

MITOS Y REALIDADES DEL TRASPLANTE RENAL MIRANDO 25 AÑOS DE SU HISTORIA

*Elvira Cabello Cuevas, Raquel Menezo Viadero, Modesto Díez Rumayor,
M.ª Eugenia Cuadrado Mantecón, Magdalena Gándara Revuelta,
Feli Lois Cámara, Rosa Alonso Nates*

Servicio de Nefrología. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander

INTRODUCCIÓN

El trasplante renal, desde el inicio de nuestra actividad al lado del paciente con insuficiencia renal, siempre ha estado como una alternativa real de tratamiento.

El trasplante de órganos, no tiene una historia reciente en la humanidad, los relatos sobre el origen de los trasplantes han quedado plasmados en las antiguas tradiciones y manuscritos en la propia mitología griega según la cual se trasplantaban partes de animales al hombre como algo mágico, desde la antigua china, las antiguas tradiciones cristianas hasta la era moderna.

La historia más reciente de los trasplantes están vinculados a los intentos reparadores que dieron lugar a la cirugía vascular (1545-1599).

Pero no es hasta primeros del siglo XX cuando el profesor Alexis Carrel (1875-1944) describía las suturas vasculares en 1901 y decía «He comenzado las investigaciones sobre la técnica operatoria de las anastomosis vasculares con el objetivo de realizar trasplantes de órganos», y es a partir de entonces cuando se puede hablar del desarrollo de los trasplantes en el mundo.

En nuestro país, el 1.º trasplante renal se realizó en 1965 y 10 años más tarde (1975) comenzamos nuestra actividad trasplantadora. Es por ello que al cumplirse este año 2000 nuestros 25 años queremos compartir con todos cómo hemos vivido la Enfermería los cambios que se han ido produciendo en los donantes-receptores.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro estudio ha sido mirar hacia atrás y ver los trasplantes renales que se han realizado en nuestro centro y analizar qué cambios se han producido. Qué sabíamos cuando comenzamos y cuál ha sido la aportación de enfermería a lo largo de estos 25 años.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

La muestra analizada ha sido 1.083 trasplantados en el periodo 1975-2000 (Tabla en página 191) y se han estudiado los siguientes parámetros:

- Edad-Donante-Receptor.
- Complicaciones más importantes: Inmunológicas, quirúrgicas, infecciosas, etc...
- Causas de la pérdida de los injertos.
- Causas de fallecimientos de los pacientes.

Hemos revisado si estos parámetros estaban en la base de datos informática de nuestro servicio. No ha sido posible revisar la totalidad de las historias de nuestros pacientes ya que muchos han fallecido, se ha perdido su rastro al proceder de otras áreas sanitarias; al

ser un período largo una tercera parte del mismo lo hemos hecho sin el desarrollo de la herramienta informática.

RESULTADOS

El cambio más importante en este periodo estudiado 1975-2000 ha sido las características de los donantes y receptores (Tablas en página 191).

Estas gráficas demuestran el profundo cambio producido en ambos grupos, estos son más añosos y con más patologías asociadas que ha aumentado la morbi-mortalidad de los receptores. Como consecuencia se ha producido cambios en las actividades de los cuidados enfermeros.

Las complicaciones médicas han ido cambiando a medida que se han ido introduciendo los conocimientos inmunológicos y los tratamientos inmunosupresores:

- Años 60: Irradiación total del receptor
- Años 70: Corticoides + Azatioprina
- Años 80: Introducción de la Ciclosporina (triple terapia)
- Años 90: Nuevas drogas inmunosupresoras:
 - Ac. Monoclonales (OKT3)
 - Globulinas antilinfocitarias
 - Tacrolimus (FK506)
 - Micofenolato mofetil (CELL-CEPT)
 - Rapamicina (SIROLIMUS)
 - Etc...

La introducción de todos estos tratamientos ha cambiado las complicaciones infecciosas. Así en la década de los 70 había un gran número de infecciones bacterianas y en la década de los 90 se ha sustituido por el gran número de infecciones víricas.

La mayor causa de pérdida de los injertos es el rechazo crónico, seguido del rechazo agudo y de otras causas: como quirúrgicas, trombosis, recidiva de la enfermedad de base, etc. (Tabla en página 192).

En cuanto a las causas por fallecimiento con injerto funcionante, las más importantes a destacar son mayoritariamente las vasculares, neoplásicas e infecciosas. (Tabla en página 192).

CONCLUSIONES

No es posible realizar un estudio minucioso de la evolución de los trasplantes en la historia pasada. Debemos escribir continuamente nuestras vivencias para que en un futuro la enfermería pueda manejar datos y así poder transmitir a los cuidadores del futuro.

El rechazo crónico es la causa más frecuente de la pérdida del injerto.

Las complicaciones vasculares son las causas más importantes del fallecimiento de los pacientes.

La utilización de fármacos inmunosupresores en ningún momento ha estado exenta de riesgos o efectos secundarios graves e incluso mortales. Ellos han sido los responsables de los siguientes cambios:

- Década de los 70:
- Trastornos osteoarticulares
 - Mayor incidencia de infecciones bacterianas
 - Úlcera gastroduodenal
 - Aumento del vello corporal

- Fascies Cushingoide
 - Diabetes esteroidea
 - Leucopenia
- Década de los 90:
- Nefrotoxicidad
 - Hipertensión arterial
 - Mayor riesgo cardiovascular
 - Mayor incidencia de infecciones víricas
 - Hipercolesterolemia
 - Dislipemias
 - Hiperglucemia
 - Alteraciones gastrointestinales (Diarrea)
 - Neurotoxicidad (Temblor)
 - Leucopenia

Es difícil determinar si los cambios los han introducido el aumento de edad y patologías asociadas de los donantes y receptores, o los efectos secundarios de la medicación.

La evolución en el tiempo podría resumirse de la siguiente manera:

Favorable:

- Mayor número de trasplantes
- Menor porcentaje de rechazos agudos
- Mejor supervivencia a corto plazo
- Menor número de infecciones bacterianas

Desfavorable:

- Más efectos secundarios
- Peores donantes y receptores
- Mayor incidencia de infecciones víricas
- Mayor riesgo cardiovascular
- Más riesgos neoplásicos

Desde el inicio de nuestro programa de trasplante, la actuación de enfermería ha estado regulada. Se hicieron normas, hoy protocolos, a las que íbamos añadiendo aspectos a medida que surgían cada día, como seguimos haciendo en la actualidad, incorporando cuantos conocimientos han dado seguridad a las normas de cuidados elaborados desde el comienzo.

Hemos disminuido la permanencia de nuestros pacientes en las unidades de aislamiento.

Hemos dejado de creer que el trasplante es la mejor alternativa de tratamiento de la insuficiencia renal crónica ya que se ha visto que es una más y que el tratamiento de nuestros pacientes debe ser de verdad individualizado.

Hemos afirmado la creencia de que la enfermería nefrológica debe de estar presente en todas las fases del trasplante:

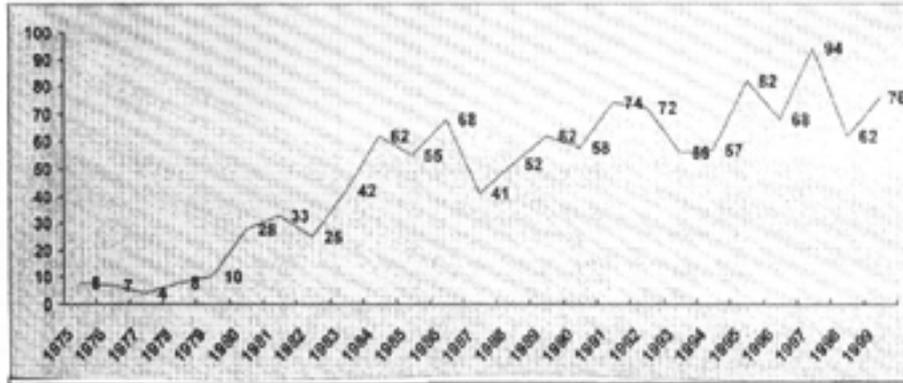
- Educando y preparando en el pre-trasplante
 - Valorando y cuidando en el trasplante inmediato
 - Seguimiento, adaptación, ayuda y mantenimiento en su evolución
- ¡Quién si no, si estamos siempre cerca!

Y por último debemos estar atentos y no desviarnos de nuestras funciones, porque si lo hacemos en el ámbito de esta Medicina moderna y tecnificada, nos separaremos del que sufre (el paciente) y estaremos contribuyendo a la deshumanización de los hospitales y a la pérdida de los valores del quehacer enfermero.

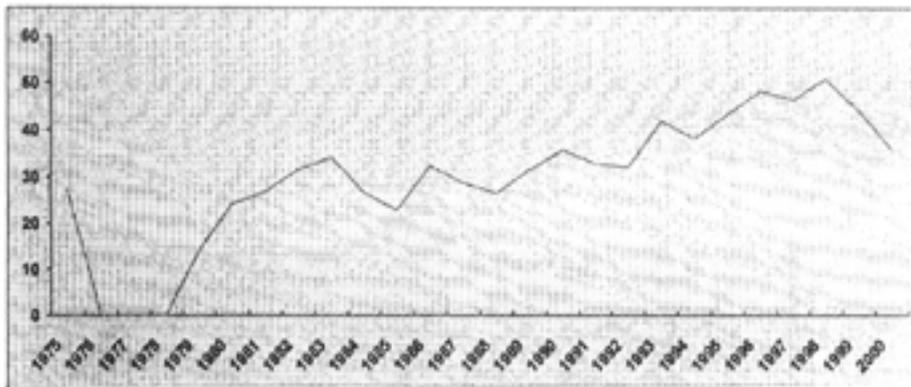
BIBLIOGRAFÍA

1. Caralps, A, Griñó, J.M., y otros. «*Trasplante de órganos y tejidos*». Editorial Doyma. Barcelona 1987.
2. Lopez-NaVidad, A, Kulisevsky, J., y Caballero, F. «*El donante de órganos y tejidos. Evaluación y manejo*». Editorial Springer-Verlag Ibérica. Barcelona 1997.
3. Protocolos de Enfermería de nuestro Servicio de Nefrología.
4. Base de datos informáticos del Servicio de Nefrología.

Número de trasplantes por año



Edades medias de los donantes



Edades medias de los receptores

