

TRASPLANTE RENAL: EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE RENAL EN EL TERCER MILENIO

Dña. Ana Rochera Gaya, Enfermera Consulta de Trasplante Renal.

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

El trasplante de riñón, a diferencia de otros órganos vitales trasplantables, no representa la única posibilidad de supervivencia para el enfermo que lo recibe. No obstante, es una terapia idónea para conseguir una buena rehabilitación del paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis al eliminar las patologías asociadas que presentan (problemas de crecimiento infantil, anemia, osteodistrofia, esterilidad, etc), y poder romper la vinculación con la máquina de diálisis.

En los inicios del trasplante, cuando aún no se conocían bien los fármacos inmunosupresores, los resultados del mismo eran desalentadores, pues fallecía la mayoría de los pacientes por problemas infecciosos relacionados con excesiva inmunosupresión. Con el mayor conocimiento de la técnica quirúrgica, mejores cuidados clínicos y mejor uso y conocimiento del tratamiento inmunosupresor, ha mejorado ostensiblemente la supervivencia del injerto y del paciente (1).

En los últimos veinte años el trasplante de órganos ha pasado de una etapa de "ciencia-ficción" a la realidad de la medicina clínica diaria. El trasplante renal es una intervención efectuada en la mayoría de los países y es una opción terapéutica que debe estar disponible para la mayoría de los pacientes con insuficiencia renal terminal.

La mejoría espectacular en los resultados del trasplante renal observada en los últimos años se ha debido, no sólo a un mejor tratamiento inmunosupresor, sino también a un uso más adecuado de las nuevas drogas, y sobre todo a interrumpir la inmunosupresión de una forma temprana en aquellos casos en los que no hay posibilidades clínicas de éxito. Esto resulta posible gracias a la amplia posibilidad de la terapia dializadora (2).

Las complicaciones cardiovasculares son actualmente las principales causas de morbilidad del trasplante renal, habiendo desplazado a las complicaciones infecciosas (3-4).

INMUNOSUPRESORES

El objetivo de la inmunosupresión en el trasplante de órganos es evitar o controlar el rechazo. La inmunosupresión ideal es la que consigue evitar el rechazo sin producir efectos adversos. Esta inmunosupresión ideal no existe en la actualidad, ya que los medicamentos utilizados se asocian a frecuentes complicaciones, ocasionalmente graves.

Los Inmunosupresores autorizados para uso rutinario en el trasplante se utilizan en diferentes combinaciones, en dosis variables y en tiempos distintos, dependiendo de la situación clínica, permitiendo una mayor flexibilidad en el manejo de cada paciente en particular.

En los últimos años se han desarrollado nuevos Inmunosupresores algunos de ellos aún están en plan de experimentación, autorizados por el Ministerio de Sanidad para uso clínico, que pudieran en un futuro sustituir a algunos de los fármacos actualmente utilizados (5).

El coste elevado del tratamiento inmunosupresor es adicional para la economía del paciente y para el programa gubernamental de sanidad de cada país. Los efectos secundarios de la medicación inmunosupresora han hecho que algunos pacientes abandonen el tratamiento inmunosupresor pautado y esto conlleva a un rechazo crónico y a la pérdida del injerto en un tiempo más corto del previsto (6).

Se han hecho estudios con 260 pacientes receptores de un injerto renal y la incidencia del no-cumplimiento en el tratamiento inmunosupresor alcanzó al 18%. El 91% de los trasplantados renales que no cumplían correctamente con la pauta ordenada por el médico perdieron el riñón y en algún caso fallecieron (7).

Las enfermeras debemos de colaborar con los médicos para informar a los pacientes de la importancia del seguimiento exhaustivo del tratamiento farmacológico, especialmente el inmunosupresor. Siempre que se observe una variación en la función renal debemos de indagar si toma siempre toda la medicación prescrita, porque algunos pacientes toman aquellos fármacos que se pueden detectar por niveles plasmáticos y abandonan otros, como los corticoides, que no los podemos detectar. Esto nos debe de conducir a reforzar la educación sanitaria dada en el post-operatorio sobre el tratamiento farmacológico.

COORDINACION DE TRASPLANTES

La figura del coordinador de Trasplantes (CT) surge como consecuencia de las demandas derivadas de la consolidación de los programas de trasplante, genuinamente multidisciplinarias que conllevan la necesidad de que alguna persona se encargue de coordinar las intervenciones de los equipos médico-quirúrgicos, además de atender a los aspectos de orden social y legal que el trasplante conlleva, particularmente en la vertiente generadora de órganos.

De forma genérica podemos definir la función del CT como la de posibilitar el aprovechamiento del potencial generador de órganos para trasplante en el hospital, el CT será la "persona cualificada que conozca, supervise, promocioe, y coordine las actuaciones de donación, extracción, transporte y disponibilidad de los órganos para trasplante, con un ámbito territorial que en cada caso sea oportuno.

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE RENAL

La evolución de los cuidados al enfermo trasplantado se ha orientado hacia un enfoque holístico: La enfermera es responsable del cuidado integral del paciente durante todo el período de hospitalización.

Así pues, los cuidados de enfermería asumen la responsabilidad de toda la gama de funciones, incluyendo la educación sanitaria, consultas externas, cuidados exhaustivos y continuos, planificación y valoración de los cuidados y preparación del alta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández, J; Fernández, J; Sanz, C.: Trasplante Renal. Revista Clínica Española , Vol. 194: 226-234, 1994.
2. Danavitch, G; Wilkinson, A.: Tratamiento inmunosupresor en el trasplante renal. Insuficiencia Renal Crónica. Diálisis y Trasplante. 1ª Edición. Ed. Norma. 853-864.
3. Chan, L. Outcome and complications of Renal Transplantation. En: Schrier RW, Gottschalk CW, eds. Diseases of the kidney (52 ed). Boston/Toronto/London: Little, Brown and company, 1993; 2.911-2.967.
4. Braun WE.: Long-term complications of renal transplantation, kidney International 1990; 37: 1.363-1.378
5. Cuervas-Mons.: Medicamentos Inmunosupresores Revista Clínica Española, Vol. 194: 248-257, 1994.

6. Novello, A. Topper, H. Boucot Cummings, N.: Diálisis y trasplante renal: aspectos éticos, sociales y económicos. *Insuficiencia Renal Crónica. Diálisis y Trasplante. II Edición.* Ed. Norma. 1060-1079.
7. Schweizer RT et al.: Non compliance in organ transplant recipients. *Transplantation* 1990; 49:374.