos, el equipo, todo se trata de equilibrar, podrían agregar una pequeña dosis de prednisona para esa persona, podrían ser cinco miligramos o 10 miligramos. Pero la respuesta corta es que la tableta de concentración más baja es un miligramo y la dosis es lo que el centro de trasplante considere que es la dosis más baja que puede tomar para equilibrar los efectos secundarios, pero no tener rechazo del riñón o recurrencia de su enfermedad renal. Si es algo relacionado con la autoinmunidad, que afortunadamente, la enfermedad renal poliquística no lo es, pero hay otras enfermedades que pueden reaparecer.

Dean Lotito: Muy bien, nos quedan cuatro minutos para algunas preguntas más. ¿Se puede hablar del virus JC con Belatacept?

Rebeca Corey: Sí. Entonces, con Belatacept, hemos notado que ese virus Epstein-Barr, es un virus que puede causar mononucleosis en pacientes, y también puede causar enfermedad linfoproliferativa postrasplante y Belatacept definitivamente aumenta el riesgo de eso y las personas que no han sido expuesto a ella antes del trasplante. Y así, evitamos que también tiende a: hemos visto muchas más infecciones de otros virus, incluidos el citomegalovirus, el virus JC y otros.

Por lo tanto, tiende a ser más problemático con respecto a los virus que algunos de los otros medicamentos para trasplantes. Pero eso es de nuevo, algo que tiene que ver con los riesgos y beneficios y el equilibrio. Entonces, el equipo de trasplante tendría que decidir si los beneficios de ese medicamento superan cualquier riesgo de infecciones virales en usted. Y luego, por supuesto, un estrecho seguimiento.

También notamos que en pacientes que son receptores de trasplantes que recibieron la vacuna COVID, los pacientes, estos fueron datos de Johns Hopkins, tuvimos un cirujano que vino aquí y los presentó y fue muy interesante. No respondieron tan bien a la vacuna si tomaron Belatacept en comparación con otros regímenes inmunosupresores y Mycophnolate también porque los diferentes medicamentos inmunosupresores tienen efectos diferentes en diferentes células inmunitarias. Y así es como tienen estas diferencias sutiles en el riesgo de infecciones virales en respuesta a las vacunas y demás.

Dean Lotito: ¿Qué tan común es la exposición a EB?

Rebecca Corey: Para cuando somos adultos, muchos de estos pertenecen a una gran familia llamada virus del herpes. Y para cuando somos adultos, la mayoría de nosotros hemos estado expuestos a muchos de estos virus a lo largo de nuestra vida o nuestra infancia. Por ejemplo, el citomegalovirus es un virus muy común cuando somos adultos, dos tercios de nosotros hemos estado expuestos. Y lo que sabemos es que revisamos las pruebas de laboratorio y tienes anticuerpos contra eso. Lo mismo con el virus de Epstein-Barr. Cuando somos adultos, la mayoría de las personas están expuestas como niños, adolescentes universitarios, tenemos anticuerpos contra eso.

Y eso es lo que indica que nuestra exposición al virus es como el virus Varicella Zoster, muchas personas contraen varicela cuando son niños. Entonces, tienes exposición y tienes esos anticuerpos, lo que indica que tuviste exposición antes. Estos virus tienen todo en común que permanecen latentes o inactivos en su cuerpo. Y cuando su sistema inmunológico está suprimido, como después de un trasplante, algunos de ellos pueden reactivarse. Y es por eso que a veces damos medicamentos específicos para prevenirlos, o podemos hacer pruebas de laboratorio para monitorear estos virus. Así, si por alguna razón vuelven a aparecer, podemos abordarlo de la manera más adecuada para ese virus en particular.

Dean Lotito: Correcto, estamos a punto de llegar. Alguien me preguntó sobre cualquier investigación actual sobre la interacción de medicamentos de venta libre con medicamentos para trasplantes, voy a cancelar eso y en medio minuto.

Rebecca Corey: Con los medicamentos de venta libre, dado que los medicamentos de venta libre y los recetados deben ser aprobados por la FDA, pasan por muchas pruebas rigurosas y tienen que investigar las pruebas de interacción de medicamentos, es una especie de requisito. , por lo que tenemos más información sobre ellos. La desventaja de los suplementos es que no tienen que pasar por pruebas tan rigurosas.

Entonces , hay muchas incógnitas con respecto a las interacciones entre medicamentos. Tengo algunas buenas referencias que utilizo, y algunas de ellas tienen información sobre las interacciones entre medicamentos. Pero a veces, la gente aprendió por las malas, había un suplemento de hierbas que se usaba para la depresión llamado hierba de San Juan. Y reduce drásticamente los medicamentos inmunosupresores.

Y esto fue probablemente hace 20 años, pero las personas tenían niveles realmente bajos y no se dieron cuenta de que interactuaba ahora que lo sabemos. Pero eso fue algo que la gente aprendió de la manera más difícil. Y hemos descubierto que, ya sabes, el aceite de CBD oral que a la gente le gusta usar puede aumentar algunos de los medicamentos inmunosupresores. Pero los suplementos con cantidades mucho más altas y concentradas pueden aumentar algunos de los niveles de fármacos inmunosupresores.

Entonces, tengo algunas referencias. Pero con los suplementos herbales, hay muchas incógnitas con las interacciones de los medicamentos, porque no tienen que hacer el mismo nivel de pruebas que hacen los medicamentos recetados sin receta.

Rebecca Corey: Hay una pregunta sobre Sega, sí ayuda después del trasplante y ¿qué es para Sega, supongo que lo haces?

Dean Lotito: Oh, tenemos algunos pacientes con ese medicamento. Y nuevamente, es un riesgo de beneficio si su endocrinólogo piensa que para Sega es el mejor medicamento para controlar su diabetes, sé que nuestro equipo de corazón lo usa. Entonces, nuevamente, es una de esas situaciones en las que consulta a su médico de atención primaria, su endocrinólogo, les permite decidir cuál es el mejor medicamento para usted y luego consulta con su equipo de trasplante para ver si hay alguna precaución o interacción de medicamentos que nosotros necesita abordar o mantener un ojo en usted.

Dean Lotito: Muy bien. Entonces, surgió una pregunta más. ¿Algunos pacientes progresan con la dosificación espacial en lugar de con la diaria?

Rebecca Corey: No sé si entendí exactamente, pero la mayoría de las personas toman tacrolimus dos veces al día con dosis espaciadas. Pero si están en sus formulaciones de acción prolongada, hay dos versiones diferentes, luego solo lo toman una vez al día y generalmente por la mañana porque queremos obtener esos niveles en sangre. Si eso no respondió, házmelo saber.

Dean Lotito: Muy bien, bueno, se nos acabó el tiempo. Quiero agradecerles mucho a las personas que comentaron que realmente aprecian la presentación, al igual que yo, esperamos que las diapositivas estén disponibles. Creo que la fundación lo permitirá más adelante, porque hay mucha información útil. Pero gracias, Rebecca, y gracias a todos por unirse. Lo aprecio.

Rebecca Corey: Muy bien, gracias.

Dean Lotito: Adiós.

Rebecca Corey: Que tengan un gran día para todos.

*[El Fin] [1:09:59]*