

Consideraciones sobre aspectos quirúrgicos del trasplante renal

Considerations on surgical aspects of renal transplantation

Dr. C. Ramón Ezequiel Romero Sánchez

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.
rromero@finlay.cmw.sld.cu

Estimado Director:

Hace apenas unos meses, en septiembre de 2011, el Coordinador Nacional de Trasplante Renal, Dr. Alexander Mármol Sóñora, realizó una visita de trabajo al Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, de la provincia de Camagüey, en la cual tuvo la oportunidad de intercambiar en relación a aspectos científicos, especialmente en temas y puntos de vista relacionados con trasplante renal (TR) y acceso vascular permanente para hemodiálisis. Se evidenció, entre otros, que constituye un problema el estado en que los pacientes llegan a la diálisis, sin un capital vascular que permita hacer una fístula arteriovenosa para hemodiálisis (FAV) adecuada y oportuna. También se abordaron de otros aspectos, tales como el tiempo de isquemia fría del riñón donante.^{1,2}

El Dr. Mármol, circuló por correo electrónico, y a través de la lista de trasplante; algunas de estas opiniones, que se han recogido y ampliado, pues se considera que muchas de ellas, tienen el sustento empírico del autor, por haber laborado 20 años en la actividad de trasplante en la provincia de Camagüey y otros centros del país; como asesor además del Seguro Social Peruano en el Hospital Nacional y ser autor de un estudio sobre acceso vascular iniciado en 1985 y que culminó con la defensa en opción al grado científico.

Estas ideas, expresadas de forma clara y sencilla, han sido divididas en: acceso vascular, trasplante renal e ideas generales.

Relacionadas con el acceso vascular:

1. Momento de realización de la FAV lo más precoz posible, el hacerlo cuando el paciente está en métodos dialíticos le imprime mayor complicación a la misma y aumenta la morbimortalidad del enfermo.³
2. Necesidad primordial de la relación consulta de nefrología y grupo quirúrgico. Esto forma parte de la imprescindible visión interdisciplinaria actual en la medicina y en particular en el trasplante de órganos y tejidos, el trasplante renal no escapa a ello.
3. Importante el número de FAV realizadas por cirujano para garantizar la eficacia de la misma y menos intentos fallidos, es decir que el cirujano, tratase de cirujano general o vascular, debe tener entrenamiento microquirúrgico vascular y en especial en los fundamentos, detalles técnicos, anatomía y fisiología vascular periférica.
4. Sería ideal comenzar por la FAV en la tabaquera anatómica, pues se ven muchos casos con intentos fallidos e incluso uso de prótesis vasculares y a los cuales nunca se les realizó distal a proximal como está avalado internacionalmente, incluso en pacientes no diabéticos o ateroscleróticos. Este principio es lógico, pues nada sustituye al material homólogo y el tener en mente ahorrar segmentos de vasculatura, es una vía de mejores accesos vasculares.
5. Exagerada tendencia al uso de prótesis (por fallos en los intentos de FAV, tampoco en diabéticos o ateroscleróticos).

No cabe dudas de que los adelantos tecnológicos favorecen los resultados de la cirugía, pero también, la comercialización desmedida, y el esnobismo hacia lo nuevo y caro, en detrimento de lo clásico y natural, hacen inclinarse a los cirujanos en esta línea.

Relacionadas con el trasplante renal:

1. Necesaria relación entre las disciplinas, pero lo ideal es la realización del TR por el mismo cirujano principal, no dividir el TR en momento vascular o urológico. Esto según criterios del autor garantiza un mayor compromiso con el resultado del TR, su seguimiento, abordaje de las complicaciones en tiempo y forma, etc.
2. Utilizar las 24 horas de isquemia fría como máximo para hacer el TR, sí existen las condiciones para hacerlo. Existe el ejemplo de un colectivo de cubanos que laboraron siete meses para potenciar el TR en Perú, y los 28 trasplantes que se realizaron allá estuvieron

por debajo de las 10 horas, con el estudio inmunológico de antígenos leucocitarios de origen humano (HLA) y prueba cruzada de linfocitos (CM), en extracciones hechas por los mismos cirujanos de trasplantes de Cuba.

La víscera, no es igual cuando no la extrae un cirujano de trasplante (no se preserva igual o no se valora su verdadero estado anatómico).

3. En el TR del donante vivo debe hacerse siempre simultáneo y se debe acortar al máximola isquemia fría.

Ideas Generales:

Los directivos y decisorios del sistema de salud, y otros sistemas involucrados, deben tener conocimiento de la actividad y una visión intersectorial⁴ en el trasplante renal, que es un subsistema del sistema de trasplante de órganos y tejidos, pues para esta práctica es vital este abordaje, con aspectos que van desde la atención a los familiares del donante,⁵ los servicios comunales, la funeraria, hasta el traslado de los enfermos el día de venir al TR, que no precisamente tiene que ser de tipo sanitario, es un enfermo renal crónico pero que la única urgencia que tiene ese día es llegar justo a tiempo a los grupos multidisciplinarios de TR, este pensamiento tiene un carácter sistémico,⁶ acorde a las ideas de la Organización Mundial de la Salud. Es decir que en el trasplante hay muchos elementos decisivos, y muchas veces subestimados, fuera del Ministerio de Salud Pública, a tener en cuenta para un buen resultado integral, pues el trasplante dista mucho de ser solo un acto técnico. Se culminó la conversación con la expresión por un nefrólogo camagüeyano, de que hoy somos ricos en cuanto a recursos, solo nos falta acabar de concretar aspectos organizativos, intra institucionales e inter regionales, elementos estos que el autor hace suyos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mármol Sónora A, Pérez Rodríguez A, Pérez de Prado Valdivia JC, Fernández-Vega S, Gutiérrez García F, Arce Bustabad S. Programa de trasplante renal en Cuba. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2012 Abr 01]; 48(4): 238-243. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000400012&lng=es
2. Arce Bustabad, S et al. Trasplante renal y enfermedad renal crónica. Sistema de leyes integradoras. La Habana. Editorial Ciencias Médicas 2009. pp 7-21

3. Fernández Pérez R, Romero Sánchez R, Ferrer Padrón A. Fístulas arteriovenosas para hemodiálisis: Estudio de un año. AMC [revista en la Internet]. 2008 Oct [citado 2012 Abr 01] ; 12(5):3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500011&lng=es
4. Castell-Florit P. Intersectoral Health Strategies: From Discourse to Action. MEDICC Review. 2010; 12(1):4.
5. Díaz Mesa J, Domínguez Cordovés J, Queral Gómez-Quintero R, Collera Rodríguez S, González Rapado L, Madrigal Batista G. El donante: elemento básico en el proceso de donación y trasplante. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2012 Ene 25] ; 47(3):5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000300008&lng=es.
6. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud. Don de Savigny y Taghreed Adam (Eds.). OMS. París 2009

Recibido: 2 de abril de 2012

Aprobado: 8 de noviembre de 2012

Dr. C. Ramón Ezequiel Romero Sánchez. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba. rromero@finlay.cmw.sld.cu