

ATS 11 50

Buenas noches, Vida y Salud es un espacio semanal coordinado por el equipo de profesores del curso de nivelación de ayudantes técnicos sanitarios y con la serie de programas dedicados al trasplante renal, serie que forma parte de una campaña llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad en diversos medios de comunicación y que tiene por objetivo principal obtener la colaboración solidaria de la población con los enfermos que padecen insuficiencia renal. Su vida depende de que otros estén dispuestos a donar sus riñones. La necesidad de órganos es todavía más urgente.

Se calcula que cada año se incorporan al tratamiento de diálisis entre 30 y 40 niños menores de 15 años. Cuanto antes se realiza la operación de trasplante, mayores son las posibilidades de éxito. Para hablar de las características del trasplante renal infantil, nos hemos acercado al Hospital Provincial de Madrid.

Allí nos hemos puesto en contacto con el doctor Augusto Luque de Pablos, jefe de la sección de nefrología pediátrica. Doctor Luque, ¿qué problemas específicos plantea el trasplante renal en niños? El trasplante renal plantea los mismos problemas que el trasplante renal de adultos con unas características peculiares que pueden referirse a la técnica quirúrgica, la implantación a veces de un riñón de un adulto en un niño pequeño plantea problemas pero que por otro lado se resuelven con relativa facilidad y quizá el problema específico que plantea el trasplante renal en niños es la necesidad más perentoria que el adulto para ser trasplantados cuanto antes. ¿Cómo influye el trasplante en el crecimiento del niño? Digamos que de una forma favorable porque haciendo balanza entre por un lado el niño en diálisis, o sea el tratamiento del niño en insulina con tratamiento dialítico o trasplantado los niños crecen mejor, recuperan mucho más el crecimiento con el trasplante renal que en diálisis donde el stop de crecimiento es muy importante, si bien el trasplante plantea por la medicación que se utiliza una serie de factores también negativos sobre el propio crecimiento del niño.

¿Cuál es la incidencia de la insuficiencia renal entre la población infantil? La incidencia de la insuficiencia renal en la población infantil no se conoce con exactitud o por lo menos no se conoce con exactitud en nuestro país. Si nos referimos a datos de la encuesta europea que hace la Asociación Europea de Diálisis y Trasplante, para nuestro país se estima que aproximadamente son susceptibles de entrar en un programa de diálisis entre unos 30 y 40 niños menores de 15 años y por año. Esto supone aproximadamente entre un 3,4 y un 3,5 por millón de población infantil y hay que saber que en España la población infantil se estima aproximadamente en unos 10 millones de niños.

¿A qué se debe doctor Luque esta enfermedad? Las causas de la insuficiencia renal crónica en la infancia son diversas. Un porcentaje probablemente el más alto lo constituyen las uropatías malformativas, es decir, aquellos niños que han nacido con un defecto en la embriogénesis de su aparato urinario, de sus ureteres, de su vejiga o alguna anomalía que implique un anómalo de drenaje en la orina y que a la larga produce una insuficiencia renal terminal. Las nefropatías

hereditarias también son una causa importante de la insuficiencia renal crónica en la infancia, así como la pseudomonoflitis.

¿Hay alguna forma de prevenir la insuficiencia renal? Sí, evidentemente que hay formas no de prevenir las uropatías malformativas, pero sí de detectarlas precozmente y de alguna manera prevenir o alargar su evolución lo más posible hacia la situación de insuficiencia renal terminal. Esta prevención debe ser orientada, como he dicho antes, en el sentido de hacer un diagnóstico precoz y haciendo un diagnóstico precoz podemos dilatar o incluso impedir que esta uropatía malformativa llegue a la situación de insuficiencia, o sea, conlleve la pérdida de la función de los riñones. Por otro lado, evidentemente hay una prevención en algunas nefropatías hereditarias que pueden diagnosticarse intraútero y donde un aborto terapéutico puede evitar el que un niño nazca con una determinada enfermedad, como por ejemplo es la cistinosis, que le puede conllevar irremisiblemente a la situación de insuficiencia renal terminal.

¿Cómo viven estos niños una enfermedad? ¿Hasta qué punto se puede decir que pueden llevar una vida normal? Digamos que el niño trasplantado vive mejor la vivencia del trasplante que la vivencia del diálisis, como por otra parte es lógico. Las reacciones que se pueden esperar son muy diversas y muy variadas, puesto que de alguna forma se liberan de la máquina, pero no se liberan de una cierta medicación que tienen que tomar y una serie de revisiones médicas periódicas que tienen que pasar en el servicio donde han sido trasplantados. Generalmente la actitud que vemos en los niños trasplantados después del trasplante es positiva.

Muchos de ellos se reintegran a una vida familiar mejor y sobre todo se reintegran plenamente a una actividad escolar, que en definitiva es lo que se pretende. ¿Está previsto algún tipo de apoyo psicológico para estos niños que les ayude a asumir mejor su enfermedad? Los enfermos en diálisis, tanto niños como adultos, plantean una serie de problemas psicológicos extraordinariamente difíciles de abordar y extraordinariamente difíciles de manejar desde un punto de vista de apoyo y desde un punto de vista terapéutico. La administración y la sanidad no contemplan este problema, puesto que la psiquiatría en nuestro país todavía tiene muchos agujeros y muchos fallos.

Lo ideal, evidentemente, sería que en cada unidad de diálisis, no sólo de niños sino también de adultos, hubiera un psicólogo o un equipo de psicólogos que se ocupara de este problema. Una de las consecuencias más importantes del trasplante es el llamado síndrome de Cushing. Doctor Luque, ¿en qué consiste este síndrome de Cushing y en qué manera afecta a los niños? Sí, el síndrome de Cushing es una producción anómala de corticosteroides.

A veces el síndrome se produce de una forma espontánea, pero que puede producirse de una manera iatrogénica cuando algún enfermo o algún paciente ingiere por vía oral dosis elevadas de prednisona o de corticoides que tienen un efecto acumulativo y que producen este síndrome que consiste en una retención por una parte de agua y de sal en una obesidad característica, fundamentalmente con una disposición de la grasa a nivel del cuello y de la pelvis y una serie de otras anomalías incluso psicológicas que dan o perfilan el cortejo de lo que es el síndrome.

Ese síndrome además tiene una interacción negativa sobre el crecimiento producido por los esteroides y el síndrome de Cushing aparece en alguna fase, generalmente en las primeras fases del trasplante renal en niños y en adultos, pero en el niño además tiene una incidencia negativa sobre el crecimiento. ¿Se puede llegar a superar este síndrome a lo largo de los años? Sí, el síndrome de Cushing no debe ser transitorio, es decir, el síndrome de Cushing aparece en función de que los enfermos reciban una dosis elevada de prednisona en el momento que estas dosis y además la tendencia actual es en la medida de lo posible a pasar inmediatamente que se pueda a recibir la medicación esteroidea que por otro lado es fundamental para paliar en la medida de lo posible el rechazo que siempre existe en una persona trasplantada pues en la medida en que posible pasarlos a dosis alternas y disminuir las dosis para evitar la aparición del síndrome de Cushing.

La hipertensión es otro de los peligros del trasplante renal, ¿es esta otra de las consecuencias superables o por el contrario el niño trasplantado está condenado toda su vida a cuidar su tensión? No, no, no, la hipertensión evidentemente que ocurre con alta frecuencia en un paciente trasplantado pero no es la regla y en todo caso buena parte de la hipertensión ocurre en los primeros tres meses del trasplante y en buena parte tiene mucho que ver con la administración como he dicho antes y el cortejo de lo que es el síndrome de Cushing sin que pueda aparecer hipertensión arterial asociada al rechazo o a otras causas que hay múltiples en el trasplante renal pero no es la regla, es decir, no todos los enfermos que se trasplantan del riñón son hipertensos ni tienen por qué serlo. ¿Tienen alguna prioridad los niños en las listas de espera? Se pretende que la tengan, prioridad a los niños en lista de espera, actualmente hace escasamente mes y medio ha habido unas jornadas sobre la problemática de la insuficiencia renal en la población española en el Insalud y se ha tratado de forma específica el caso de los niños y se han adoptado una serie de conclusiones que en principio van a ser vinculantes por parte del Insalud y una de ellas es que los niños de toda España tendrán prelación a la hora de recibir los órganos sobre la población adulta. ¿Doctor Luque, es el trasplante la mejor o es la única solución para combatir la insuficiencia renal? Las dos cosas, es la mejor solución y la única solución que tienen como alternativa de tratamiento los niños en insuficiencia renal terminal.

¿Y de cara al futuro, en base a las investigaciones que se estén realizando ahora, se puede esperar alguna otra solución mejor? No, mejor solución que el trasplante a la hora actual, lo que probablemente se podrá esperar de la investigación es que manejemos mejor el trasplante, que manejemos y que conozcamos mejor el fenómeno del rechazo, pero hoy por hoy no hay mejor solución que el trasplante renal y yo pienso que así van a quedar las cosas durante muchos años. Y así termina por hoy nuestro espacio de vida y salud, agradecemos su colaboración y participación en este programa al doctor Augusto Luque de Pablos, jefe de la sección de nefrología pediátrica del Hospital Provincial de Madrid. Traeremos esta serie de programas dedicados al trasplante de riñón, hablaremos del trasplante como bien social, gracias por su atención.

La UNED continúa en antena hasta las diez y media de la noche y continuará con otros temas

relacionados también con la salud en revista de ATS y Psicología Hoy, pero eso será a partir de las nueve de la noche aproximadamente. Pepe Lozano, colaborador habitual de nuestros programas, es crítico, director de cine y profesor de estética en la Facultad de Ciencias de la Información de Madrid. Él mismo titula el Entretiempo de hoy Crítica de la Razón Conservacionista.