

Trasplante de órganos y adicciones.

Dra. Susana Bayardo*

*Doctora en Psicología U.B.A./ Psicóloga de planta del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires e integrante de los equipos de trasplante de órganos// Directora del Departamento de Ciencias Humanas del Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Consideraciones generales.

El trasplante es un recurso terapéutico frente a la falla irreversible funcional de un órgano que permite un incremento de la posibilidad de prolongación de la cantidad y calidad de vida. Aunque en el mundo se han reportado más de 500.000 trasplantes, en Argentina y aún en los países con mayores porcentajes de tasas de donación por habitante, los órganos son un recurso escaso. Si bien el trasplante se puede realizar con donantes vivos además de cadavéricos, hay menos órganos que el número de los pacientes que los necesitan y por tal causa hay una importante mortandad en la lista de espera. (Shrestha, 2003).

El hecho de que existan menos órganos a disposición que los necesarios plantea el problema bioético de la asignación de los recursos, es decir, cómo se distribuyen, a quiénes, y qué condiciones deben de requerir quienes lo reciban, puesto que se pretende hacer un uso razonable de los mismos.

Los equipos que realizan los trasplantes son multidisciplinarios e incluyen la evaluación psicosocial efectuada por psicólogos, psiquiatras y/o asistentes sociales. Existen diferencias dentro de los Centros y los Programas de Trasplante en cuanto a quiénes son los profesionales asignados a la tarea y al modo de llevarla a cabo pero los Programas de Trasplante tienen Protocolos de acuerdo a pautas de consensos nacionales e internacionales, que se aplican en la evaluación de los pacientes candidatos. Habitualmente se efectúa una evaluación del paciente que concluye con la recomendación acerca de la aptitud para ingresar a la lista de espera de trasplante o las condiciones que debe de cumplir para poder hacerlo.

En la evaluación se realiza una entrevista semiestructurada en la que se indaga acerca de: la comprensión de la enfermedad, receptividad e información sobre el procedimiento, la capacidad de adherencia a las indicaciones médicas y el compromiso con el tratamiento, la capacidad de implementar cambios y hábitos, la de tener conductas adecuadas a los requerimientos del proceso, las características de personalidad, antecedentes psicopatológicos, soporte familiar y uso de sustancias (alcohol, tabaco, drogas). En caso de uso de éstas se indaga el tipo de sustancia, el tiempo de uso/abuso, cantidad y frecuencia, periodos de abstinencia, deseos de uso, síntomas de abuso y dependencia, historia de rehabilitación y tratamientos.

Algunos Centros y Programas, tales como el de University of Michigan Transplant Center, acuerdan con el paciente y sus familiares con un documento escrito el compromiso de no uso de sustancias y en caso de incumplimiento el paciente modifica su status en la lista a "inactivo" y si se constata fehacientemente son removidos de la misma.

El papel del grupo familiar en esta instancia y a lo largo de todo el proceso es sustancial, puede ser tanto el sostén contenedor y motivador del paciente, como por lo contrario su falta, su carencia o su conflictividad puede incidir negativamente. Por tal causa durante el periodo de evaluación también habitualmente se efectúan entrevistas con la familia. En algunos Centros y equipos se efectúan en algunas ocasiones asimismo entrevistas y visitas al domicilio del paciente a cargo de asistentes sociales.

Finalizadas las entrevistas individuales y familiares se concluye con un informe sobre la aptitud psicológica del paciente. En el caso específico de conductas adictivas se plantean los tiempos de abstinencia y el seguimiento del control de la misma y las recomendaciones tales como asistencia psicológica, abordaje farmacológico, grupos de apoyo, terapia familiar, comunidades de rehabilitación, etc.

Los tiempos recomendados de abstinencia pueden tener dificultad en ser cumplidos cuando existe una urgencia médica por el estado clínico del paciente que impide esperar estos plazos. En esos casos el periodo fijo de abstinencia puede ayudar a determinar quiénes pueden ser capaces de buen cumplimiento pero estar demasiado enfermos como para sobrevivir ese período (C. Crone, 2003); por eso esas situaciones requieren del análisis particularizado de los casos por parte de los equipos.

El informe psicológico se integra al conjunto de las evaluaciones clínicas del resto de los integrantes del equipo multidisciplinario, determinándose el requerimiento y posibilidad del trasplante.

A posteriori de la evaluación y de mediar la aptitud clínico-médica psicológica y social el paciente ingresa a la lista de espera del INCUCAI (Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante – Argentina). Es de importancia destacar algunas dificultades inherentes a esta etapa del proceso y que tienen una influencia destacada en cuanto a la repercusión psicológica como lo son el tiempo de espera indeterminado y la progresión del deterioro causado por la enfermedad que se produce durante este período. El tiempo indeterminado de espera de asignación del órgano está condicionado por una serie de factores, entre ellos las tasas de donación, el tipo de trasplante, el tiempo de inscripción en lista, el estado de gravedad de la enfermedad, la histocompatibilidad, etc., es decir una serie de factores que no son controlables en la programación de su concreción por parte del equipo ni por parte del paciente. Por lo tanto los pacientes y las familias deben convivir con la incertidumbre sobre si se llegará a ser trasplantado y con qué éxito o si el trasplante no podrá materializarse con la posibilidad de fallecimiento en el curso de la espera del mismo. En el caso de los pacientes con conductas adictivas estos hechos son a su vez un factor añadido de riesgo de recaída en el uso o consumo de sustancias, lo cual debe ser tenido especialmente en cuenta en el sostén y control terapéutico. El desafío de esta etapa, relativo a este aspecto, es poder manejar la imprevisibilidad y requiere de la capacidad de tolerancia a la frustración, el control de las emociones y la persistencia y constancia en las conductas de cuidado de la salud como condición imprescindible para llegar al mismo en las mejores condiciones posibles. Esta situación, que es particularmente angustiante y estresante, se ve incrementada con el hecho de que pese a que se cumplan

concienzudamente los cuidados médicos indicados durante la espera continuará la progresión de la enfermedad y con ello el deterioro del organismo el cual añadirá al malestar físico sintomatología emocional tal como ansiedad, miedos altamente consistentes con la realidad, sentimientos de desesperanza, depresión.

Cuando se plantea la disponibilidad de un órgano, el INCUCAI informa al Centro de Trasplante correspondiente quiénes se encargarán de la ablación y de avisar al paciente, quien debe concurrir sin dilaciones para efectivizar la cirugía de trasplante. Luego de materializado el acto quirúrgico y de un periodo de internación el paciente tendrá el alta de la institución pero no del tratamiento médico dado que a posteriori se deberá mantener un seguimiento y control de por vida. Es por tal causa que corresponde hablar de Proceso de Trasplante, con diversas etapas en todas las cuales el paciente deberá tener un alto grado de adaptación y cumplimiento de las indicaciones del tratamiento y de los cuidados a implementar de la salud.

Criterios de inclusión y exclusión.

El trasplante requiere de los pacientes no solo conciencia de las implicancias del mismo sino también del cumplimiento estricto de las indicaciones médicas, entre ellas: concurrir a las consultas regularmente, ingerir la medicación inmunosupresora en tiempo y en forma, realizar dieta, tener hábitos saludables tales como no uso de alcohol, drogas, tabaco, etc. La adherencia rigurosa al tratamiento es un pilar imprescindible para la consecución exitosa del trasplante dado que el riesgo del incumplimiento de la ingesta de los inmunosupresores conlleva la posibilidad del rechazo del órgano y eventualmente la pérdida del mismo. Es por esta causa que se evalúa la capacidad del paciente de entender, comprender, aceptar, adaptarse y adherir a las indicaciones médicas, siendo de riesgo las conductas de evasión, negación de la enfermedad y transgresión. Se comprende así el por qué respecto de los pacientes con antecedentes de adicciones o con conductas adictivas al momento de la evaluación se han planteado tantas controversias vinculadas a si podrán tener la capacidad de cumplir y sostener hábitos saludables o directamente de cesar el consumo de la sustancia en cuestión. Si se añade a ello que el paciente puede minimizar o directamente negar la práctica de estas conductas aunque las esté teniendo y que además en muchas ocasiones su entorno de allegados puede o bien no estar informado al respecto o referir y sostener versiones falsas a efectos de evitar su no inclusión en la lista de espera, se entiende por qué son poblaciones que requieren una evaluación especialmente cuidadosa y un seguimiento periódico.

Inicialmente la mayor parte de los Centros y Programas de trasplante excluían a los pacientes con conductas adictivas por los potenciales riesgos de recidiva y los reportes iniciales indicaban que los que lo hacían tenían una pobre evolución al post trasplante. Pero teniendo en cuenta que la enfermedad hepática inducida por el alcohol es la causa más común del fallo funcional terminal y que estos pacientes tienen mejor sobrevida con el trasplante de hígado que con el tratamiento médico clínico, o que el enfisema obstructivo pulmonar crónico provocado por el tabaquismo tiene su terapéutica posible en el trasplante pulmonar, ello motivó la necesidad de hacer evaluaciones

rigurosas para no excluir a quienes eran los destinatarios que precisamente podían beneficiarse con esta terapéutica. Así pues se han ido efectuado estudios longitudinales del post trasplante y las investigaciones mostraron algunos resultados dispares y no confirmaron las diferencias esperadas en las tasas de supervivencia entre receptores alcohólicos y no alcohólicos, al menos cuando la selección previa del receptor es cuidadosa. (Merion, Beresford, 1994).

La preocupación esencial de los equipos de trasplante es la correcta asignación de un órgano a quien se encuentre con disposición y capacidad de cumplir con los requisitos que deberá enfrentar, puesto que el incumplimiento de las indicaciones conlleva inevitablemente complicaciones y según la entidad de las mismas a episodios de rechazo del injerto y riesgo de vida.

En el caso de las adicciones se diferencian los casos en los que hay un uso activo de sustancias de los casos en los cuales se presenta abstinencia. Actualmente en la mayor parte de los Centros y Programas de Trasplante del mundo se excluyen a quienes tienen un uso activo de sustancias. Los disensos y controversias se relacionan con cuánto es el tiempo de abstinencia que se requiere para ingresar a la lista de espera de trasplante o de ser excluido de la misma en caso de reincidencia en el consumo y si la eventual reincidencia se presenta de modo significativo o escaso, si se relaciona o no con episodios de rechazo del injerto, con la supervivencia post trasplante, etc. Aún cuando hay algunas disparidades en cuanto a los resultados, actualmente la tendencia es a una inclusión de los pacientes a posteriori de una selección cuidadosa en el caso de presentar un período de abstinencia de seis meses, en los casos de alcohol, marihuana y tabaco, previo al ingreso a la lista de espera y el compromiso de no reiterar el consumo. En el caso del tabaco, su cese es esencial en el caso del trasplante pulmonar, tal como lo es el alcohol en el hepático. La duración de este periodo de abstinencia previa algunos equipos la prolongan a dos años para el caso de adicción a la cocaína y heroína. De todas formas hasta el momento no puede afirmarse que tales períodos permitan evitar las reincidencias y recaídas.

En esta presentación nos centramos en la problemática ligada a las adicciones, pero existen otros criterios de exclusión para trasplante por causas psicosociales, a los que no haremos referencia por exceder el marco de esta ponencia, criterios que también generan controversias en cuanto a lo apropiado de los mismos, al valor predictivo de riesgo de morbilidad, a las implicancias bioéticas, etc.

Algunos autores enfatizan que dado que el impacto de los factores de riesgo tales como las comorbilidades de los desórdenes psiquiátricos, el soporte social, etc. no son concluyentes deben de hacerse evaluaciones caso por caso y que se debe enfatizar el foco en la ayuda a estos pacientes para efectuar y establecer cambios de hábitos de vida.

En cuanto a la morbilidad psiquiátrica en el caso del alcoholismo se plantea que hay más riesgos por la toxicidad de los inmunosupresores, más complicaciones en el post quirúrgico inmediato, pero se requiere poder determinar y diferenciar las eventuales diferencias entre los receptores con abuso respecto a los que tienen dependencia, a los tiempos de sobriedad al pre trasplante, etc.

Tipo de adicción y tipo de trasplante.

Es necesario considerar el tipo de adicción y el tipo de trasplante, es decir de qué órgano se trate (corazón, riñón, hígado, pulmón, páncreas, intestino) y la relación con la etiopatogenia de la enfermedad. De tal manera que, por ejemplo, el peso a otorgarle al tabaquismo del receptor difiere si requiere de un trasplante pulmonar por enfisema en el cual la adicción tiene una relación directa con la enfermedad, de si se trata de un fumador que requiere un trasplante de hígado en el cual el tabaco no ha tenido una incidencia directa en la enfermedad hepática.

Muchos estudios muestran estas diferencias en los criterios que se aplican en función de las distintas circunstancias. Por ejemplo al respecto del tabaco, luego del trasplante cardíaco, Botha (2008), en un estudio en el que se hacen mediciones de niveles de nicotina en sangre plantea que muchos pacientes retoman el hábito y que los fumadores tienen más mortalidad y malignidad que los no fumadores, acelerándose el desarrollo de vasculopatía en el órgano injertado y acortándose el tiempo de supervivencia. Este hecho por el contrario no es visto en los fumadores de trasplante hepático según Englesbe (2009) quien refiere que no hay diferencias en la supervivencia en este tipo de trasplante.

J. Gale and coll, (2007) en un estudio sobre predictores de recidiva en receptores de trasplante de hígado por enfermedad hepática alcohólica refieren que tres factores predicen independientemente el riesgo de recaída en consumo dañino: la duración del tiempo de abstinencia previo al trasplante menor a seis meses, la presencia de depresión o ansiedad y el score de la escala HRAR (High Risk Alcoholism Relapse) y que además la combinación de estos tres parámetros incrementan el riesgo, por lo que plantean que en la evaluaciones deben de considerarse estos factores y que en caso de existir dos o tres de ellos se considera que hay posibilidad de muy alto riesgo de recaída.

En cuanto al abuso previo de sustancias en trasplante renal Coombs refirió en el American Transplant Congress 2009 que no hay evidencia empírica para la exclusión cuando se toma como referencia comparativa el tiempo de abstinencia, la evolución del órgano y la mortalidad para este tipo de trasplante.

Por su parte Dew (2008) en un estudio de tasas de recaída en alcohol y drogas post trasplantes hepático, renal y cardíaco refiere datos que muestran que el riesgo de recidiva es relativamente bajo y que las variables psicológicas que están significativamente correlacionadas son el escaso soporte social, la historia familiar de abuso/dependencia de alcohol y la abstinencia pretrasplante de 6 meses o menos.

Estos y otros muchos estudios muestran la necesidad de que los Centros y Programas utilicen protocolos consensuados con los que se puedan efectuar estudios multicéntricos y longitudinales que permitan estudiar y analizar el peso de estos factores y su incidencia en el proceso y resultado del trasplante como del mismo modo a partir de la detección de los factores de riesgo aplicar estrategias de apoyo en los grupos y o situaciones más vulnerables.

Bibliografía citada

Botha P; Peaston R ; White K; Forty J; Dark J.H ; Parry G. Smoking After Cardiac Transplantation . Am J Transplant. 2008;8(4):866-871.

Crone, C. Abstinence From Substance Abuse? What are the current recommendations regarding length of abstinence from substance abuse when evaluating a patient for organ transplantation 28/10/ 2003
<http://www.medscape.com/viewarticle/463238>

Coombs, Catherine . Prior Substance Abusers Should Not Be Routinely Denied a Renal Transplant . Temple University , Philadelphia. American Transplant Congress, Boston, June 2009 Medscape Psychiatry & Mental Health, Reuter Health Information

Dew MaryA, DiMartini Jennifer, Steel Annette, De Vito Dabbs, Myaskovsky Larissa, Unruh Mark, and Greenhouse Joel - Meta-Analysis of Risk for Relapse to Substance Use After Transplantation of the Liver or Other Solid Organs. Liver Transpl 2008;14:159-172,127-129

Englesbe Michael J. Smoking does not up mortality in liver transplant recipients University of Michigan J.Am Coll Surg 2009;208:1077-1084

Gale Karla, Vega Charles .Score Predicts Recidivism After Liver Transplantation for Alcoholic Liver Disease, Arch Intern Med. 2007;167:1183-1188.

Lucey, M., Merion, R., Beresford, T. Liver Transplantation. The alcoholic patient. Cambridge university Press. Great Britain. 1994.

Shrestha, Roshan. Psychosocial assessment of adult living liver donors. Liver Transplantation. October 2003, Supplement 2 Volume 9 . Number 10

Bibliografía de referencia

Cupples, S; Dew, MA; Grady, KL; De Geest, S; Dobbels, F; Lanuza, D; Paris, W. Report of the Psychosocial Outcomes Workgroup of the Nursing and Social Sciences Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Present Status of Research on Psychosocial Outcomes in Cardiothoracic Transplantation: Review and Recommendations for the Field. J Heart Lung Transplant 2006;25:716 –25.

Dolcini, H. A., Yansenson, J. F. Ética y Bioética para el equipo de Salud. Librería Akadia Editorial. Argentina. 2004.

Levenson, J. L. & Olbrisch, M. E. (1993). Psychosocial evaluation of organ transplant candidates: A comparative survey of process, criteria and outcomes in heart, liver and kidney transplantation. *Psychosomatics*, 34 (4), 314-323.

Lo, B. *Resolving Ethical Dilemmas*. Lippincott Williams & Wilkins. Second Edition. U. S. A. 2000.

Olbrisch ME, Benedict SM; Ashe K and Levenson J.L. Psychological assessment and care of organ transplant patients . *Journal of consulting and clinical psychology* ,70 (3): 771-83, june 2002.

Santiago-Delpín, E. A., Ruiz-Speare, J.O. *Trasplante de órganos*. JGH Editores. 2da.edición. México. 1999.

Trzepacz, P., DiMartini, A. *The transplant patient*. Biological, psychiatric and ethical issues in organ transplantation. Cambridge University Press. United Kingdom. 2000.