

Vidre i mirall: selecció d'iniciatives presentades a la 3a jornada del Pla de salut de Catalunya

Programa de maneig compartit del pacient trasplantat renal entre la unitat de trasplantament renal i el servei de nefrologia no trasplantador

Thais López¹, Manuel Garcia¹, Loreley Betancourt¹, M. Pau Valenzuela¹, M. José Pérez², Marisa Mir², Marta Crespo², Julio Pascual², Frederic Oppenheimer³, Ignacio Revuelta³, Nuria Esforzado³, Josep M. Campistol³

¹Servei de Nefrologia. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell; ²Servei de Nefrologia. Parc de Salut Mar. Barcelona; ³Servei de Nefrologia. Hospital Clínic. Barcelona.

Resum

El trasplantament renal és la teràpia substitutiva renal més utilitzada. És molt freqüent la falta de coordinació entre unitats de trasplantament renal i serveis de nefrologia no trasplantadors, ja que un cop trasplantat, el pacient segueix en exclusivitat controls a la unitat de trasplantament renal. Per altra banda, l'atenció integral d'aquest pacient difícilment pot ser totalment assumida per les unitats de trasplantament renal i hauria de ser compartida amb l'hospital de referència per qüestions de confort del pacient i d'eficiència dels recursos del sistema.

El programa de maneig compartit del pacient trasplantat renal entre la unitat de trasplantament renal i el servei de nefrologia de referència permet la unificació de la història clínica, la integració de la cura assistencial i l'adequació dels recursos en funció de la complexitat.

Situació del trasplantament renal a Catalunya

El trasplantament renal (TR) és la millor opció de teràpia substitutiva renal en el pacient amb insuficiència renal crònica terminal (IRCT) i la utilitzada majoritàriament pels pacients.

A Catalunya, l'any 2011 hi havia una prevalença de pacients en TSR de 1.202 pacients per milió de població, dels quals el 52,9% tenia un empelt renal funcionant. D'aquesta manera el TR significava més de la meitat dels pacients en TSR a Catalunya¹.

Amb les actuals pautes de tractament immunosupressor s'aconsegueixen supervivències del pacient del 96% i 89% a l'any i als 5 anys i supervivències de l'empelt del 89% i 76% a l'any i als 5 anys, respectivament.

Els avantatges del TR són evidents no només des del punt de vista clínic sinó també en termes de cost-efectivitat, ja que el TR redueix el cost sanitari del tractament de la IRCT en comparació amb els programes de diàlisi crònica².

Organització assistencial del trasplantament renal

A Catalunya hi ha un procés de sectorització de l'assistència mèdica. Per altra banda, l'atenció integral del pacient TR, que comprèn des de l'administració de medicació, vacunacions, atenció especialitzada i atenció urgent, no pot ser totalment assumida per les UTR i hauria de ser compartida amb l'hospital de referència.

Tanmateix, és molt freqüent la falta de coordinació entre les UTR i els serveis de nefrologia no trasplantadors, ja que un cop trasplantat, el pacient deixa de tenir un seguiment clínic nefrològic a l'hospital de referència per seguir en exclusivitat controls a la UTR.

Això comporta que el pacient trasplantat no tingui una història clínica actualitzada a l'hospital de referència, on per altra banda és freqüent que segueixi essent visitat per altres especialitats. Aquesta situació es dona justament en un moment de la seva malaltia renal en què és previsible que hi hagi possibles complicacions (risc d'infeccions oportunistes, elevat risc cardiovascular, risc de neoplàsies, risc de nefrotoxicitat i d'interaccions farmacològiques).

Hem de tenir present que els pacients TR, davant d'una situació d'urgència mèdica, acudeixen a l'hospital de referència, ja sigui per iniciativa pròpia o a través del transport sanitari sectoritzat. Ens trobem, doncs, davant de pacients amb una llarga història de seguiment de la seva malaltia renal pels nefròlegs de referència, que es veu estroncada després del TR; això comporta un desconeixement de la seva situació actual i de les patologies associades, que sumat a la complexitat del maneig del tractament immunosupressor dificulta l'assistència mèdica.

És, doncs, un marc ideal on desenvolupar un programa de maneig compartit del pacient TR entre la UTR i el servei de nefrologia no trasplantador que permeti la inte-

Correspondència: Thais López Alba
Servei de Nefrologia. Corporació Sanitària Parc Taulí
Hospital Universitari Parc Taulí
Parc Taulí s/n
08208 Sabadell
Tel. 937 458 422
Fax: 937 458 479
Adreça electrònica: tlopeza@tauli.cat

gració de la cura assistencial i on hi hagi una participació activa i coordinada dels diferents dispositius per tal de facilitar el millor maneig per al pacient.

Raó de ser d'establir un programa de coordinació entre UTR i servei de nefrologia de l'hospital de referència

Els objectius que pretén aquest programa de maneig compartit són bàsicament:

- Unificar la història clínica del pacient, mantenint el contacte amb la seva unitat nefrològica d'origen, cosa que facilitarà, entre d'altres, el control previ al reinici de diàlisi en cas de pèrdua de l'empelt. De la mateixa manera, la història actualitzada facilitarà el requeriment de consulta d'atenció especialitzada, assistència a dispositius d'urgències o hospitalització.

- Evitar desplaçaments innecessaris dels pacients TR a les UTR, per a controls regulars que es poden oferir al seu hospital de referència.

- Adequar la complexitat als dispositius més adients. Aquest programa també generarà avantatges tant pel servei de nefrologia de referència com per les UTR en els següents aspectes:

- Amplia l'activitat i la cartera de serveis del servei de nefrologia de referència i permet una cobertura global de tots els aspectes del diagnòstic i maneig de les malalties renals, essent un estímul formatiu pel personal de plantilla i pels MEF de nefrologia.

- Facilita l'actualització terapèutica en el maneig de fàrmacs immunosupressors. És freqüent que fàrmacs utilitzats en el TR posteriorment tinguin utilitat en altres malalties de base autoimmune.

- Amplia l'àmbit d'influència de les UTR i permet descongestionar les seves consultes externes, adequant l'activitat als temes més específics del TR.

Requeriments organitzatius per a la coordinació

El maneig clínic del pacient TR estable es comparteix entre centre trasplantador i centre nefrològic de referència a la majoria dels països desenvolupats^{3,4}.

Per posar en marxa aquest programa hi ha una sèrie de requeriments organitzatius tant del servei de nefrologia no trasplantador com de la UTR:

- Nefròleg de referència, tant al servei de nefrologia no trasplantador com a la UTR, amb accessibilitat correcta.

- Creació d'una consulta específica de TR.

- Capacitat per a monitorar nivells de fàrmacs immunosupressors.

- Protocolització sobre l'ús de fàrmacs immunosupressors i sobre el seguiment dels pacients TR.

- Participació activa del nefròleg de referència del servei no trasplantador en les activitats de formació continuada i docència de la UTR.

Selecció de pacients i programa de controls clínics

Seran tributaris del programa de maneig compartit, aquells pacients TR en fase d'estabilitat clínica (després dels 3-6 mesos del TR), sempre que no requereixin actuació específica de la UTR. Es programaran visites alternades on s'avaluarà l'estat de salut i s'actualitzaran la història clínica, la presa de medicació i les decisions terapèutiques. Les recomanacions per al maneig del pacient TR així com de les complicacions associades es recullen en les diferents guies i documents de consens^{5,6}.

Es consultarà amb la UTR en aquelles situacions en què el pacient es pot beneficiar d'una actuació nefrològica específica o per tal de consensuar actituds.

Resultats del programa

A la Corporació Parc Taulí disposem d'un programa de maneig compartit entre el nostre servei de nefrologia i les UTR de l'Hospital Clínic de Barcelona i l'Hospital del Mar que està en marxa des de l'any 2009.

Per això comptem amb una agenda específica per al seguiment del pacient TR, on actualment es visiten uns 40 pacients. Les característiques clíniques dels pacients són molt diverses i existeixen pacients TR de 3 mesos amb bona funció renal, així com d'altres de llarga evolució amb diferents graus de deteriorament renal i, per tant, amb diferents necessitats clíniques.

Per tal d'avançar en aquest projecte, s'ha generat una excel·lent relació entre serveis de nefrologia que garanteix la uniformitat del seguiment dels pacients independentment d'on es trobin.

Es realitzen, a més, tasques de formació continuada en temes de rellevància clínica per tal de posar en comú coneixements i inquietuds. El desenvolupament d'aquest programa ha motivat la redacció de les guies de coordinació entre UTR i servei de nefrologia no trasplantador publicades a la revista de la Societat Espanyola de Nefrologia⁷.

Aquest programa ha facilitat la continuïtat assistencial dels pacients en el seu hospital de referència i ha evitat desplaçaments innecessaris per a controls regulars.

Conclusions

Aquest programa permet organitzar l'assistència del pacient TR de la manera més eficaç possible, optimitzar els recursos sanitaris i adequar la complexitat en funció de les necessitats.

Aquesta reorganització beneficia principalment el pacient, que té una història clínica actualitzada tant al seu hospital de referència com a la seva UTR, que s'evita desplaçaments innecessaris i que alhora disposa de l'assistència més a l'abast.

D'altra banda se'n deriven beneficis tant a la UTR com al seu hospital de referència, ja que les tasques assistencials queden totalment acordades i protocol·litzades.

En resum, es tracta d'un programa de maneig compartit i integrador del pacient TR que pretén millorar el continuïtat assistencial, adequant les tasques tant a UTR com a serveis de nefrologia de referència en funció dels requeriments del pacient.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Comissió de seguiment del registre de malalts renals de Catalunya. Registre de malalts renals de Catalunya. Informe Estadístic 2011. OCATT, Organització Catalana de Trasplantaments. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013.
2. Laupacis A, Keown P, Puse N, Krueger H, Ferguson B, Wong C, et al. A study of the quality of life and cost-utility of renal transplantation. *Kidney Int.* 1996;50:235-42.
3. Howard AD. Long-term management of the renal transplant recipient: Optimizing the relationship between the transplant center and the community nephrologist. *Am J Kidney Dis.* 2001;38(6):51-7.
4. Howard AD. Long-term posttransplantation care: the expanding role of community nephrologist. *Am J Kidney Dis.* 2006;47(2):111-24.
5. Kasiske BL, Vázquez MA, Harmon WE, Brown RS, Danovitch GM, Gaston RS, et al. for The American Society of Transplantation. Recommendations for the out-patient surveillance of renal transplant recipients. *J Am Soc Nephrol.* 2000;11:1-86.
6. EBPG Expert Group on Renal Transplantation. The European best practice guideline for renal transplantation. *Nephrol Dial Transplant.* 2002;17(Suppl 4):3-67.
7. Oppenheimer F, García García M, López Alba T, Campistol JM. Coordinación entre Unidad de trasplante renal y Servicio de Nefrología no trasplantador. *Nefrología.* 2009;29(Sup.1):72-7.