

# **Título: Trasplante renal donante vivo (TRDV). Experiencia en nuestro centro. Febrero 2010**

Autores: Dra. Daymiris Méndez Felipe, Dr. C Julio Valdivia Arencibia, Dr. Ernesto Delgado Almora, Dr. C Carlos Gutiérrez Gutiérrez, Dra. Janete Treto Ramírez, Dra. Mabel Fortes Riverón

[dmendez@infomed.sld.cu](mailto:dmendez@infomed.sld.cu)

# **Causas de incremento del trasplante renal con donante vivo.**

- **Aumento del número de pacientes en tratamiento de diálisis.**
- **El donante cadavérico no satisface la demanda.**
- **Acortar el tiempo de espera para el trasplante**
- **El trasplante renal pre diálisis.**
- **Los mejores resultados en la sobrevida.**

**Tipos de donante vivo según su relación con el receptor.  
Donante genéticamente relacionado**

- Padre o madre
- Hermano o hermana
- Hijo o hija
- Primo o prima

**Tipos de donante vivo según su relación con el receptor.  
Donante emocionalmente relacionado**

- Marido o esposa
- Amistad

**Tipos de donante vivo según su relación con el receptor.  
Donante no relacionado**

- Intercambio de donante vivo
- Intercambio de donante vivo / donante cadáver
- Donante altruista

# VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS TRASPLANTES RENALES CON DONANTE VIVO NO RELACIONADO

## Ventajas

Suple la escasez de DC

Mejor estudio  
inmunológico

Mejor preparación del  
receptor

Cirugía electiva

## Desventajas

Comercialización

Intermediarios, tráfico de  
órganos

Coacción de la libre  
voluntad del donante

Búsqueda de publicidad  
del donante

## **Pre selección del donante vivo de riñón**

### **Criterios inmunológicos**

- Compatibilidad de grupo sanguíneo
- Compatibilidad del sistema HLA
- Pruebas cruzadas (cross match negativo)

## **Pre selección del donante vivo de riñón**

### **Criterios generales**

- Edad
- Sexo
- Superficie corporal

# Consenso de Ámsterdam (Holanda) sobre donante vivo riñón.

- El FG debe medirse mediante aclaramiento de creatinina
- El FG inferior a 80 ml/mts corregido por edad, sexo y superficie corporal contraindica la donación
- Deben descartarse como donante los pacientes con índice de masa corporal superior a 35 kg/m<sup>2</sup>
- Los pacientes con obesidad deben ser impuestos de sus riesgos a corto o largo plazo, perder de peso y desaconsejarlos como donante si existen otros factores de riesgo.
- La dislipidemia por si sola no contraindica la donación.
- Los pacientes diabéticos o con glicemia basal mayor de 7 mm/l o glicemia superior a 11.1mm/l después de ingesta de glucosa deben ser descartado como donante.
- Se aceptan como donante los pacientes con un único episodio previo o actual de litiasis que no presenten alteraciones metabólicas y sea fácilmente extraíble durante la cirugía.
- Se descartan como donantes los pacientes con litiasis renal recurrente o visible radiológicamente.
- La proteinuria superior a 300 mg/día es una contraindicación para la donación.
- Antes la presencia de microhematuria debe descartarse la litiasis renal , un proceso maligno urológico o patología glomerular mediante estudio histológico por biopsia.
- Excluir de la donación pacientes con antecedentes de neoplasias. Aceptar donantes con proceso maligno previo si el tratamiento recibido no afectó la función renal ni dificulta técnicamente la nefrectomía, y si el proceso maligno presentado tiene criterios de ser curable.

# **RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENAL CON DONANTE VIVO 1986 - 2009**

**Grupo de Trasplante renal  
Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas**

# Trasplantes realizados 1986-2009

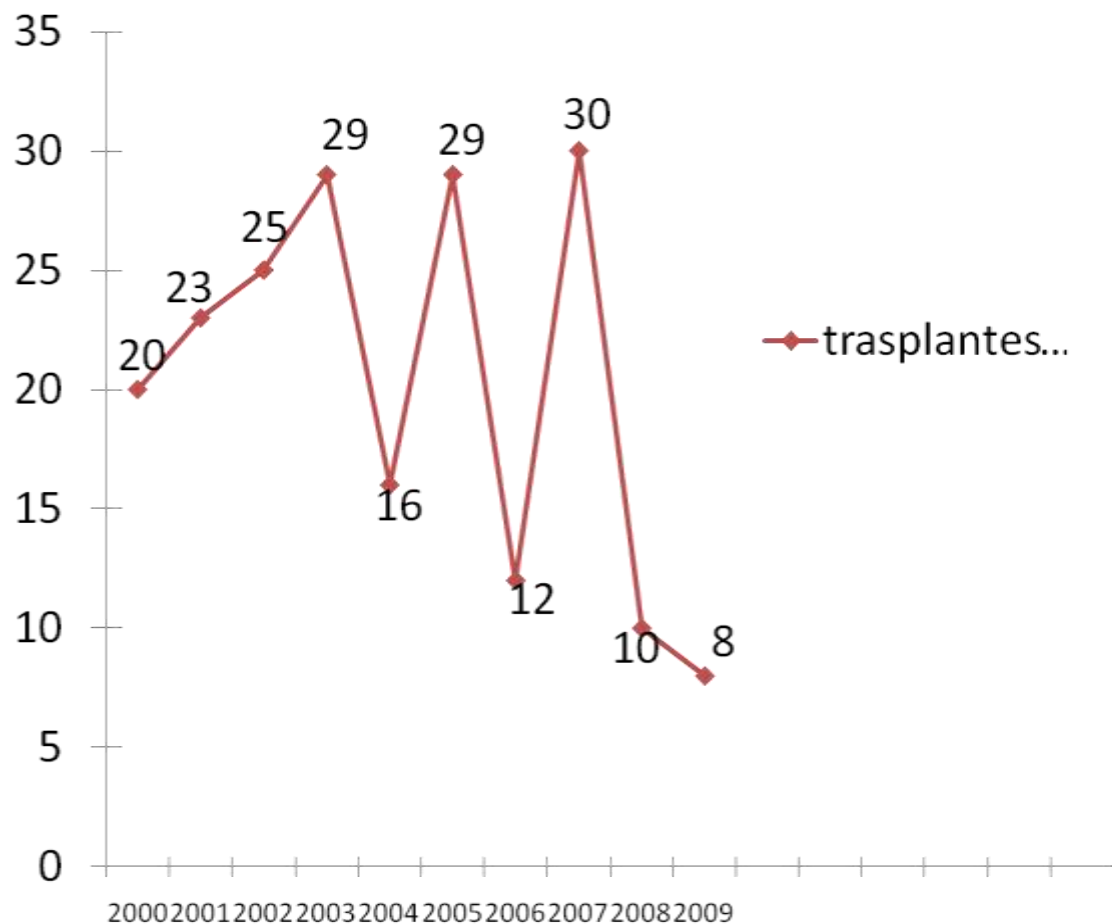
Total..... 286

- con donante fallecido..... 185
- con donante vivo..... 101



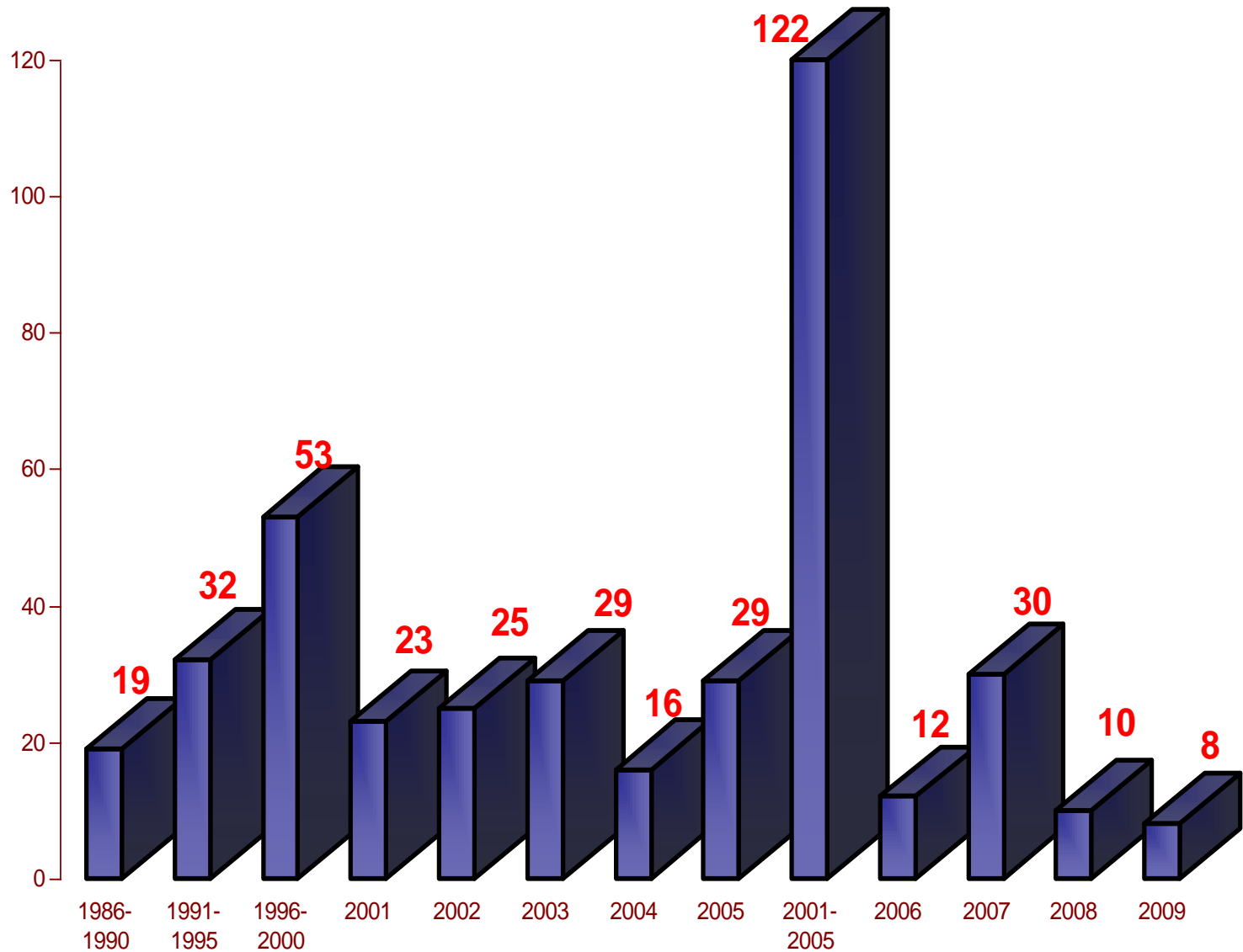
# Trasplantes de riñón por año. DC Y DV

1986-1999-----	84
2000.....	20
2001.....	23
2002.....	25
2003.....	29
2004.....	16
2005.....	29
2006.....	12
2007.....	30
<b>2008.....</b>	<b>10</b>
<b>2009.....</b>	<b>8</b>

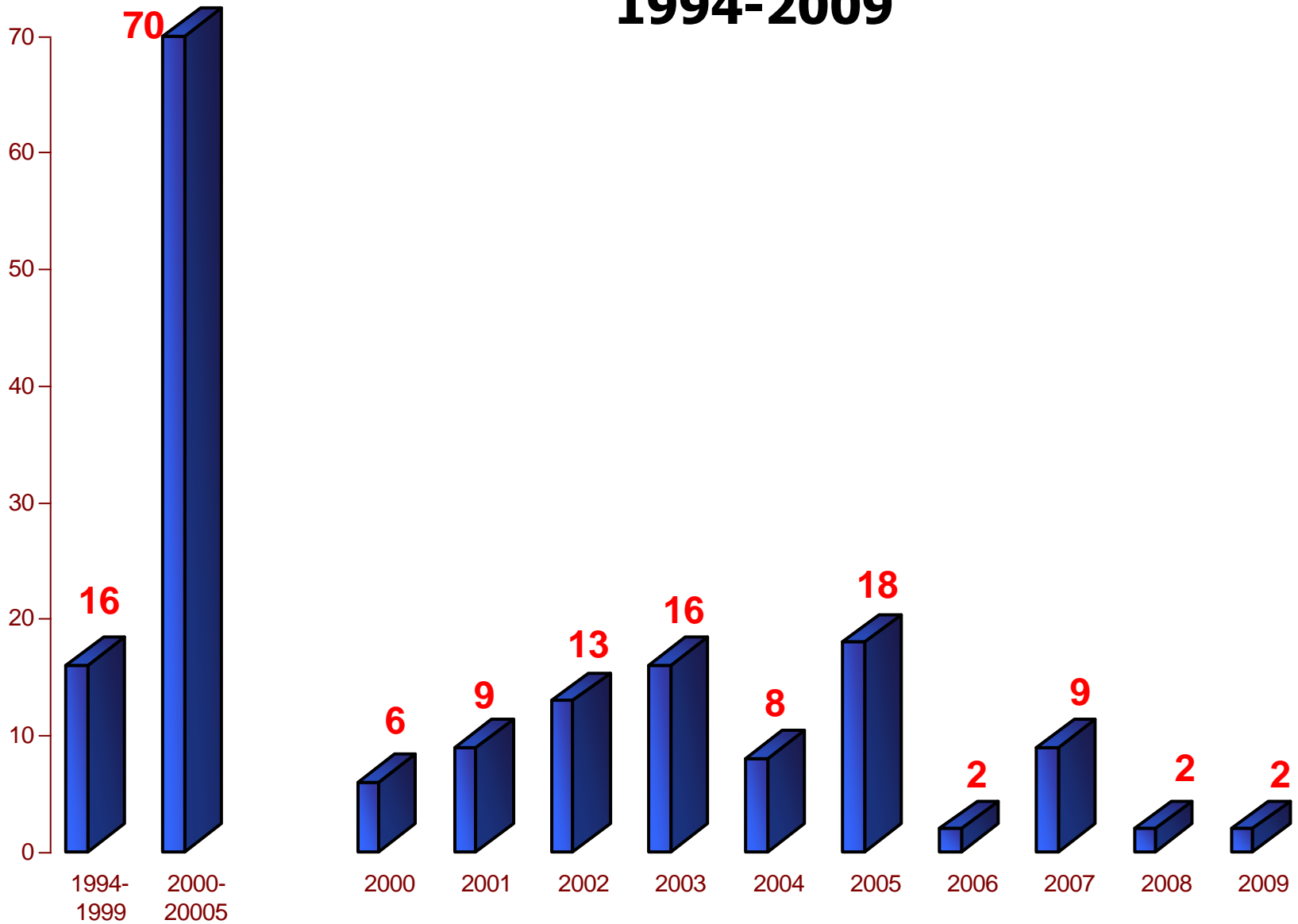


# TRASPLANTE DE RIÑÓN POR AÑO

## CIMEQ 1986- 2009



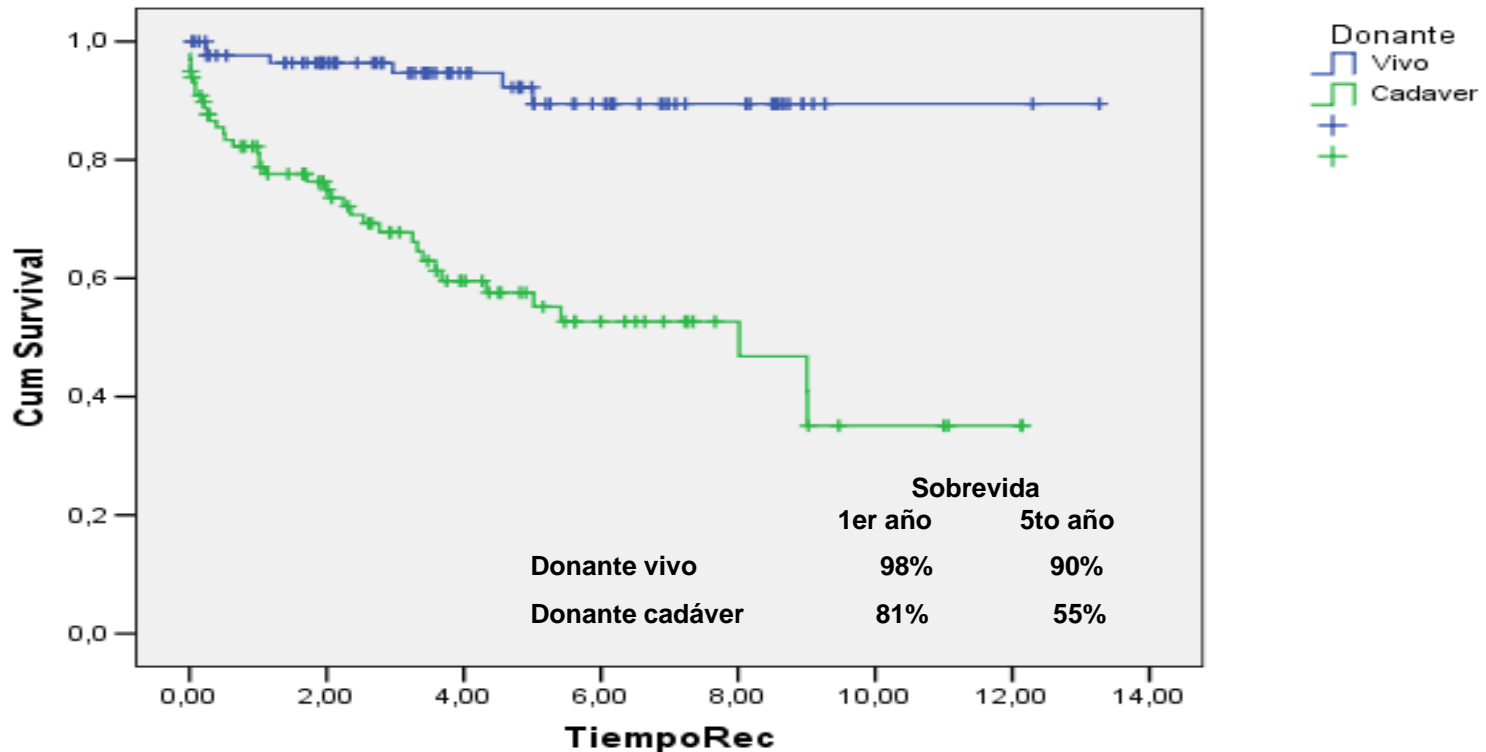
# TRASPLANTE DE RIÑÓN DV. CIMEQ 1994-2009



# ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA

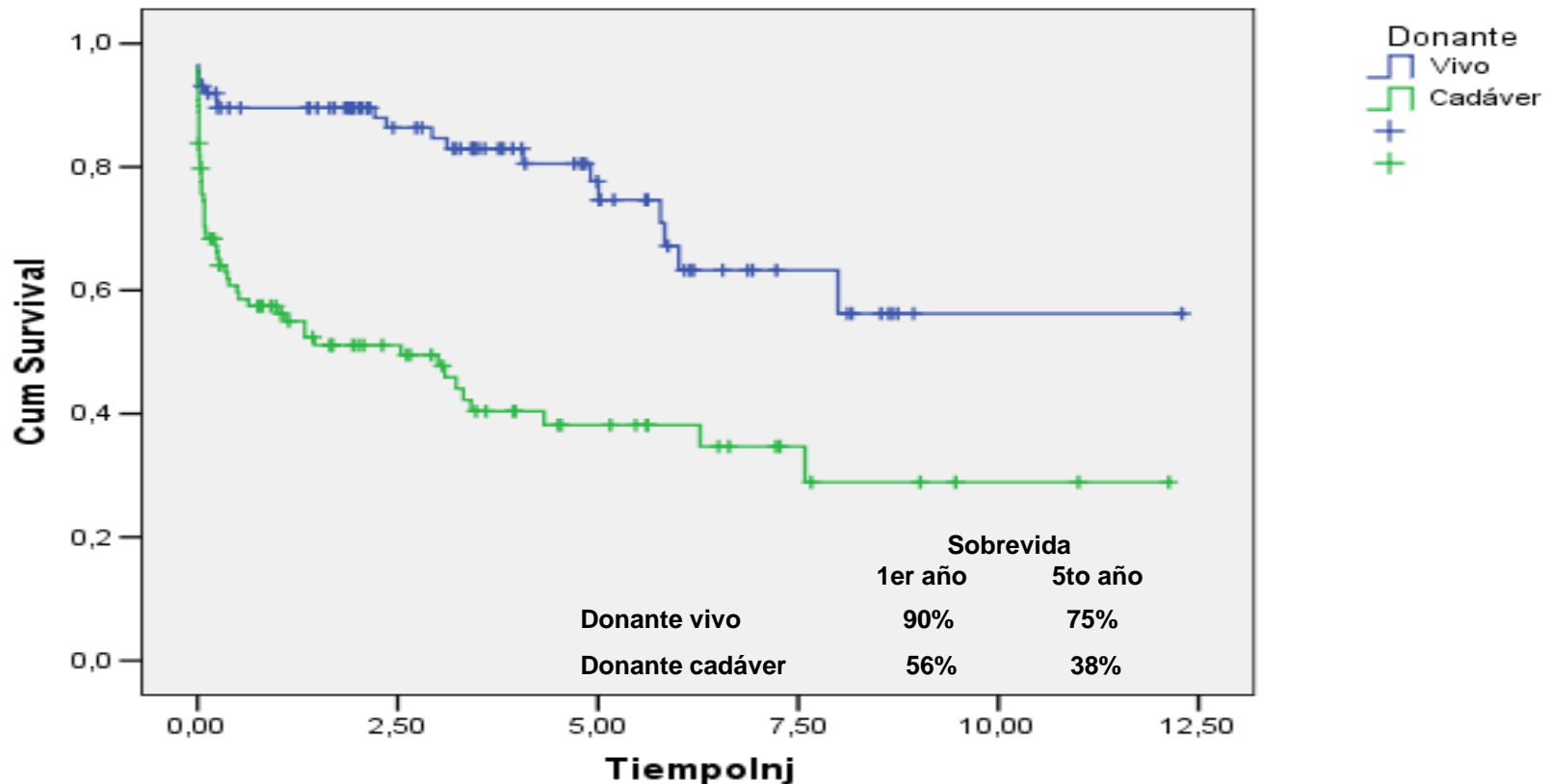
## Programa de Trasplante renal CIMEQ

### Sobrevida paciente 1994-2009



# Programa de Trasplante renal CIMEQ

## Sobrevida del injerto 1994-2009



# Situación actual del programa

## Año 2009

- Aumento del número de receptores
- Disminución de la oferta de riñones donados y mala calidad de la víscera
- Reducción del número de trasplantes de riñón

# Problemas fundamentales

Aumento de la morbilidad de pacientes estudiados para trasplante con donante vivo.

Llegada tardía a los estudios y con estadías prolongadas en hemodiálisis (Reducción de pacientes pre dialíticos)

Problemas en la disponibilidad para selección inmunológica (HLA), esto dificulta estudios de parejas y selección en el Tx.R con donante cadáver.

# Programa de Trasplante Renal

## CIMEQ

### Estudio de parejas 2009

	Número	%
Parejas estudiadas	20	100
Parejas rechazadas	18	90
Parejas Trasplantadas	2	10



## **Parejas estudiadas para trasplante renal donante vivo. CIMEQ 2009**

**Total de parejas .....17 parejas adultos y 3 parejas  
en edad pediátrica**

**Trasplantes realizados.....2 parejas (10 % de las estudiadas)**

**Causas por las que se desechan:**

- No tienen estudio de HLA: 5 parejas**
- Citólisis en el receptor: 10 pacientes**
- Malformaciones vasculares del donante: 2 pacientes**
- Hepatitis C en el donante: 1**

**Parejas en estudio para trasplante renal donante vivo. Año 2010**

**9 parejas**

# Trasplante Renal con donante vivo. ¿Alternativa o elección?

**El TRDV en nuestro país se debe de ofrecer como alternativa válida**

**Debe ser realizado en centros acreditados y con todas las garantías**

**Debe ser evaluado el proceso de selección por personal acreditado, no integrante de los equipos de trasplante**

**Se debe redactar un Consenso Cubano**

# Resumen

- El TRDV ha sido una línea prioritaria de nuestro hospital, recibimos pacientes de todas las unidades del país, ya que muy pocos lo realizan y por los resultados favorables que se han obtenido. Esto explica que nuestros porcentajes sean diferentes a los de otros centros nacionales.
- Sobre las perspectivas del TRDVNR, opinamos que debemos desarrollar al máximo los TRDC y DV relacionado, así como lograr mayor desarrollo en los estudios inmunológicos y en el tratamiento inmunosupresor e incorporar nuevas técnicas quirúrgicas como la nefrectomía laparoscópica, y llevar este tema a la discusión social y legal para su aprobación.
- Pensamos que la escasez de órganos en el futuro, el aumento de pacientes en diálisis y la ampliación de los criterios de trasplante, hará una realidad el TRDVNR.