

No indicar el trasplante de vivo es una mala práctica

M.O. Valentín, B. Domínguez-Gil, E. Martín Escobar, R. Matesanz

Organización Nacional de Trasplantes

Nefrología 2009;29(5):379-381.

La no indicación de trasplante renal de donante vivo cuando hay una posibilidad de realizarlo es una mala práctica, o, dicho de otro modo, dar esta opción terapéutica a un paciente con enfermedad renal avanzada es una buena práctica que todos los nefrólogos deberíamos seguir.

¿Realmente obramos bien cuándo «evitamos el trago de solicitar un donante vivo entre los allegados al enfermo» o, por el contrario, estamos impidiendo que el paciente ejerza un derecho y además limitando su principio de autonomía al no informarle adecuadamente? ¿Es ético no ofrecer esta opción de tratamiento cuando está sobradamente demostrado que la supervivencia del injerto procedente de un donante vivo es mayor que la del cadáver?

Es un hecho, constatado ya en la década de 1990 y afianzado en nuestros días, que la supervivencia de injerto y de paciente incluso con trasplante renal de donante vivo no relacionado es manifiestamente mayor que la del riñón procedente de donante cadáver¹⁻⁴. Como datos más recientes, el registro de la UNOS nos muestra que la probabilidad de tener un injerto funcional a los tres años del trasplante es del 89,1% en aquellos trasplantados de donante vivo, frente a un 79,42% en los trasplantados de un donante cadáver⁵.

Entre las causas de una mayor supervivencia de los injertos renales procedentes de donante vivo, se han barajado el menor tiempo de isquemia y la ausencia de los trastornos hemodinámicos que se producen en el contexto de la muerte encefálica. Pero un factor que ha demostrado una gran influencia de manera independiente es la ausencia de diálisis o el menor tiempo en esta terapia del receptor, que hace que esté en mejores condiciones para recibir un trasplante⁶⁻⁸. En estos casos se obtienen mejores cifras de función renal y menor morbilidad asociada a trasplante, lo que va parejo a una mejor calidad de vida y una mayor supervivencia.

Centrémonos un momento en los datos de actividad de donación y trasplantes de España. Nuestro país ocupa un puesto privilegiado, con 34,2 donantes por millón de población. En cuanto a las características de los donantes, se ha producido un cambio progresivo en el perfil de los mismos. Más del 44% de nuestros donantes tienen 60 años o más, y la principal causa de muerte entre los donantes es el accidente cerebrovascular (del 39% en 1992 al 65,4% en 2008). Esta tendencia se va a hacer incluso más pronunciada en los próximos años por el drástico descenso en la siniestralidad vial, que hace que los accidentes de tráfico sólo representen un 8,1% del total de donantes en España⁹.

En el año 2008 se realizaron un total de 2.229 trasplantes renales, lo que supone una actividad de 45 trasplantes por millón de población⁹. Según datos del registro nacional de enfermos renales, la prevalencia de la enfermedad renal terminal en tratamiento dialítico (ya sea hemodiálisis o peritoneal) es de 415 pmp¹⁰. Teniendo en cuenta que el 22% de estos pacientes podrían ser teóricos candidatos a trasplante renal, nos encontramos ante la necesidad de unos 100 trasplantes renales pmp para cubrir las necesidades, es decir, más del doble de nuestra actividad anual. Estas cifras aumentan cuando hablamos de receptores jóvenes, ya que, como hemos comentado anteriormente, el porcentaje de donantes menores de 60 años es cada vez menor.

Esto hace que nuestras listas de espera engrosen con un *pool* de pacientes jóvenes que pasan en ocasiones varios años esperando un trasplante, con el coste socio-familiar y económico que implica. A la vista de estos datos y teniendo en cuenta que el tiempo en lista de espera es un factor determinante en cuanto a la evolución del injerto postrasplante, consideramos perentorio informar e indicar el trasplante renal de donante vivo.

Pueden surgir aquí las siguientes preguntas: el trasplante renal de donante vivo ofrece ventajas frente al de donante cadáver, pero estamos realizando una nefrectomía a una persona sana. ¿Es esto éticamente correcto? ¿Cuál es el riesgo al que sometemos al donante?

La respuesta a la primera pregunta es sí. Aunque el principio de no maleficencia implica no infligir daño intencionadamen-

Correspondencia: María de la Oliva Valentín Muñoz
Organización Nacional de Trasplantes
mvalentin@msps.es

te y la nefrectomía es un procedimiento quirúrgico mayor, el índice de complicaciones es bajo y el beneficio que aporta, no sólo al paciente trasplantado, sino de forma indirecta a toda la lista de espera, supera el mínimo riesgo al que sometemos al donante.

Son muchos los trabajos publicados en cuanto a las complicaciones que pueden surgir en los donantes a corto plazo y todos coinciden en que el índice de complicaciones relacionadas con la intervención está entre un 0,6 y un 14%, y la mayoría de ellas son menores (aunque, como cualquier intervención cruenta en medicina, tiene un riesgo de fallecimiento perioperatorio, se estima en sólo un 0,03%)^{11,12}.

Con respecto a la evolución a medio-largo plazo de los donantes, un estudio recientemente publicado en el *New England Journal of Medicine*¹³, con 3.698 donantes renales, concluye que el estado de salud de los donantes a largo plazo es similar a la población general y que tienen una excelente calidad de vida (medida a través de los cuestionarios validados SF12 y SF36). En una media de 12,2 +/- 9,2 años de seguimiento, se realiza filtrado glomerular (FG) a 255 de ellos y se constata que el 85% tiene un FG superior a 60 ml/min/1,73m² y se mantiene estable. Las cifras de albuminuria y de tensión arterial son similares al grupo control estudiado, y su elevación tiene que ver con factores asociados, como el aumento del índice de masa corporal y la edad. Los resultados de diferentes registros de Noruega, Holanda, EE. UU. y de grupos españoles coinciden, si no en las cifras, en la buena evolución a largo plazo de los donantes.

España tiene una larga trayectoria en trasplante renal de donante vivo, aunque hasta finales de la década de 1990 la actividad no llegaba al 1% del total de trasplantes realizados. Las diferentes publicaciones en cuanto a seguridad en el donante y mejor supervivencia del injerto trasplantado, así como la generalización de técnicas quirúrgicas menos agresivas (como la minilumbotomía o la cirugía laparoscópica), unido a un cambio progresivo de mentalidad de los equipos, los pacientes y de la propia ONT, han conseguido que en los últimos años pasemos de poco más de un 2% de actividad en el año 2004 a un 7% en el último año, con 156 trasplantes realizados. Son más de 20 los equipos de trasplante renal que ya se atreven con esta modalidad de trasplante, pero pocos los que realizan más de cinco procedimientos al año, lo que es signo de que aún no ha terminado de despegar esta modalidad terapéutica a nivel nacional.

Queremos recordar que hace sólo cuatro años, en una encuesta realizada a nuestros profesionales, ante la pregunta «por qué causa considera insuficiente el número de trasplantes de vivo que se hacen en su centro?», un 24,2% respondió que existía falta de concienciación profesional, un 27% falta de concienciación en familiares y pacientes, y un 16,6% que el tiempo en lista de espera era aceptable¹⁴. Ante la última respuesta, nos permitimos dar una cifra: el tiempo medio en lis-

ta de espera de trasplante renal está en torno a los 24 meses. Veinticuatro meses en los que una persona se somete a un tratamiento que, si bien es cierto que le permite seguir viviendo, le ocasiona un deterioro importante en su calidad de vida y una mayor morbilidad, a lo que se suma una peor respuesta al trasplante a medida que aumenta el tiempo que lleva en diálisis. Confiemos en que ese 24,2% de falta de concienciación profesional se reduzca al máximo en la siguiente encuesta que a este respecto se realice, en aras de la buena práctica clínica que caracteriza a nuestro sistema nacional, y que el 27% de reticencia de familiares y enfermos a esta terapéutica desaparezca tras una buena información y compromiso por parte del profesional.

El trasplante renal de vivo ofrece claros beneficios de naturaleza individual y colectiva. Se ha demostrado que los pacientes trasplantados renales de donante vivo tienen un injerto funcionando durante más tiempo, lo que significa una mejor calidad de vida y un menor coste económico para la sociedad. Esto es más acusado si el trasplante se realiza antes de comenzar tratamiento dialítico. Además, aumenta las posibilidades de los enfermos en lista de espera de recibir un trasplante.

En vista de los datos que acabamos de comentar, todos debemos ser conscientes de esta realidad y fomentar en lo posible esta terapéutica. Iniciativas como la puesta en marcha del PLAN NACIONAL DE DONACIÓN CRUZADA¹⁵, del que recientemente se han realizado con éxito las dos primeras intervenciones, la realización de cursos de formación en trasplante de vivo para clínicos, cirujanos y coordinadores, o la divulgación del procedimiento entre pacientes, profesionales y sociedad en general, son acciones iniciadas, patrocinadas o apoyadas por la ONT. Estas iniciativas, junto a un grupo cada vez más numeroso de profesionales y las propias asociaciones de enfermos, están apuntando al definitivo despegue del trasplante de vivo. Durante el primer semestre del año 2009 se han registrado incrementos muy importantes de actividad, especialmente en Andalucía y Cataluña, y todo hace pensar que vamos a cerrar el año con un porcentaje de donante vivo cercano al 10%. Estamos en el buen camino.

No informar adecuadamente a los pacientes con insuficiencia renal terminal, evitando ofrecer el trasplante renal de donante vivo como alternativa, es una mala práctica que evita al paciente ejercer su derecho de autonomía y que va en detrimento de su cantidad y calidad de vida futura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Binet I, Bock AH, Vogelbach, Gasser T, Kiss A, Brunner F, Thiel G. Outcome in emotionally related living Kidney donor transplantation. *Nephrol Dial Transplant* 1997;12:1940-8.

2. Kaneku HK, Terasaki PI. Thirty year trend in kidney transplant. UCLA and UNOSm renal Transplant registry. Clin Transpl 2006;1-27.
3. Felipe C, Oppenheimer F, Plaza JJ. Trasplante renal de vivo: una opción terapéutica real. Nefrología 2000;1:8-21.
4. Cecka JM, Terasaki PI. The UNOS Scientific Renal Transplant Registry-2000. Clin Transpl 2001;1-18.
5. The organ procurement and Transplantation Network. United Network for Organ Sharing (UNOS). Disponible en: <http://www.optn.org>. Último acceso: 14 de julio de 2009.
6. Guirado L, Vela E, Cléries M Díaz JM, Facundo C, García-Maset R, Registro de enfermos renales de Cataluña. ¿Por qué el trasplante renal de donante vivo da mejores resultados que el trasplante renal de donante cadáver? Nefrología 2008;2:159-67.
7. Mange KC, Joffe MM, Feldman HI. Effect of the use or nonuse of long-term dialysis on the subsequent survival of renal transplants from living donors. N Engl J Med 2001;10:726-31.
8. Domínguez-Gil B, Pascual J. El trasplante renal de donante vivo en España. Una gran oportunidad. Nefrología 2008;28(1):143-7.
9. Memoria de actividad de donación y trasplante 2008. Página Web de la Organización Nacional de Trasplantes. Disponible en: www.ont.es Último acceso: 25 de agosto de 2009.
10. Registro español de enfermos renales. Informe 2007. Disponible en: www.senefro.org.
11. Matas A, Bartlet ST, Leichtman AB, Delmonico FL. Morbidity and mortality after living kidney donation 1999-2001: Survey of United States Transplant Centers. Am J Transplantation 2003;3:830-4.
12. Sommerer C, Morath C, Andrassy J, Zeier M. The long term consequences of living-related or unrelated kidney donation. Nephrol Dial Transplant 2004;4:45-7.
13. Ibrahim HN, Foley R, Tan L, et al. Long-term consequences of kidney donation. N Engl J Med 2009;5:459-69.
14. Álvarez A, Martín E, García A, Miranda B, Oppenheimer F, Arias M. Encuesta de opinión sobre la donación de vivo renal. Nefrología 2005;2:57-61.
15. Programa Nacional de Donación Renal Cruzada en España. Versión 0.8. Disponible en: www.ont.es.