



Información sobre el TRASPLANTE RENAL

SERVICIO DE NEFROLOGÍA

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal que usted presenta, es una situación clínica en la cual sus riñones han dejado de funcionar de manera irreversible. Por ello usted necesita recibir un tratamiento con diálisis que sustituya la función vital de esos órganos. Pero la diálisis no sustituye a todas las funciones que realizaban sus riñones, por lo que usted necesita tomar medicamentos, realizar una dieta y alterar su forma de vida. El trasplante renal es otra modalidad de tratamiento, alternativa de la diálisis y complementaria de la misma. Un trasplante de riñón que funcione adecuadamente reemplaza la totalidad de las funciones que realizaban sus riñones antes de enfermar. Esto le producirá lógicamente una mejora en su salud, pero deberá someterse a una operación y tomar unos medicamentos que conllevan ciertos riesgos.

En el momento actual, los médicos especialistas que le atendemos, consideramos que podría ser usted candidato a recibir un trasplante de riñón.

Para confirmar esta valoración, y siempre que usted desee ser transplantado, le realizaremos algunas exploraciones radiológicas y analíticas. Además, se le realizará un estudio de sus tejidos mediante análisis de sangre para determinar su compatibilidad con el futuro donante y así, en su momento, poder encontrar el riñón más adecuado para realizarle un trasplante.

Una vez comprobado el resultado de dichas exploraciones y la ausencia de enfermedades que lo contraindiquen, le incluiremos en la Lista de Espera para Trasplante Renal de la CAPV. Al producirse una donación de riñones, se escogerá entre los pacientes de esa Lista de Espera, a los receptores más adecuados para los riñones obtenidos. La elección del receptor más adecuado se realiza con los criterios establecidos por el Subcomité de Trasplante Renal.

Además de la compatibilidad inmunológica (del parecido entre las células del donante y del receptor), es muy importante el estado de salud del paciente (en diálisis). El pronóstico va a ser mejor cuando el paciente tenga menos enfermedades (aparte de su Insuficiencia Renal).

La llamada para trasplante: puede producirse en cualquier momento a partir de su inclusión en Lista de Espera. En el caso de que usted fuese seleccionado para un posible trasplante le llamaremos a su domicilio debiendo trasladarse con urgencia al Hospital de Cruces.



Es imprescindible, por tanto, que comunique en su Centro de Diálisis cualquier cambio de domicilio o de teléfono, aunque sea transitorio, y consulte sobre la forma de transporte más adecuado para su desplazamiento a Cruces.

Al recibir la llamada, deberá informar sobre su situación actual destacando si ha tenido recientemente o tiene infecciones (catarro, infecciones de la fistula, peritonitis etc...), o si padece otras complicaciones que pudieran complicar el trasplante.

Se llama a dos personas por cada riñón para trasplantar, por lo que es posible que no se le trasplante. La elección se basa principalmente en criterios de compatibilidad y de tiempo en lista de espera.

Una vez en el Hospital de Cruces, le realizaremos más exploraciones (pruebas de compatibilidad con el nuevo riñón, preparación de sangre ante posibles transfusiones, radiografías, valoración del órgano a trasplantar), le dializaremos si fuera necesario y pasadas entre seis y doce horas le comunicaremos si se le trasplanta. En caso contrario, deberá volver a su casa hasta una nueva llamada.

Trasplante: Es una intervención quirúrgica de unas 3 horas de duración bajo anestesia general quedando después ingresado durante un tiempo medio de unas dos o tres semanas salvo que surjan complicaciones que podrían prolongar su hospitalización.

El riñón se coloca en el abdomen, uniendo sus arterias y venas a las del paciente receptor (a las ilíacas, aorta o del bazo). El uréter se implanta en la vejiga. Al finalizar la intervención, tendrá un tubo de drenaje en el abdomen y una sonda en la vejiga que se mantendrán aproximadamente una semana.

Durante o después de la intervención puede ser necesaria la transfusión de sangre y/o hemoderivados.

Durante los primeros días deberá estar en una unidad con visitas restringidas (para evitar que se le transmitan infecciones).



El riñón trasplantado puede funcionar inmediatamente, o por el contrario, tardar unos días en hacerlo. En este caso, se le seguirá dializando y el ingreso se prolongará. El que el riñón trasplantado tarde en funcionar no supone el que luego no lo haga normalmente aunque complique y alargue el ingreso.

En algunos pacientes con arterioesclerosis severa puede ocurrir que no sea posible colocar el nuevo riñón.

Complicaciones inmediatas: Las complicaciones de la intervención del implante de órgano, suelen ser las habituales de cualquier intervención quirúrgica abdominal con anestesia general (reacciones alérgicas a la anestesia, infecciones de la herida, de la sonda urinaria o de los catéteres venosos, etc...).

Hay otras complicaciones específicas de esta intervención como las fistulas urinarias (fuga de orina), trombosis del injerto (obstrucción del flujo sanguíneo con pérdida del mismo), linfoceles (acúmulo de líquido linfático).

Ello motiva que en ocasiones tengan que realizarse otras operaciones, incluido quitar el injerto. Su estado de salud en diálisis (incluida su adaptación a la dieta y medicación) influye notablemente en la evolución de los acontecimientos y en su recuperación. El curso de las complicaciones hace que éstas sean variables e impredecibles, incluso con riesgo de fallecimiento.

La obesidad del paciente puede complicar seriamente la evolución postoperatoria, por lo que es conveniente corregirla previamente.

También pueden presentarse complicaciones infecciosas favorecidas y agravadas por la disminución de defensas del organismo frente a las infecciones, que ocasiona el tratamiento anti-rechazo: las infecciones bacterianas son en teoría las más frecuentes y benignas; por otro lado, las producidas por virus y hongos son menos frecuentes pero de pronóstico más incierto. El equipo trasplantador que le va a atender posee una amplia experiencia en solucionar estas complicaciones, ya que ha realizado más de 1700 trasplantes a lo largo de más de 20 años.



Rechazo: A pesar de haber sido seleccionado como el receptor más adecuado para el riñón que se trasplante, es habitual que exista rechazo del órgano transplantado. El rechazo tiene un tratamiento que lo previene y otros tratamientos que lo controlan si se produce.

Por este motivo, una vez transplantado, deberá tomar de forma indefinida unos medicamentos contra el rechazo del trasplante. Estos medicamentos disminuirán las posibilidades de que aparezca rechazo, pero a la vez, le pueden producir algunos efectos secundarios. De todos ellos le iremos informando durante su ingreso y revisiones, en caso de que aparezcan, ya que no en todas las personas aparecen los mismos efectos secundarios ni con la misma intensidad. Lo más frecuente es la aparición de efectos secundarios leves como el aumento de vello, acné, aumento de las encías, caída del cabello, cataratas, etc...

Los medicamentos anti-rechazo sólo pueden ser suspendidos o cambiados de dosis por su Nefrólogo. Algunos otros medicamentos prescritos por otros médicos pueden ser incompatibles con la medicación anti-rechazo, debiendo usted señalar esta circunstancia en las consultas a las que acuda. El incumplimiento del tratamiento conduce de forma casi sistemática a un rechazo o a la pérdida de función del riñón transplantado. Si existiera la constancia de un incumplimiento deliberado del tratamiento, podrá ser rechazado para futuros trasplantes.

Controles periódicos: Cuando sea dado de alta, será controlado periódicamente en las Consultas Externas de Trasplante Renal del Hospital de Cruces. Al cabo de dos meses, si todo va bien se irán espaciando las revisiones, hasta llegar a una revisión trimestral. Después del primer año de trasplante, las revisiones se le harán en su Hospital de procedencia.

Complicaciones tardías: Con el tiempo pueden aparecer otras complicaciones. De todo ello, será debidamente informado en su caso ya que no aparecen en la mayoría de los pacientes transplantados. Son frecuentes la hipertensión arterial y el aumento de peso que exigirá dieta con pocas calorías. Más raramente pueden aparecer diabetes, cataratas, osteoporosis y tumores, fundamentalmente de piel.

En el injerto pueden aparecer estenosis (obstrucción) del uréter, linfoceles (acúmulos de linfa), fugas de orina tardías, infecciones por bacterias y hongos de gravedad variable y favorecidas por la inmunosupresión (tratamiento anti-rechazo).



La medicación anti-rechazo predispone a desarrollar cualquier tipo de nuevo tumor, siendo los de piel los más frecuentes. Los pacientes que padecían algún tipo de tumor maligno antes del trasplante, aunque se considerara curado, y aunque haya transcurrido un tiempo que la literatura médica considere prudencial, pueden sufrir una reactivación del mismo con el tratamiento inmunosupresor, evolucionando dicho tumor de modo a veces incontrolado.

Aunque el injerto puede durarle toda la vida, puede tener un rechazo crónico que precisaría de una biopsia renal para el diagnóstico. Además, puede reaparecer la enfermedad que originó su insuficiencia renal y otra enfermedad glomerular nueva.

Lógicamente, los problemas que usted tenga antes del trasplante, como enfermedades del corazón, hígado, bronquios, etc..., no se van a curar con el trasplante de riñón; algunos pueden mejorar pero otros pueden empeorar debido al tratamiento con el rechazo que debe recibir. Alguno de estos problemas que durante la diálisis no le ocasionaban molestias, pueden requerir cirugías posteriores para solventarlos (próstata, enfermedades en sus riñones propios,...). Para ser incluido en Lista de Espera, sus médicos han valorado ya estas enfermedades que usted padece, y han considerado que probablemente evolucionen mejor si se trasplanta que si continúa con diálisis.

Resultados del trasplante renal: La supervivencia de los pacientes con un trasplante renal durante el primer año oscila entre el 94 y 96% y en los años siguientes, entre el 97 y 98%. El fallecimiento puede deberse al propio trasplante o a otras enfermedades asociadas que existían con anterioridad o que aparecen en el momento del trasplante. Estos porcentajes corresponden al conjunto de los más de mil quinientos trasplantes de riñón realizados en el Hospital de Cruces y coinciden con los de los mejores equipos de trasplante del mundo. Debe usted tener en cuenta que en estas cifras de supervivencia está incluida la posibilidad de fallecer por accidente de tráfico o por muerte natural no relacionada con el trasplante.

Para el conjunto de los enfermos, las posibilidades de que el trasplante funcione al cabo de un año son del 85 al 90%. Posteriormente puede producirse un rechazo crónico u otras patologías que producen una pérdida del trasplante en hasta un 20% de los casos al cabo de cinco años. Si se produjera esta situación, se vuelve a iniciar la diálisis en espera de un nuevo trasplante. Actualmente los segundos y terceros trasplantes son bastante frecuentes y con buenos resultados. Hay situaciones clínicas, como algunos tipos de glomerulonefritis, diabetes, etc..., que tienen un peor tiempo de supervivencia del injerto.



En otros casos en los que existen determinadas enfermedades que afectan a todo el organismo, como la arterioesclerosis, enfermedades del hígado, etc..., lo que se reduce es la supervivencia del paciente, aunque el trasplante funcione con normalidad.

Transmisión de enfermedades: Los riñones que se trasplantan proceden de donantes, en general fallecidos de forma brusca, bien por accidente o por otra patología con afectación cerebral total e irreversible. Los órganos se obtienen únicamente en Hospitales autorizados para esta actividad y por equipos entrenados. A los donantes se les estudia minuciosamente, con análisis y exploraciones para excluir a aquellos que pudieran transmitir enfermedades. A pesar de todas estas precauciones, existe la posibilidad de que se pueda transmitir una enfermedad infecciosa o tumoral con el riñón transplantado, aunque es muy baja (inferior al 1%) y no siempre acarrea consecuencias irreversibles. Aunque la sangre transfundida también se somete a severos controles, no puede descartarse la transmisión de enfermedades (hepatitis....). También, existe la posibilidad de transmitir con el injerto o con las transfusiones enfermedades no conocidas o no detectables hasta el momento.

Donación renal de vivo: También existe la donación renal de vivo (que suele ser un familiar suyo). En estos casos se le realiza al donante un estudio exhaustivo para evitar que la donación pueda tener complicaciones derivadas de la pérdida del riñón. A largo plazo, los resultados para el donante suelen ser buenos.

Seguimiento en lista de espera: Desde que se le incluya en lista de espera y hasta que se trasplante puede pasar un tiempo prolongado. Sus médicos habituales irán haciendo seguimiento de su situación clínica y de las pruebas realizadas para ver que no aparezcan complicaciones que pudieran impedir el trasplante.

Comentario final: No tiene que contestar inmediatamente. Su nefrólogo le aclarará las dudas referidas a su situación particular, para valorar tanto la supervivencia y beneficios del trasplante, como las posibles complicaciones aplicables a su caso concreto. Así podrá usted decidir si prefiere seguir en diálisis o que se le realice un trasplante renal. Puede usted meditar su decisión sin prisas, y comentarla con sus familiares y allegados, así como consultar sus dudas las veces que estime oportunas, aprovechando sus, por otra parte, frecuentes visitas a su Unidad de Diálisis.