

Garantizar el éxito del trasplante renal

Dolores Andreu Pérez, Miguel Ángel Hidalgo Blanco, Carmen Moreno Arroyo

Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica. Barcelona. España

Pese a que son continuos los avances en materia de trasplante renal y que esta opción continúa siendo la mejor para el tratamiento de la enfermedad crónica terminal son numerosos los problemas que plantea. La experiencia de nuestro país en este tema es incuestionable; el pasado 2014 se llevaron a cabo en España 4360 trasplantes y las tasas de donación alcanzaron los 36 donantes por millón de población¹, lo que sitúan al país entre los mejores, no solo en cuanto al número de trasplantes o en la investigación de la mejor inmunosupresión, también en la realización de técnicas complejas como el trasplante en dominó, además se batieron records en cuanto al número de trasplantes realizados en 24 horas, pues el 20 de febrero de ese año se realizaron 45 trasplantes que fueron posibles gracias a 16 donantes, 14 fallecidos y dos vivos². La labor de la Organización Nacional de Trasplante y de las organizaciones autonómicas, el esfuerzo de los equipos multidisciplinarios y la generosidad de los ciudadanos hacen posible que se alcancen resultados difíciles de mejorar.

Superado el escollo de la obtención de órganos adecuados, la utilización de técnicas quirúrgicas poco agresivas, fundamentales para la donación de persona viva³ y el uso de nuevas terapias inmunosupresoras ofrecen razonables perspectivas de supervivencia y de buena calidad de vida⁴. No se puede obviar que es imprescindible el seguimiento de la persona trasplantada, tanto en su vertiente clínica como en aspectos psicosociales. Evitar el rechazo es fundamental y para

esto puede ser necesaria una preparación específica del receptor⁵, pero también evitar las infecciones, la nutrición adecuada y una inclusión social satisfactoria garantizaran que el sufrimiento de la persona trasplantada, y el esfuerzo de la sociedad se vean compensados⁶.

Aunque los profesionales de enfermería somos pieza imprescindible en el engranaje son pocas las publicaciones que llegan a esta Revista sobre el tema, por lo que es necesario que los profesionales que trabajan en cualquier vertiente de ese campo hagan llegar sus experiencias al mundo apasionante de la enfermería nefrología.

Fernández-Castillo R. Evaluación del estado nutricional en pacientes trasplantados renales durante 5 años de seguimiento. Nutr Hosp. 2014;30: 1130-1134

Conseguir un estado nutricional adecuado y la situación de normopeso es uno de los problemas que más frecuentemente se plantean en el seguimiento del trasplante renal. Es frecuente el aumento de peso y la obesidad, que se asocian a otras complicaciones como la dislipemia y la diabetes, y en menor medida también la desnutrición se asocia a malos resultados del trasplante. El autor de este artículo se planteó evaluar el estado nutricional de pacientes trasplantados renales y determinar si en un periodo de cinco años de seguimiento en la consulta postrasplante 119 pacientes sufrían variaciones de dicho estado y si existía relación con su función renal. A todos los pacientes se les realizaron determinaciones de colesterol total, lipoproteínas de baja y alta densidad, concentraciones de triglicéridos y ferritina, y se les efectuaron mediciones antropométricas de peso, altura e Índice de Masa Corporal (IMC). Se tuvo en cuenta la tasa de filtración glomerular, agrupando a los pacientes en tres grupos según su tasa de filtración glomerular (< 60 mL/min, 60-89 mL/min y ≥ 90 mL/min).

Correspondencia:

Dolores Andreu Periz
Universidad de Barcelona
Departamento de Enfermería Fundamental
y Medicoquirúrgica
C/. Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona
E-mail: lolaandreu@ub.edu

Los resultados demostraron que el peso e IMC tiende a disminuir en el grupo con mayor filtrado, mientras aumentan en el resto de grupos. También en los pacientes que tenían un filtrado mayor se produjo una disminución de colesterol total, de lipoproteínas de alta y baja densidad, de triglicéridos y de ferritina.

El autor concluye que tras un seguimiento de cinco años se observa una disminución de parámetros bioquímicos y nutricionales que estarían estrechamente relacionados con la función del injerto.

Sofue T, Hayashida Y, Hara T, Kawakami K, Ueda N, Kushida Y. Plasmapheresis in a patient with antiphospholipid syndrome before living-donor kidney transplantation: a case report. BMC Nephrol. 2014, 15:167

Aunque la trombosis precoz del injerto y complicaciones hemorrágicas no suelen ser causas frecuentes de la pérdida del injerto después del trasplante renal, en pacientes con síndrome antifosfolipídico este riesgo se incrementa. En este caso clínico se presenta una paciente de 37 años con este síndrome, secundario a un lupus eritematoso y que era portadora de un anticuerpo específico de la enfermedad (anti-β2-glicoproteína I IgG). La plasmaféresis se ha demostrado parcialmente eficaz para la eliminación de anticuerpos por lo que se utilizó este tipo de terapia previo al trasplante de donante vivo en la paciente, con el fin de eliminar dichos anticuerpos.

El protocolo de tratamiento previo consistió en plasmaféresis por filtración y recambio plasmático y posteriormente se administró a la paciente terapia de anticoagulación completa para contrarrestar los riesgos de trombosis precoz del injerto. El aloinjerto de riñón comenzó a funcionar poco después del trasplante y no se observaron complicaciones trombóticas evidentes, aunque la anti-β2-glicoproteína I IgG aumentó hasta alcanzar un nivel similar al de antes de la plasmaféresis. Un año después del trasplante, la función renal de la paciente permanecía estable mientras recibía terapia de anticoagulación, así como un régimen inmunosupresor de mantenimiento. Ante la evolución de este caso, los autores sugieren que la plasmaféresis profiláctica, más terapia de anticoagulación completa pueden ser una estrategia eficaz en pacientes con síndrome antifosfolipídico sometidos a trasplante renal de donante vivo.

Mercado-Martínez FJ, Hernández-Ibarra E, Ascencio-Mera E, Díaz-Medina BA, Padilla-Altamira C, Kierans C. Viviendo con trasplante renal, sin protección social en salud: ¿Qué dicen los enfermos sobre las dificultades económicas que enfrentan y sus efectos? Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: 30(10):2092-2100

Países con sistemas de salud en vías de desarrollo también utilizan el trasplante como opción terapéutica óptima, pero sus resultados pueden verse alterados por circunstancias económicas y sociales. Tras una cuidada revisión bibliográfica, los autores afirman que si bien el trasplante se plantea como la mejor forma de terapia y de mejora de la calidad de vida, los programas de trasplante se enfrentan a múltiples dificultades sobre todo económicas y los pacientes en países que no tienen sistemas universales de salud y, por tanto, un acceso difícil a la terapia inmunosupresora, presentan una incidencia mucho mayor de pérdida del injerto.

Mediante un estudio cualitativo se pretende examinar las dificultades económicas y el efecto que tiene en las vidas de las personas sometidas a un trasplante renal y que no cuentan con acceso gratuito a la atención sanitaria. Se plantean dos preguntas específicas ¿cuáles han sido las dificultades económicas que tiene los enfermos una vez trasplantados?, y ¿cuáles han sido los efectos de tales dificultades en su vida diaria?

Este estudio se realizó en México país en el que un porcentaje importante de la población no tiene seguridad social, ni acceso a la medicación de forma gratuita, pese a esto el número de trasplante es elevado y se prioriza la donación de vivo.

Se realizó una entrevista en profundidad a 21 personas con trasplante renal, que no tenían acceso a un seguro público o privado, ni recursos para pagar la terapia renal. Doce eran hombres y nueve mujeres; sus edades oscilaban entre 23 y 65 años, 15 vivían en ciudades y 6 en áreas rurales. Tras un análisis del contenido temático de dichas entrevistas, se llegó a la conclusión de que la situación que se han enfrentado desde que fueron trasplantados discrepa del panorama que les prometieron los profesionales de la salud. Más que disminuir los gastos, volver a la vida normal y a las actividades productivas, o mejorar su calidad de vida, los enfermos destacan la imposibilidad de seguir las terapias médicas debido fundamentalmente a motivos económicos. Reconocen haber sido informados de la necesidad de tomar

medicamentos de por vida, pero nunca haberseles notificado en detalle los problemas que enfrentarían después del trasplante. Según los participantes, se enfrentaron a múltiples obstáculos que les han impedido volver a la vida normal y a las actividades productivas. Entre otros mencionan el malestar físico, la calidad deficiente de la atención médica, la desorganización en los hospitales o los efectos colaterales de los medicamentos. Sin embargo, el problema económico ha sido el más apremiante. Para todos ellos, la enfermedad renal pasó a significar un tratamiento largo, complejo y costoso que les mantiene con el temor ante el posible rechazo del órgano por la falta de medicamentos.

Está aceptado que los costos del trasplante renal son menores que los de las terapias dialíticas y que representan ahorros para los sistemas de salud y a la sociedad en su conjunto. Las evidencias presentadas en este trabajo muestran que sucede lo contrario, según las personas enfermas. Desde la óptica de quienes han sido trasplantados sin contar con acceso a la seguridad social, el problema central radica en que el precio de los medicamentos inmunosupresores es superior a los costos de la hemodiálisis o la diálisis peritoneal. De hecho, el asunto se vuelve más complejo porque a partir del trasplante pasan a vivir con el temor permanente al rechazo del órgano, si no toman los medicamentos día a día, a diferencia de cuando estaban en alguna terapia dialítica. Para los participantes de este estudio, en consecuencia, vivir con el trasplante renal ha significado pasar a vivir permanentemente en medio de dificultades económicas.

Roedder S, Sigdel T, Salomonis N, Hsieh S, Dai H, Bestard O. The kSORT Assay to Detect Renal Transplant Patients at High Risk for Acute Rejection: Results of the Multicenter AART Study. PLoS Med. 2014 Nov 11; 11(11):e1001759

Es necesario minimizar el riesgo de rechazo agudo pues aumenta la posibilidad de que se produzca la lesión crónica del injerto y en definitiva del fracaso del trasplante. Determinadas estrategias como realizar pruebas moleculares no invasivas, pueden mejorar el diagnóstico de la enfermedad y la monitorización del paciente.

Los autores de este estudio, para detectar pacientes con alto riesgo de rechazo agudo, han desarrollado una prueba utilizando un ensayo de expresión génica de sangre. Con este fin diseñaron un algoritmo ba-

sado en la correlación mediante análisis de datos de expresión de genes en 558 muestras de sangre de 436 pacientes con trasplante renal recogidas a través de ocho centros de trasplante en los Estados Unidos, México y España, entre 5 de febrero 2005 y 15 de diciembre de 2012.

La expresión génica se evaluó por PCR cuantitativa en tiempo real (QPCR) y el Test de Respuesta de Órganos Sólidos (kSORT, del inglés) y se basó en el análisis de expresión de 17 genes. El kSORT fue capaz de detectar en sangre el rechazo agudo, independiente de la edad del trasplantado, del tiempo post-trasplante y de la fuente de la muestra. La conclusión de este trabajo es que el ensayo kSORT por QPCR es una herramienta no invasiva que permite detectar alto riesgo de rechazo agudo en los trasplantes renales. Es deseable que ensayos clínicos prospectivos observacionales y de intervención permitan validar la utilidad de este test.

Einollahi B, Motalebi M, Salesi M, Ebrahimi M, Taghipour M, The impact of cytomegalovirus infection on new-onset diabetes mellitus after kidney transplantation: a review on current findings. J Nephropathol. 2014; 3(4):139-48

El desarrollo de diabetes mellitus tras el trasplante es una complicación conocida y diferentes autores cifran su aparición entre un 2% y un 53% de los pacientes trasplantados. Es bien sabido que esta complicación aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, la tasa de infecciones, y favorece el rechazo del injerto y/o la pérdida del mismo, lo que repercute negativamente en la supervivencia del paciente y del órgano trasplantado. Aunque diversos factores justifican la aparición de la diabetes, se ha sugerido que la infección por citomegalovirus (CMV) favorece el desarrollo de dicha enfermedad. Este meta-análisis tiene como objetivo identificar el papel de la infección por CMV que lleva al desarrollo de diabetes en pacientes receptores de riñón.

Con esta finalidad se hicieron búsquedas en varias bases de datos electrónicas, incluyendo PubMed, Embase, Medline, Scopus, Trip database y Google Académico, para los estudios realizados entre enero 1990 y enero 2014 y que se ajustaran a criterios previamente establecidos. Los resultados más relevantes de este meta-análisis incluyen siete estudios con 1389 pacientes con trasplante renal. El rango de la media de edad fue desde 42,8 hasta 48,8 años, y los varones eran del 53% al 75% de los pacientes en los estudios

de cohortes. En estos estudios la incidencia de diabetes mellitus post trasplante varía de 14,3% a 27,1%. Tras conocer las características de estos estudios y la incidencia de infección por CMV que mostraban los pacientes los autores de este meta-análisis concluyen que la infección por CMV es un factor de riesgo para el aumento de la incidencia de diabetes, pero que son necesarios más ensayos clínicos y de cohorte que confirmen esta afirmación.

Bibliografía

1. Organización Nacional de Trasplante (ONT). Datos globales de donación y trasplante. <http://www.ont.es/infesp/Paginas/DatosdeDonacionyTrasplante.aspx> (consultado 12-1-2015).
2. Gabinete de Prensa. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.ont.es/Documents/Actividad2014.pdf> (consultado 12-01-2015).
3. Mallafré Sala JM. Nefrectomía de donante vivo para el trasplante renal. Arch. Esp. Urol 2005. 58 (6): 517-520. Madrid jul.-ago. 2005.
4. Díaz Jurado M, Díaz Barnet E, Salillas Adot, Escofet Gómez R, Julve Ibáñez M. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2007; 10 (1): 53-58.
5. Hernández JMM, Cabello E, González JM, Hernández D, Pérez, D. Marrero, et al. Tratamiento de inducción combinando inmunoglobulinas, plasmaféresis y rituximab en pacientes hipersensibilizados que reciben trasplante renal de cadáver. Nefrología 2010. 30 (2):252-257.
6. Del Toro Ramírez A, Ruiz Prieto I. Riesgo de malnutrición en pacientes con trasplante renal. Trastornos de la Conducta Alimentaria 15 (2012): 1731-1743.