

Bibliografía comentada

Enrique Limón Cáceres

*Profesor asociado de la Escuela de Enfermería.
Universidad de Barcelona*

Fernández Lucas M, López Sánchez J, Miranda B, Matezanz R. *Adherencia al tratamiento en pacientes receptores de trasplante renal. Estudio multicéntrico español. Rev. Nefrología* 1998; 18: 316-325.

PALABRAS CLAVE: **TRASPLANTE RENAL,
MEDICACIÓN CRÓNICA.**

El interés por el seguimiento del tratamiento por parte de los enfermos crónicos está cobrando cada vez mayor importancia en el mundo de la salud. El paciente trasplantado renal precisa una medicación crónica y su estricto cumplimiento es fundamental para la evolución de su enfermedad. En el ámbito estadounidense se están realizando recientemente múltiples estudios que asocian la pérdida del riñón trasplantado con el incumplimiento del tratamiento terapéutico si bien en nuestro ámbito sanitario ha sido un fenómeno poco estudiado. La importancia de este estudio es su novedad y sus propias características. Es una investigación multicéntrica (seis hospitales españoles) y de corte transversal. Los investigadores evalúan mediante una encuesta la adherencia a la medicación en pacientes que han recibido un trasplante renal.

La encuesta está dividida en tres apartados: aspectos demográficos de la población estudiada, conocimientos y actitudes con respecto a la medicación y grado de adherencia al tratamiento. El estudio gira a partir de la definición de "incumplimiento" como aquella actitud del paciente que había dejado de tomar algunas dosis, independiente del número y la frecuencia tomando como periodo de tiempo el último mes. Se diferenció entre medicación inmunosupresora y otros fármacos.

Los datos extraídos de la investigación fueron que de 1.353 encuestas realizadas la prevalencia de incumplimiento era del 6.4%, siendo menor en los fármacos inmunosupresores que en otros fármacos. Las variables que tienen mayor incidencia son: la edad, a menor edad mayor in-

cumplimiento y este aumentaba cuando hacía tiempo que se seguía el tratamiento y el hecho de vivir solo. No fueron variables relevantes ni el sexo, ni la importancia dada al tratamiento, ni la información de que se disponía.

Como conclusión final los autores demuestran la baja tasa de incumplimiento y que por tanto en nuestro país no puede considerarse el incumplimiento como causa relevante de fracaso de injerto renal.

Kristi M Klee, Laurie Fouser, Kate Greenleaf, Sandra I Watkins. *Continuous Venovenous Hemofiltration With and Without Dialysis In Pediatric Patients. Rev ANNA Journal*, February 1996, vol 23, 1: 35-39.

PALABRAS CLAVE: **HEMOFILTRACIÓN CONTINUA
VENOVENOSA (CVVH),
PACIENTES PEDIÁTRICOS.**

El fallo renal es una situación muy crítica en los pacientes recién nacidos y en los niños en general, cuando se desarrolla fallo renal puede conducir a hipoxia, shock, sepsis y múltiples problemas derivados de dicho fallo renal. Las modalidades de elección en pacientes pediátricos con fallo renal son la diálisis peritoneal (PD) y la hemodiálisis (HD). La decisión de utilizar uno u otra se ve condicionada por la edad, el peso, el diagnóstico, los recursos con los que cuenta el niño y su familia y el acceso a los tratamientos. La PD es la modalidad más utilizada pero puede estar contraindicada ante la presencia de abdomen agudo, compromiso respiratorio o rotura diafragmática. Igualmente la talla del niño y la inestabilidad vascular pueden contraindicar el tratamiento. El uso de Hemofiltración Continua Arteriovenosa (CAVH) puede ser

una opción a tener en cuenta cuando el niño necesita un tratamiento de estas características pero para ello requiere acceso arteriovenoso y mantener una presión sanguínea constante en el circuito del CAVH. El siguiente artículo realizado en un hospital infantil de Seattle (EEUU) estudia el desarrollo de un tratamiento alternativo: esta opción es Hemofiltración Continua Venovenosa (CVVH) donde no es preciso el acceso a la arteria ya que proporciona el flujo de sangre vía venosa mediante una bomba externa. Esta investigación presenta un estudio sobre veinte pacientes pediátricos que recibieron Hemofiltración Continua Venovenosa (CVVH) con y sin diálisis. Durante un periodo de tiempo comprendido entre 1992 y 1993. La edad de los niños estaba comprendida entre 1 día y 12 años (la edad media era de 4 años) y el peso comprendido entre 1.7 kg y 76 kg (con una media de 15.8 kg). Los datos nos revelan que 17 de los 20 pacientes comenzaron con (CVVH) por inestabilidad hemodinámica, uno por complicación en PD, y dos por desórdenes metabólicos. Los datos por tanto nos permiten apreciar que con Hemofiltración Continua Venovenosa (CVVH) se consiguió equilibrar eficazmente los fluidos y solutos y se corrigieron desequilibrios metabólicos de una forma fácil y correcta.

González M^a Carmen, Luque Marta, Sánchez M^a Asunción, Díaz María, Torres María. *Manual para el aprendizaje del autocateterismo limpio intermitente, en el paciente uropediátrico. Aplicación y valoración de resultados*. Rev. de la Asociación Española de Enfermería en Urología 1998; 53-66.

PALABRAS CLAVE: AUTOCATETERISMO LIMPIO INTERMITENTE, MANUAL INFORMATIVO. UROPEDIATRÍA.

Toda persona que presente una disfunción en el vaciado de su vejiga que produzca residuos postmicciones superior a un 15% puede requerir el uso del catéter limpio intermitente, para conseguir que su vejiga se vacíe de for-

ma regular, disminuir la presión intravesicular y evitar el residuo. Esto nos permite preservar su función renal, disminuir la frecuencia de infecciones y mejorar la continencia para facilitar su relación social. Existen varias patologías infantiles que pueden llevar a la aplicación del cateterismo limpio intermitente desde una edad muy temprana y durante un largo periodo de tiempo. El centro donde se ha realizado el proyecto tiene como patología más frecuentes las disfunciones vesicales de tipo neurógeno de causa congénita (mielomeningocele, lipomeningocele y espina bífida), las atrofas vesicales y el reflujo bilateral. Los autores consideran que el niño puede aprender el autocateterismo a partir de los cinco años, dependiendo de su destreza manual y capacidad para entender. La figura de los padres es considerada fundamental en el adiestramiento, participación y estimulación en la realización del procedimiento.

El objetivo de este trabajo es la unificación de criterios de actuación en enfermería a la hora de realizar la educación sanitaria para evitar una dispersión de la información que puede confundir al niño y a los padres, lo que nos llevará a aumentar el interés del niño/padres en el conocimiento y ventajas de la técnica del cateterismo limpio intermitente.

La metodología utilizada fue la elaboración de un manual informativo, donde a través de 10 cuestiones, intentaban dar la información necesaria para realizar el cateterismo limpio intermitente. Se intentó hacer con un lenguaje comprensible y evitando en lo posible la utilización de palabras técnicas que dificultaran el entendimiento del texto. Una vez elaborado el texto se instauró una metodología didáctica consensuada con todo el personal implicado en la enseñanza y teniendo en cuenta los recursos disponibles. El método se desarrolló a partir de una serie de entrevistas intentando desarrollar cada una de las partes del proyecto. El artículo en una segunda fase desarrolla la validación del programa en un total de 10 casos con las siguientes conclusiones: La utilización de un manual facilita la unificación de criterios de actuación de enfermería y evita las modificaciones personales que tienden a confundir al paciente; la responsabilidad del autocateterismo recae en la mayoría de los casos en los padres hasta la pubertad del niño/a; el punto más importante a la hora de incidir y remarcar es la importancia de la asepsia durante cateterismo; el índice de complicaciones ha sido escaso y la aceptación de la técnica por el paciente es muy favorable.

Akinlolu O, Robert A, Lawrence y Philip J, Friedrich K, Sean F, Sandra E, David M, Robert L, Alan B. *Prognosis After Primary Renal Transplant Failure And The Beneficial Effects of repeat Transplantation*. Rev. Transplantation, December 1998, vol 66, 12: 1651-1659.

PALABRAS CLAVE: FRACASO DEL TRASPLANTE RENAL PRIMARIO, DIABETES MELLITUS (DM).

El siguiente estudio realizado por un grupo multidisciplinar estudia la supervivencia de trasplantados tras el fracaso del trasplante renal primario. Este es un fenómeno poco estudiado y sin embargo es una realidad para el paciente y el equipo de salud.

El estudio es un análisis multivariable realizado en EEUU con una cohorte de 19.208 destinatarios de trasplante renal con fracaso del órgano primario en un periodo de tiempo que comprende entre 1985 y 1995, se siguió desde la fecha de pérdida del órgano trasplantado hasta la muerte, repetidos trasplantes, o aquellos que sobrevivieron al 31 de diciembre de 1996.

Los riesgos de mortalidad, los tiempos de espera, y los repetidos trasplantes se valoraron con un modelo de supervivencia en función de las variables tiempo y dependencia.

Los resultados nos proporcionan los siguientes datos: Un total 34.5% de pacientes murieron durante la investigación. De estas muertes 82.9% ocurrieron en pacientes que no estaban en lista de espera para recibir un nuevo trasplante, 11.9% ocurrieron en pacientes en lista de espera, y un 5.2% ocurrió en receptores del segundo trasplante. En los pacientes que no habían recibido un segundo trasplante mostraban la siguiente relación: la supervivencia de los pacientes era 36% para la Diabetes Mellitus Tipo I (DM), para la DM Tipo II un 49% y un 65% para los no diabéticos. El estudio como muchos estudios realizado en el ámbito estadounidense refleja las diferencias existentes entre las diferentes razas que componen su población la supervivencia en los caucasicos fue de un 57% frente a un 67% en los afro-americanos y un 64% en otras razas respectivamente. El tiempo de espera para un nuevo órgano fue de 32 meses para la población caucasiana, 90 meses para la población afro-americana y 81 meses para otras razas. En este periodo de 5 años la mortalidad de los pacientes que habían recibido un nuevo trasplante se redujo en un 45% en los pacientes DMI y en un 23% en los no diabéticos con respecto a la mortalidad de los pacientes que estaban en lista de espera para un segundo trasplante. Las conclusiones del estudio nos llevan a determinar que la pérdida de un primer trasplante renal está asociada con una significativa mortalidad, especialmente en pacientes con DM Tipo I. La repetición del trasplante está asociada con una pérdida sustancial en pacientes supervivientes de más de cinco años. Se considera que el grupo más beneficiado en la repetición del trasplante son los pacientes con DM Tipo I.