



TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO: NUESTRA EXPERIENCIA

Marta Beatriz Luque Llaosa, Enriqueta Laguna Rodríguez, Carmen Mirada Ariet, Carmen Rodríguez Martín, Ester Sanz Izquierdo, Antonio Vela Ballesteros.

Fundación Puigvert. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El primer trasplante renal de donante vivo se realizó en París el día 24-12-1952. Una madre ofreció uno de sus riñones a su hijo, implantándose en la fosa iliaca derecha. El injerto funcionó durante unos días y posteriormente el hijo falleció por rechazo.

El 23-12-54 en Boston se realizó con éxito el primer trasplante renal de donante vivo entre gemelos univitelinos. El éxito ratifica la idea de la necesidad de la compatibilidad genética de los trasplantes.

A partir de 1959 se avanza considerablemente en el campo de la inmunosupresión a través de la identificación de los antígenos que intervienen en el rechazo al descubrirse el sistema HLA (human leucocyte antigens) y la utilización de fármacos que inhibirán la respuesta inmunitaria. A principios de los años 60, se empiezan los tratamientos con drogas inmunosupresoras para los enfermos trasplantados.

Los trasplantes se realizaban casi siempre entre parientes buscando la mayor afinidad consanguínea y se conseguían supervivencias que raramente superaban el año, aunque con la experiencia adquirida en la cirugía y la ampliación en el conocimiento de los fármacos inmunosupresores se fueron consiguiendo supervivencias más prolongadas.

Aunque la obtención de órganos procedentes de cadáveres ofrecía peores resultados que los obtenidos de donante vivo, el riesgo que suponía para el donante el someterse a una cirugía abierta, animó a los investigadores a utilizar órganos de cadáver.

España se integra tardíamente en el mundo de los trasplantes. El primer trasplante renal de donante cadáver fue realizado el 18.4.1965 por los Drs. J.M. Gil-Vernet y A. Caralps en el Hospital Clínico de Barcelona y fue funcionante durante 25 años. A partir de ese momento, se inicia de forma reglada el programa de Trasplantes Renales en España.

Los trasplantes renales de donante vivo (en adelante TRV) en nuestro Centro datan del año 1980, habiéndose realizado desde entonces hasta el año 1995 un total de 12 TRV.

De 1995 a 2001 a raíz de la Ley Española de Extracción y Trasplante de Órganos de 30/79, al reglamento para su aplicación aprobado por el Real Decreto 426/80 basada en el respeto a la vida de las personas, en su altruismo y en su solidaridad, y a las campañas de sensibilización para la donación de órganos, hubo un gran aumento de los TR de donante cadáver disminuyendo considerablemente la necesidad de donantes vivos.

A partir de 2001 se inició un periodo de baja disponibilidad de órganos de donante cadáver joven a causa, por una parte, de la modificación de las normas de seguridad vial (utilización de casco obligatorio en motoristas) y aumento de la lista de espera debido a la ampliación de los criterios de inclusión (aumento del límite de edad del receptor a 75 años). Esto motivó, junto a un avance en la técnica quirúrgica practicada al donante (nefrectomía laparoscopia), que los equipos de Trasplante Renal informaran a los familiares y pacientes para contemplar la posibilidad de un donante vivo.

El artículo número 9 de la Ley Española sobre Extracción y Trasplante de Órganos regula los requisitos para la donación de órganos de donante vivo: El donante debe ser



mayor de edad, gozar de plenas facultades mentales y de un estado de salud adecuado. Será necesario además un informe del Comité de Ética del Centro trasplantador y el interesado deberá otorgar por escrito su consentimiento expreso ante el Juez encargado del Registro Civil.

Una vez cumplidos todos los requisitos y comprobada la compatibilidad se programa el trasplante, ingresando tanto el donante como el receptor, 48 horas antes de la cirugía para iniciar la preparación pre-quirúrgica. Ambos comparten la misma habitación, creemos que les ayudará emocionalmente durante todo el proceso.

Desde Enero de 2001 a Noviembre de 2004, se han realizado un total de 59 TRV. Se ha de considerar que no todos los donantes estudiados han sido compatibles con el receptor, por lo que no fue posible la realización del trasplante.

OBJETIVO

- Transmitir nuestra experiencia en la evolución del TRV en nuestro Centro en el periodo comprendido entre Enero de 2001 a Noviembre de 2004.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

- Estudio descriptivo y retrospectivo.

POBLACIÓN Y MUESTRA

- Se incluye todos los Trasplantes Renales de Donante Vivo realizados en nuestro Centro desde Enero de 2001 a Noviembre de 2004.

VARIABLES ESTUDIADAS

- DONANTE: Sexo, edad media, parentesco, riñón extraído, tipo de cirugía, complicaciones, estancia media hospitalaria y supervivencia.
- RECEPTOR: Sexo, edad media, tiempo tratamiento substitutivo previo al trasplante renal o receptores que no han iniciado tratamiento sustitutivo, tiempo en lista de espera, isquemia fría, rechazos agudos, complicaciones, estancia media hospitalaria, creatinina media al mes, creatinina media al año, supervivencia del injerto y supervivencia del receptor.

RESULTADOS

DONANTE

Durante el periodo descrito se han realizado 59 trasplantes de donante vivo que representa el 19% del total de trasplantes (310). De las 59 donaciones, 36 fueron de mujeres (61%) y 23 de hombres (39%).

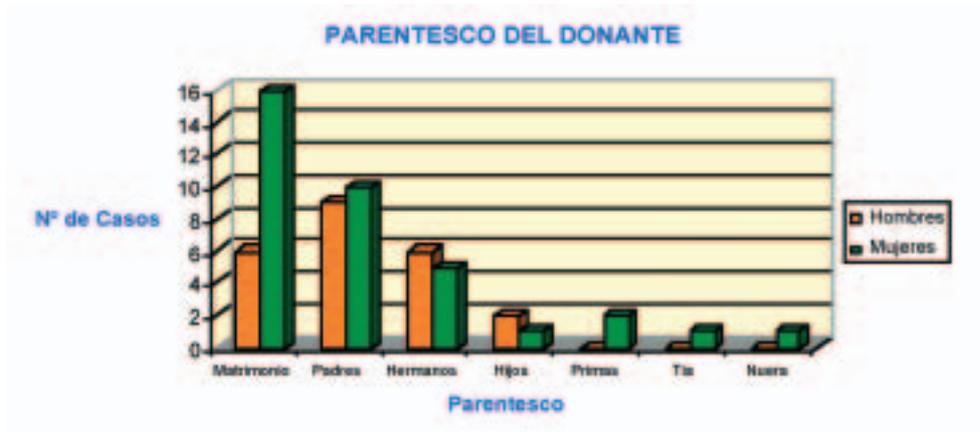
La edad media es de 50,8 años (32-71).

El parentesco entre donante y receptor es :

- 22 casos entre matrimonios:
 - 16 casos la esposa (27,11 %)
 - 6 casos el esposo (10,00%)
- 19 casos los padres:
 - 10 casos la madre (16,95 %)
 - 9 casos el padre (15,20 %)
- 11 casos entre hermanos:
 - 5 casos la hermana (8,45%)
 - 6 casos el hermano (10,00 %)



- 3 casos de hijos a padres:
 - 1 caso la hija (1,60%)
 - 2 casos el hijo (3,30 %)
- 4 casos de otros parentescos:
 - 2 casos son primas (3,30 %)
 - 1 caso la tía (1,60%)
 - 1 caso la nuera (1,60 %)



El riñón extraído en el 100% de los casos es el riñón izquierdo. Se elige éste por ser técnicamente de más fácil abordaje, por estar alejado del hígado y por ser la vena de mayor longitud, facilitando la anastomosis.

De los 59 casos, en 4 de ellos se practicó la extracción por cirugía abierta (6,70%) por no realizarse en ese momento la técnica laparoscopia. En los 55 casos restantes se realizó la cirugía laparoscopia (93,30%), aunque en 4 de ellos la extracción se practicó por cirugía abierta. La estancia media hospitalaria fue de 5 días (4-14).

COMPLICACIONES DONANTE:

- En la cirugía por técnica laparoscopia durante el acto quirúrgico, 4 de los casos (6,70%) requirieron conversión a cirugía abierta por imposibilidad de control de la hemorragia.
- Durante el post-operatorio, uno de los casos descritos anteriormente presenta íleo paralítico prolongado (2%) y eventración (2%) requiriendo corrección quirúrgica.
- Durante el post-operatorio 3 de los casos (6 %) casos padecieron infección urinaria, 2 (4%) dehiscencia de sutura y 3 (6%) infección de herida. Estas complicaciones se resolvieron con tratamiento farmacológico y sutura de la herida respectivamente.



RESULTADOS

RECEPTOR

De los 59 receptores, 38 fueron hombres (64%) y 21 mujeres (36%), siendo la edad media de 43 años (16-66 años).



El tiempo medio en tratamiento sustitutivo fue de 10 meses (0-147). En 21 casos (35%) se realizó el trasplante anticipado, es decir, antes de comenzar el tratamiento sustitutivo.

La media de la isquemia fría es de 1,27 horas (0,85-4). En ningún caso se produce necrosis tubular aguda.

Durante el post-operatorio 11 casos sufren rechazo agudo (18,64%), de los cuales, 10 se resuelven con aumento de fármacos inmunosupresores, y en 1 provoca la pérdida del injerto.

La estancia media hospitalaria fue de 14 días (7-36).

La creatinina media al mes es de 154 micromoles/l (72-675) y al año de 140 micromoles/l (78-645).





COMPLICACIONES RECEPTOR:

De los 59 receptores :

- 4 sufrieron hemorragia intraoperatoria (6,77%) que se resolvieron en el mismo acto quirúrgico.
- 2 desarrollaron fístulas urinarias (3,38%), 1 estenosis de la arteria renal (1,69%) y 2 estenosis de la unión urétero-vesical (3,38%). Las 5 complicaciones se resolvieron con reintervención quirúrgica.
- Se produjo 1 dehiscencia de la herida quirúrgica (1,69%), 1 hematoma de pared (1,69%) y 1 hematuria autolimitada (1,69%). Las 3 complicaciones se resolvieron durante el ingreso hospitalario.



CAUSAS DE PERDIDA DEL INJERTO:

3 de los receptores (5,07%) sufrieron pérdida del injerto debido a:

- Rechazo agudo 1 (1,69%)
- Problemas quirúrgicos (vasculares, vías urinarias) 1 (1,69%)
- Problemas múltiples añadidos (pancreatitis, íleo paralítico, alteraciones hepáticas, insuficiencia renal) 1 (1,69%)

CONCLUSIONES

- Se evidencia un mayor número de donantes mujeres (61%) que hombres (39%) lo que induce a pensar que la mujer es más altruista que el hombre, aunque hay que destacar que la IRC es más prevalente en el hombre (2/1) que en la mujer.
- La relación predominante entre donante y receptor es de esposa a esposo (27,11%).
- Los actuales fármacos inmunosupresores, menor agresividad de la técnica quirúrgica (nefrectomía laparoscopia), aumentan los números de casos de parentesco con menor consanguinidad, dándose en nuestro estudio 3 casos (4,90%, primas / tía) 1 caso sin consanguinidad (1,60%, nuera).
- El trasplante de donante vivo favorece la realización del trasplante antes de comenzar



el tratamiento substitutivo, 21 casos (35%), lo que puede ayudar a conseguir una mayor supervivencia del injerto y del receptor a largo plazo.

- Con la práctica del trasplante de donante vivo se disminuye considerablemente el tiempo de isquemia fría (media 1,27 horas) respecto al donante cadáver (media 18 horas), lo que favorece la recuperación de la función renal.
- A pesar de las complicaciones producidas en el donante (26,7%) todas se resuelven favorablemente, sin producirse secuelas graves.

Hay que considerar que la donación de donante vivo es una buena alternativa para los pacientes que padecen IRC.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Nefrectomía laparoscópica de donante vivo. A. Alcaraz Asensio. Pag 87-100. Manual de trasplante renal. Sociedad Española de Nefrología Enero 2005.
2. Experiencia en trasplante renal de donante vivo en el Hospital Universitario de Bellvitge 1978-2004. Una perspectiva de enfermería. E. Salillas, M. Diz, M. Juve, R. Escofet, M. Julve. Pag 275-276 Comunicaciones presentadas al 29 Congreso de la SEDEN.
3. Técnica quirúrgica del trasplante renal. J.J. Gómiz León Capitulo 9 Pag 101-107. La enfermería y el trasplante de órganos Edt. Panamericana 2004.
4. Trasplante renal de donante vivo una opción terapéutica real. C.Felipe. F. Oppenheimer y J.J. Plaza 1999.
5. Trasplante renal consejos prácticos. Pag 1-26. www.trans-net.org/gtr/pacientes/indice.htm.
6. El trasplante renal con donante vivo en fase de prediálisis mejora los resultados. Pag 1-2. www.diariomedico.com.
7. Trasplante de órganos. Pag 1-3. www.abcmedicus.com.
8. El donante vivo emparentado para trasplante renal. Pag 1-5. www.bvs.sld.cu
9. La enfermería y el trasplante de órganos. Andre-Force. Pag 6-11 Panamericana 2004