

ATS 11 26

Y ahora, vida y salud. Buenas tardes. Vida y salud retoma de nuevo el tema que nos ha ido ocupando en semanas anteriores, los trasplantes de riñón.

Las características del enfermo renal, sus posibles tratamientos, los problemas de la diálisis, la lista de espera, los órganos artificiales, son algunas de las cuestiones que hemos tratado en algunos espacios de vida y salud. Hoy nos vamos a centrar en los trasplantes de riñón que proceden de personas vivas y de los que se hacen extrayendo este órgano a personas que han muerto. Para ello, contamos con la colaboración del doctor Plaza, nefrólogo de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Doctor Plaza, en pocas palabras y de manera que todo el mundo lo pueda entender, ¿qué fases comprende el trasplante de riñón? ¿Cómo se hace? Ante un paciente con una situación de insuficiencia renal terminal, es decir, cuando sus riñones son incapaces de mantener o de realizar la función que tienen encomendada, el sujeto necesita ser dializado, se necesita utilizar una máquina, un riñón artificial, para permitir que ese sujeto siga viviendo, pero esta, con ser una muy buena solución, no es la solución definitiva porque las hay mejores y una de ellas es el trasplante de riñón. El trasplante de riñón supone el injerto de una víscera a este sujeto que en las mejores condiciones restablece la función que tenía el riñón del propio enfermo y supone la curación del paciente. Entonces, para ello los enfermos pasan, estando en unas listas de espera numerosas, a ser estudiados bajo el punto de vista clínico e inmunológico y cuando surge la posibilidad de que un donante, vivo o cadáver, ofrezca un riñón a la comunidad, se selecciona dentro de esa lista aquel sujeto cuyo parecido inmunológico con el receptor, con el donante, es máximo.

Entonces, el paciente se le cita al hospital y se le hace el injerto. ¿Aproximadamente qué porcentaje de éxitos está obteniendo la autoridad con el trasplante de riñón? El porcentaje de éxitos global, referido a los dos primeros años de evolución, es decir, que una persona mantenga su injerto funcionando después de dos años de colocado, es globalmente como de un 65-70%. Aquí hay que diferenciar los resultados del donante vivo y donante cadáver, ya que los resultados son diferentes, son, porcentualmente, mejores los resultados del trasplante de donante vivo, que se acerca al 90% a los dos años, y del trasplante de cadáver, que es de alrededor de un 60-65% a los dos años.

¿Quiénes pueden ser donantes de riñón? ¿Qué características debe reunir una persona que quiera dar su riñón? Estamos hablando de donantes vivos, claro. Entonces, puede ser donante de riñón cualquier sujeto, cualquier persona viva, que libre de presión y de una forma voluntaria exprese su deseo de dar un riñón a una persona conocida, habitualmente familiar, de primera o segunda generación. Entonces, para ser donante de riñón no es un requisito necesario más que el ser una persona sana después de que el sujeto sea estudiado de una forma exhaustiva, bajo los puntos de vista clínico, de análisis, de radiografías, etc.

Y cuando se demuestra que ese sujeto es sano y que tiene una compatibilidad con el receptor en el grupo sanguíneo, es decir, que sus grupos sanguíneos son compatibles, prácticamente no hay ningún inconveniente para que de su riñón. ¿Y cuáles son los peligros o los riesgos a los que se somete el donante en la operación de extracción? Pues el riesgo del donante es prácticamente nulo. No tiene mayor riesgo que el de cualquier intervención quirúrgica arreglada.

Es decir, que cualquier intervención quirúrgica, incluso las más habituales o sencillas, como puede ser una apendicitis, pues tiene un pequeñísimo riesgo, inferior al 0,5% posiblemente, pues es el mismo riesgo que tiene el donante de riñón. Es decir, cualquier entrada en un quirófano para una operación de una dificultad media pues tiene el mismo riesgo que la que puede tener un donante por el hecho de serlo. ¿Y se puede vivir bien, normal, con un riñón? Probablemente, si eso no fuera así, es una pregunta bien útil, porque uno de los problemas que muchas personas pueden argumentar a la hora de decidirse dar un riñón es que se queden en unas condiciones físicas de menoscabo de su capacidad física o vital con respecto a cuando tenían los dos riñones.

Realmente eso no es así. Es decir, la medicina no se iba a venir a dejar personas en esas condiciones para tratar de ayudar a otro con unas garantías que no son del 100%. Entonces, realmente, una persona puede ir con un riñón perfectamente bien bajo todos los puntos de vista, hacer una vida normal, trabajar, tener hijos, ningún tipo de limitación.

De hecho, hay mucha gente que nace con un riñón. Hay personas, incluso deportistas muy conocidos, que tienen un solo riñón y que hacen una vida precisamente que no es sedentaria, sino que hacen un ejercicio físico muy importante y, realmente, ahí están. Realmente, tener un solo riñón no significa un riesgo especial.

Me gustaría hacer énfasis ahora en un aspecto que es muy importante y que refleja bien cómo el tener un solo riñón no es una limitación. Y es que en las compañías seguroamericanas donde se hacen seguros de vida, el tener la existencia de un solo riñón no aumenta el precio de la póliza ni la carga, efectivamente. Luego, eso habla bien a las claras de que tener un solo riñón no es ningún tipo de problema para el donante.

Bueno, como ha dicho usted antes, doctor Plaza, normalmente las donaciones se hacen entre familiares. ¿Esto es así por la dificultad que supone obtener un riñón adecuado o porque las posibilidades de éxito de la operación son mayores? Bueno, durante mucho tiempo el emplear riñones familiares se ha basado en un mecanismo científico de parecido genético entre un enfermo y un familiar. No hay que olvidar que nuestra estructura inmunológica o genética nos viene dada a 50% por nuestro padre y por nuestra madre.

Luego, no es de extrañar que si nosotros recibimos un injerto del tipo que sea de un hermano o de un padre, va a tener una estructura genética más parecida, es decir, el organismo lo va a tolerar mejor que si ese injerto viene de un sujeto que no tenemos ninguna relación con él. Luego, además, existen lazos afectivos que hacen que familiares cercanos al enfermo estén

más motivados bajo el punto de vista emocional para dar un riñón que a una persona que realmente no conocen. Pero bajo el punto de vista clínico y muy reciente, el ámbito de los donantes de riñón se puede ampliar no sólo a los familiares cercanos, como se ha hecho hasta muy recientemente, sino que existen grandes posibilidades para trasplantar riñones de familiares de segunda o tercera generación e incluso de familiares condicionados por la sociedad, es decir, esposos o incluso amigos.

Realmente, esa es una posibilidad que todavía está en sus comienzos, pero las nuevas medicaciones que hay para el tratamiento del rechazo y una serie de actitudes, podríamos decir, preterapéuticas al trasplante, podrían hacer que este tipo de trasplantes, hasta hace muy poco no aceptados, se pueden hacer con grandes posibilidades de éxito. Si no es posible, entonces, obtener un riñón de un donante vivo, se recurre al de una persona muerta. En este caso, ¿cuándo se puede o se debe realizar la extracción del riñón para el trasplante? Entonces, cuando uno no tiene la fortuna de tener un familiar que se ofrezca como donante de riñón y cuyo estudio sea compatible con la extracción del mismo para el enfermo, entonces los enfermos en diálisis que quieren trasplantarse se acumulan en unas listas de espera en donde se refieren una serie de datos relativos al enfermo de su estructura tisular, del grupo sanguíneo, la edad, el tiempo que llevan en diálisis, las transfusiones que reciben, etc.

Y esas listas están siempre a disposición para cuando surge un donante de riñón y se estudia el injerto, porque hay que hacer un estudio tisular, un estudio del tejido, que en ese caso se hace sobre los linfocitos, unas células que hay en la sangre. Entonces, buscar en la lista aquel sujeto, aquel receptor, que es, bajo el punto de vista teórico, el mejor candidato para ese riñón concreto. Es decir, en la lista de espera no funcionan o los criterios habituales no utilizan ni el tiempo de estancia en diálisis ni favoritismos o personalismos o amiguismos en cuanto que el médico tenga algún especial interés por un determinado sujeto, sino que la selección es puramente científica, de tal forma que hay sujetos que llevan en lista un mes y se trasplantan y hay enfermos que llevan en lista 6 años y todavía no han tenido ocasión de trasplantarse.

Es decir, que no hay ningún tipo de mecanismo, pueden decir, bajo cuerda, para seleccionar a un sujeto y despreciar al otro. Naturalmente, cuando hay dos receptores o varios que comparten las mismas posibilidades teóricas bajo el punto de vista inmunológico, entran a jugar a la consideración para elegir a uno de ellos otros factores, a lo mejor la edad, a lo mejor el tiempo que llevan en diálisis, etc. Pero eso ya pasa a un segundo plano cuando existe, podríamos decir, empate entre dos o tres receptores.

Y en cuanto a la extracción del cadáver, la extracción del riñón, ¿qué condiciones se debe hacer? Bueno, estos sujetos que son considerados como donantes tienen que pasar sus últimas horas de la vida en un hospital, en una unidad de vigilancia intensiva, donde el paciente pueda estar, bueno, vigilado estrechamente, estudiado para ver que es una persona sana, que no tiene ninguna enfermedad renal. Y cuando fallece, pues, ya el cadáver, porque es un cadáver, pasa, quiero decir, donde se hace una extracción de los dos riñones, los riñones se conservan, se enfrían con una solución líquida que se introduce por la arteria, de tal manera que el riñón

queda exangüe, se le saca toda la sangre y se queda con un líquido en su interior, un líquido que lo conserva hasta 48 horas. Entonces, ese líquido que es frío, luego se conserva el riñón con el líquido en unos botes especiales, estériles, y rodeados de hielo para que las condiciones de metabolismo de los tejidos se reduzcan mínimo y el tejido aguante mucho más la espera hasta que se busca al receptor, se le trae al hospital, se le pone la medicación y se le lleva al quirófano, que eso viene a ser como entre 15 y 24 horas.

Las estadísticas dicen a veces que la gente no se ofrece como donante muchas veces porque les da miedo a que les extraigan el riñón sin estar clínicamente muertos, vamos, sin estar muertos. Entonces, bueno, esto supongo que se hace a través de, determinando la muerte cerebral, ¿no es así? La muerte cerebral ha supuesto un adelanto enorme en cuanto al resultado de los injertos porque supone que en el acto de la extracción el latido cardíaco del cadáver, del ya cadáver, está mantenido. Entonces, esto supone que en el momento de la extracción los riñones siguen recibiendo sangre, siguen estando perfundidos y, por tanto, nutridos y alimentados hasta el mismo momento de la extracción, lo que quiere decir que están en las óptimas condiciones.

Cuando antes, hace años, antes de existir la nueva ley de trasplantes, el certificado de muerte, es decir, la muerte del sujeto se consideraba cuando el corazón la dejaba de latir, naturalmente eso ya suponía que desde que el padeciente se certificaba su defunción hasta que se pudieran estar los riñones, pasaban unos minutos que eran preciosos porque ya se llegaba a extraer unos riñones en malas condiciones y luego el resultado del injerto, del trasplante posterior, era peor. Entonces, la ley de trasplantes pone en vigencia el concepto de muerte cerebral. Es un concepto absolutamente científico, cierto y que no deja lugar a ningún resquicio ni a ninguna duda en el sentido de que haya personas que cumpliendo esos criterios no estén realmente muertas.

¿Y cómo se determina la muerte cerebral? Pues la muerte cerebral la determinan médicos neurólogos por una serie de criterios clínicos de ausencia de reflejos absolutos, ausencia de respiración espontánea y ausencia de actividad eléctrica cerebral que se determina a través de un electroencefalograma que es capaz de detectar las actividades eléctricas de la corteza cerebral y cuando es plano significa que existe una muerte cerebral completa e irreversible. Es decir, no existe ninguna duda que con los criterios que he comentado muy brevemente no hay la posibilidad en absoluto de que un paciente un paciente haya fallecido antes de extraer los riñones. Bueno, ya para terminar Doctor Plaza aproximadamente ¿cuántas personas hay en estos momentos pendientes de salvar su vida en espera de un riñón adecuado? En las últimas estadísticas de la Sociedad Española de Nefrología el número de pacientes incluidos en programas de diálisis en el país es de alrededor de unos 10.000 enfermos.

Esto quiere decir que si consideramos que de estos un 60% un 70% es un porcentaje muy aproximado pudieran ser trasplantados eso quiere decir que puede haber una demanda de 7.000 8.000 enfermos esperando la posibilidad de recibir un riñón. Agradecemos al Doctor Plaza nefrólogo en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid su colaboración en Vida y Salud. El

próximo viernes abordaremos el aspecto jurídico de los trasplantes renales.

Hasta entonces gracias por su atención y buenas noches.