10 Razones para Recomendar el Trasplante de Riñón de Donante Vivo

Coordinación de Trasplantes del "Sector Málaga"
y Servicios de Nefrología y Urología del
Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga.

ISBN: 978-84-612-7556-4

Depósito Legal: MA-2004-2008

1ª edición: octubre 2008

Edita: Dr. Miguel Ángel de Frutos Sanz
Coordinador de Trasplantes del "Sector Málaga"
Hospital Regional Universitario Carlos Haya
Plaza del Dr. José Luis Gutiérrez Calzada, s/n
29010-Málaga
Teléfono: 951.29.11.73
Fax: 951.29.14.41
Email: mangel.frutos.sspa@juntadeandalucia.es

Cubierta: D. Tomas Chincoa Gallego posa con su donante de riñón Dña. María del Carmen Gallego Hernández al pie del monumento a los Donantes de Órganos en la plaza de la Solidaridad de Málaga. Tomás recibió un riñón donado por su madre el día 10 de diciembre de 2007, extraído por técnicas de cirugía laparoscópica en el Hospital Regional Carlos Haya de Málaga.

Imprime: Gráficas Digarza, S.L.
Plaza de los Angeles Nº 3
Telfs.: 952 30 50 48 - 609 52 04 11/ Fax: 952 39 94 38
E-mail: graficas@digarza.e.telefonica.net

NOTA: Se autoriza la reproducción total o parcial citando la procedencia.

10 RAZONES PARA RECOMENDAR

EL TRASPLANTE DE RIÑON

DE DONANTE VIVO

Coordinación de Trasplantes del "Sector Málaga" y Servicios de Nefrología y Urología del Hospital Universitario Carlos Haya.

ÍNDICE

Introducción 7

1. Antecedentes históricos 8
2. Evita entrar en diálisis 9
3. Busquemos un donante 10
4. Estudios previos al trasplante..... 11
5. Aspectos legales 12
6. Resultados 13
7. Sin lista de espera.....14
8. La cirugía y los riesgos de la donación 15
9. Aspectos socio-psicológicos 16
10. Retrasplante de vivo cuando fracasa el riñón trasplantado ..17

Bibliografía 18

Dª. Rosario Ángel Fuentes, primera Donante Vivo de Riñón para el Trasplante Renal número 1 realizado en Carlos Haya enero 1979

INTRODUCCIÓN

Los donantes de riñón en vida constituyen una fuente preciosa de órganos para trasplante por muchas razones y, ese es el motivo por el que ésta modalidad terapéutica vuelve a ser de actualidad en España, donde había quedado semiolvidada, por la gran actividad trasplantadora con riñones procedentes de donantes fallecidos.

Lamentablemente con el cambio en el perfil del donante fallecido que predomina en la actualidad (donantes mayores, fallecido por accidente vascular cerebral y con hipertensión arterial o diabetes) los riñones que se trasplantan a receptores con edades medias o jóvenes, han descendido en los últimos años y se han incrementado los tiempos de espera hasta el trasplante.

Nuevas tecnologías como la cirugía laparoscópica o mínimamente invasiva han contribuido notablemente al incremento de los donantes vivos de riñón aportando mínimos riesgos para el donante y máximos beneficios para el receptor del trasplante.

Esta pequeña guía aporta información adicional a la que se está ofreciendo desde el Hospital Carlos Haya a pacientes y familiares con enfermedad renal crónica, enfatizando los beneficios y garantías que el trasplante renal de vivo tiene sobre otras alternativas terapéuticas, y facilitando así, que la decisión de los pacientes y sus familias al elegir la mejor opción terapéutica, esté basada en amplia y actualizada información.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En los primeros años de la década de los 50 comienza la historia del trasplante de riñón. Por entonces, solo tenían éxito duradero los trasplantes renales de donante vivo procedentes del entorno familiar. Esto era así porque no se conocía todavía la importancia de la compatibilidad inmunológica donante-receptor y por la precariedad de los fármacos utilizados para evitar el rechazo del órgano trasplantado. Los primeros donantes fueron hermanos gemelos y alcanzaron éxitos muy duraderos. La donación con otros parentescos como padres a hijos y entre hermanos también consiguieron supervivencias prolongadas.

Eran tiempos difíciles, cuando los tratamientos con diálisis estaban en sus comienzos y la posibilidad de sobrevivir dependía de encontrar un hospital y unos profesionales capacitados para realizar trasplantes, por entonces un tratamiento muy complejo.

En España los primeros trasplantes de riñón se realizaron en los años 60 y en sus comienzos los de donante vivo eran mayoría. En Málaga el primer trasplante de riñón también fue practicado con donante vivo en 1979 y el paciente recuperó rápidamente la función renal y pudo dejar la diálisis.

En estos poco mas de cincuenta años el trasplante de vivo ha pasado por diferentes etapas y es ahora cuando vuelve a estar de actualidad en España y cuando deseamos ofrecer este tratamiento a pacientes y familias que puedan disponer de un donante apropiado, ya que los profesionales implicados consideramos que es la mejor opción a día de hoy para afrontar el tratamiento de la enfermedad renal crónica. De hecho en países de referencia de la Comunidad Económica Europea o EEUU, el trasplante renal de donante vivo representa el 20-35 % de todos los trasplantes de riñón.

2. EVITA ENTRAR EN DIÁLISIS

En los últimos años se ha podido demostrar científicamente, que los trasplantes de riñón practicados antes de comenzar el tratamiento con diálisis (trasplante anticipado) obtienen mejores resultados que los realizados a pacientes ya en tratamiento con diálisis.

Estas ventajas se consiguen, entre otras razones, por una disminución del número y la intensidad de los episodios de rechazo del órgano trasplantado. Por otra parte, el tratamiento continuado con diálisis condiciona mayor presencia de enfermedades cardiovasculares, algunas de las cuales pueden aminorarse con el trasplante renal de donante vivo.

Incluir en lista de espera para trasplante renal de donante fallecido a pacientes antes de entrar en diálisis, no es posible ni éticamente aceptable porque la lista de espera se incrementaría notablemente y en muchos hospitales casi se duplicaría, con lo que los tiempos de espera serian notablemente mayores para el conjunto. Esta actitud conculcaría el principio ético de justicia que dice *"dar a cada cual según su derecho"* y es opinión mayoritaria, que los pacientes en diálisis con mayor tiempo en espera, deberían trasplantarse de donante fallecido antes que los que se encuentran en prediálisis.

Afortunadamente, en el caso del trasplante renal de donante vivo no se lesionan intereses de otros pacientes porque cada receptor trasplantado aporta su donante y este tipo de trasplante no implica disminuir posibilidades de trasplante para otros. Justo al contrario, los trasplantes de donante vivo facilitan disponer de mayor número de órganos de donante fallecido para asignar entre los que ya están en lista de espera.

3. BUSQUEMOS UN DONANTE

Los donantes de riñón para trasplante vivo en España tienen que ser mayores de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, tener grupo sanguíneo compatible con el receptor y presentar un buen estado de salud.

Encontrar un donante adecuado es un punto crucial para poder realizar el trasplante de riñón de donante vivo. Lo normal es que el donante proceda del entorno familiar ya que la mayor compatibilidad inmunológica donante-receptor es una cualidad que aporta ventajas en el funcionamiento a largo plazo. Así, hermanos, padres, primos, tíos y otros parientes consanguíneos son, en general, los parentescos más frecuentemente utilizados.

Otros parientes legalmente relacionados como esposos, cuñados, suegros, son también aceptables porque aun sin compatibilidad inmunológica, alcanzan supervivencias elevadas gracias a las nuevas combinaciones de inmunosupresores.

La legislación española no pone obstáculos para que la donación de riñones pueda realizarse entre personas sin vínculo familiar o legal y en ciertos casos, se aceptan donaciones desde amigos u otras personas emocionalmente relacionadas con el receptor. En estos supuestos hay que acreditar que la donación esté motivada exclusivamente en razones de solidaridad y altruismo.

Finalmente, existe la posibilidad de recurrir a la "donación cruzada". En caso de apreciar incompatibilidad donante-receptor por causas relacionadas con grupo sanguíneo o pruebas cruzadas positivas que impidan la donación entre familiares, se puede considerar el intercambio de riñones entre dos familias con problemas similares. De esta forma y al cruzar las donaciones, se eliminan los obstáculos que impiden la donación. Esta alternativa será en breve una realidad en algunos centros de trasplante de nuestro país.

4. ESTUDIOS PREVIOS AL TRASPLANTE

Buscan que los resultados del trasplante sean buenos y sin ningún tipo de perjuicio para el donante. En primer lugar, se procede a realizar una historia clínica y exploración física completa al posible donante. Se solicitan analíticas de sangre y orina y si todo es correcto, se continúa con las pruebas inmunológicas para acreditar tolerancia del receptor y se cursan exploraciones con imágenes que valoren las cualidades de los riñones en cuanto a forma, tamaño, vasos sanguíneos y presencia de anomalías vías urinarias.

Existen protocolos de estudio para todos los posibles donantes de órganos que buscan asegurar tanto el éxito de la operación de trasplante como la protección del donante a corto y largo plazo. Estos protocolos se diseñaron para proteger la salud de los donantes y tienen en cuenta todos los posibles riesgos relacionados con enfermedades pasadas, presentes o riesgos futuros de vivir con un único riñón. En esta línea, se realiza el despistaje de alteraciones relacionadas con diabetes, microhematuria, infecciones crónicas e hipertensión arterial y otras pruebas que permitan asegurar que se puede prescindir de uno de los riñones sin que la salud de quien lo dona se resienta en absoluto a largo plazo. Las consecuencias de la extracción de un riñón deben ser esencialmente nulas para el donante. Todas las recomendaciones y pruebas a realizar que garanticen el éxito de la donación, están respaldadas por consensos de expertos en foros nacionales e internacionales (Foro de Ámsterdam).

Los últimos análisis se llaman pruebas cruzadas entre donante y receptor y tratan de descartar posibles episodios de rechazo precoz. Estas pruebas se realizan por duplicado para asegurar el éxito de la donación.

5. ASPECTOS LEGALES

El Real Decreto 2070/1999 es la norma legal que regula en nuestro país la donación y los trasplantes de donante vivo. La legislación contempla las condiciones y circunstancias en los que se podrá realizar la extracción de un órgano para su posterior trasplante.

Busca dar seguridad y garantías de que la extracción de un riñón no comporta riesgos para la salud del donante y contempla también la forma en la que se debe realizar el consentimiento que debe ser de forma expresa, libre, consciente y desinteresada.

Además la donación de uno de los riñones será para trasplantar a una persona determinada y se impedirá la donación y el trasplante cuando por cualquier circunstancia se considere que media condicionamiento económico o de otro tipo, bien sea social o psicológico.

Es obligatorio que los informes clínicos de donante, receptor y los consentimientos informados pasen además por el Comité de Ética del hospital trasplantador para verificar de forma independiente, la seguridad del procedimiento, tanto de la donación como del trasplante.

Además, la legislación actual obliga a una comparecencia ante el Juzgado del Registro Civil donde también tendrán que personarse médicos que han realizado los estudios y facilitado la información al donante y receptor y los responsables del trasplante. Entre estas firmas y la intervención quirúrgica deberá transcurrir un mínimo de 24 horas pudiendo los donantes en cualquier momento anular su consentimiento sin tener que someterse a formalidad alguna.

Finalmente, la Coordinación de Trasplantes en nombre de la Dirección del Centro es a quien corresponde dar la conformidad para la intervención tras comprobar que todos los aspectos clínicos y legales han sido completados.

6. RESULTADOS

El trasplante de riñón de donante vivo es el tratamiento que mejores resultados ofrece para pacientes con insuficiencia renal crónica. La supervivencia media del riñón trasplantado se estima en unos veinte años y es superior a la supervivencia conseguida con el trasplante de un riñón de donante fallecido.

Estos excelentes resultados son posibles gracias a una variedad de factores entre los que se encuentran: la mejor calidad del órgano trasplantado, ya que procede de una persona sana, que no ha estado sometido a las alteraciones hemodinámicas inherentes al desarrollo de la muerte encefálica en los donantes fallecidos y también, que al ser un procedimiento controlado, la extracción y el trasplante tienen lugar de forma simultanea consiguiendo así, que el tiempo durante el cual el riñón donado no recibe aporte sanguíneo ni por tanto, oxigenación (isquemia fría) sea muy reducido. Por estos motivos y al contrario que ocurre con los trasplantes de donante fallecido, el riñón trasplantado de donante vivo suele funcionar de forma inmediata y los días de ingreso tras la operación de trasplante son reducidos, normalmente en torno a una semana.

Otros factores que influyen en los mejores resultados del trasplante renal de donante vivo están relacionados con las características de los receptores. Habitualmente son de menor edad y con menos enfermedades asociadas a la insuficiencia renal crónica. También por lo general los trasplantados de riñón de donante vivo han estado menos tiempo en tratamiento con diálisis y tienen mejor compatibilidad inmunológica donante-receptor.

Finalmente, además de conseguir un funcionamiento más prolongado, los trasplantes de riñón de donante vivo tienen mejor filtrado glomerular, esto es, mayor capacidad de producir orina de calidad.

7. SIN LISTA DE ESPERA

Esta es otra gran ventaja en la actualidad para ofrecer el trasplante renal de donante vivo. La posibilidad de poder realizar las pruebas de idoneidad tanto al donante como al receptor en unos tres meses, permite que el trasplante se realice de forma programada y en el mejor momento.

Las dos intervenciones (extracción y trasplante) se organizan para un día concreto y laborable de acuerdo a las mejores previsiones y el donante puede ser dado de alta normalmente cuatro días más tarde y pocos días después los receptores.

Además se puede programar con tiempo suficiente para que al evaluar el deterioro progresivo de la función de los riñones de tiempo a organizar todos los estudios previos al trasplante y evitar así, iniciar el tratamiento con diálisis.

Cada vez son más numerosos los hospitales donde el trasplante renal de donante vivo realizado con nefrectomía laparoscópica es considerada la primera y mejor opción para el tratamiento de pacientes con enfermedad renal crónica. Al ser una intervención en la que no interviene la incertidumbre de la donación por terceras personas, caso de los programas de trasplante de fallecidos, no existe demora apreciable entre el final de los estudios de idoneidad donante-receptor y el día elegido para el trasplante.

Los tiempos pueden ser algo mayores en ciertos casos en los que entre la pareja donante-receptor se presente alguna prueba que exija una preparación especial. Tal es el caso de trasplantes en los que aparezcan resultados positivos en la prueba cruzada donante-receptor por tener el receptor anticuerpos contra ciertas proteínas del donante. En estos casos, el trasplante puede llevarse a cabo siempre que se eliminen de la sangre esos anticuerpos que se han generado como consecuencia de trasplantes previos, de transfusiones o de embarazos. Cuando los niveles de anticuerpos han desaparecido y la prueba cruzada es negativa, se programa el trasplante.

8. LA CIRUGÍA Y LOS RIESGOS DE LA DONACIÓN

A la cirugía tradicional que practicaba una amplia lumbotomía para facilitar la extracción del riñón y del uréter, le ha reemplazado la que ahora se denomina cirugía laparoscópica o cirugía mínimamente invasiva.

Es un procedimiento que se desarrolla en una dos horas y media y que deja mínimas señales de la cirugía en el abdomen. Mediante unas pequeñas incisiones se introducen cánulas que llevan diferentes ópticas y otras que permiten introducir instrumental específicamente desarrollado para el aislamiento del riñón con su uréter y del corte y sutura de los vasos sanguíneos. Con este procedimiento se aseguran importantes beneficios para el donante al disminuir las molestias y complicaciones postoperatorias. En cualquier caso, de presentarse complicaciones durante la cirugía laparoscópica, el proceso puede revertirse a una cirugía tradicional sin riesgo para el donante.

En el mundo se han realizado mas de 100.000 extracciones de riñón para facilitar trasplantes de donante vivo. Con esta amplia estadística se conocen muy bien los riesgos para la persona que dona un riñón. En países como el nuestro, donde las condiciones hospitalarias y la selección de los donantes es optima, los riegos para el donante derivan del procedimiento quirúrgico, de la anestesia y de complicaciones que pueden surgir en el postoperatorio. Comunicaciones realizadas por hospitales donde la experiencia incluye miles de donaciones, estiman que la posibilidad de muerte para el donante es inferior al 0,03%. Esto es, el riesgo de perder la vida como consecuencia de ser donante de un riñón se estima en un caso por cada 30.000 intervenciones. Algunos autores han comparado este riesgo con el de conducir un automóvil durante un año y menor que el que asumen algunas personas practicando deportes de riesgo.

Finalmente, el riesgo de que al vivir con un único riñón pudiera llegar un día en que la persona que ha donado presentara insuficiencia renal crónica y necesitara también tratamiento renal sustitutivo es anecdótico. En todo el mundo esta circunstancia se ha presentado en unos cien casos, la mayoría donantes de edad avanzada en los que por motivos relacionados con envejecimiento renal, el deterioro de la función renal se ha acelerado, pero que en opinión de expertos, en muchos de ellos se hubiera presentado de igual modo aunque hubieran contado con ambos riñones.

9. ASPECTOS SOCIO-PSICOLÓGICOS

El informe psicológico al donante resulta un imperativo legal. El propósito de esta evaluación es obtener información respecto a los principales motivos que impulsan a la donación, la valoración de su estatus psicológico y de su entorno psicosocial (laboral, familiar y calidad de vida, en general). El especialista en psicología se entrevista con donante y receptor para poder emitir un informe que descarte posibles riesgos en el ámbito psíquico que pudieran producirse tras la donación y asegurando también que la motivación de la donación está basada exclusivamente en principios de generosidad altruista.

En esta valoración se confirman tanto los conocimientos acerca de riesgos de la donación como la existencia de presiones de tipo psicológico u de otro tipo que podrían inducir a la donación.

Habitualmente las entrevistas se realizan individualmente al donante y a su entorno familiar más cercano (cónyuge, hermanos, padres) valorando el apoyo social y la motivación del ofrecimiento de donación. Finalmente, se puede entrevistar conjuntamente a donante y receptor para valorar relación, compromisos y expectativas por ambas partes.

Las contraindicaciones mas frecuentes para la donación de vivo desde el punto de vista psicológico son: enfermedad psiquiátrica o tratamiento crónico con psicotrópos, problemas financieros que impulsen hacia la donación, presiones de terceros para donar e incapacidad intelectual que le permita conocer, asumir y afrontar los riesgos del procedimiento.

Encuestas realizadas a los donantes de riñón para trasplante vivo en un entorno familiar, han mostrado que el 97% de los donantes no se arrepienten de la decisión y volverían a donar.

10. RETRASPLANTE DE VIVO CUANDO FRACASA EL RIÑÓN TRASPLANTADO.

El trasplante renal de donante vivo es una opción que puede ser elegida en aquellos trasplantados con progresiva disminución de la función renal del injerto previo, habitualmente por problemas relacionados con nefropatía crónica del injerto, condición que con el paso de los años, afecta a la mayoría de los trasplantes de riñón. Este problema está relacionado con múltiples causas (rechazo subclínico, factores hemodinámicos, características del donante y receptor) y suele ocasionar la pérdida progresiva de la función renal con un incremento de la creatinina sérica y alcanzar en periodos variables, una pérdida total de la función del riñón trasplantado que haga prever a corto plazo la necesidad de diálisis. En estos casos, se puede ofrecer el trasplante renal de donante vivo como un tratamiento anticipado a la diálisis.

Las ventajas del trasplante de vivo en trasplantados que pierden la función del injerto son que se puede programar la cirugía sin interrumpir la medicación inmunosupresora, que no es imprescindible realizar acceso vascular en caso de que se hubiera perdido previamente y que evita entrar en diálisis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guirado y cols ¿Por qué el trasplante renal de donante vivo da mejores resultados que el trasplante renal de donante cadáver?. Nefrología 28: 159-167, 2008.

2. Fehrman-Ekholm I et al. Incidence of end-stage renal disease among live kidney donors. Transplantation 82: 1646-1648, 2006.

3. Domínguez-Gil B y Pascual J. El trasplante renal de donante vivo en España: una gran oportunidad. Nefrología 28: 143-147, 2008.

4. Delmonico F. A report of the Amsterdam forum on the care of the live kidney donor. Data and medical guidelines. Transplantation 79: (6 Supl): S53-66, 2005.

5. Matas AJ et al. Morbidity and mortality after living kidney donation 1999-2001: survey of United States transplant centres. Am J Transplant. 3: 830-834, 2003.

6. Wolfe RA et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation and recipients of a first cadaveric transplant. N Engl. J Med. 341: 1725-1730, 1999.

7. Mandelbrot DA et al. The medical evaluation of living kidney donors: a survey of US transplant centres. Am J Transplant 7: 2333-2343, 2007.

8. Rodrigue JR et al. Evaluating living kidney donors: relationship types, psychological criteria and consent processes at US transplant programs. Am J Transplantation 7: 2326-2332, 2007.

9. Asolati et al. Risk versus benefits of living kidney donation. Curr Opin. Organ Transplantation 8: 155-159, 2003.

10. Nanidis TG. Laparoscopic versus open live-donor nephrectomy in Renal Transplantation. Ann. Surgery 247: 558-70, 2008.

Hospital Regional Universitario
CARLOS HAYA
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
Coordinación Autonómica de Trasplantes