



Programas de donantes vivos de órganos



DONAR UN ÓRGANO en vida, que no es lo mismo que dar, constituye un gesto máximo de generosidad y desprendimiento por parte del hombre, acción anónima, más aún en esta sociedad postmoderna y relativizada. Cuando apenas cumplí noventa días como Coordinador Autonómico de Trasplantes de Navarra, Montse Lorente—coordinadora de Trasplantes de la Clínica Universidad de Navarra— me invita gentilmente a redactar estas líneas.

El análisis de los datos históricos en nuestra Comunidad demuestra una estabilización en la última década alrededor de 20 donantes cadáveres. El descenso de fallecimientos por accidentes de tráfico y de motorismo, afortunadamente, limitan el campo proveedor de órganos de cadáveres y obliga a pensar y abrir otras indicaciones. Entre éstas tenemos la donación de vivo para órganos como el riñón y el hígado, amén de otros, como precursores hematopoyéticos, médula ósea, etc.

De forma singular, en los últimos años, se vienen consolidando los programas de donación de vivo para riñón e hígado. Con el progreso paralelo de las técnicas laparoscópicas y robóticas que permiten minimizar el impacto anatómico en el donante y su recuperación más rápida, la obtención del órgano en condiciones óptimas de perfusión y calidad en todo el continuum de la Donación y el Trasplante.

La donación de un órgano de vivo por parte de un familiar directo constituye una técnica consolidada con buenos resultados y cifras en ascenso para pacientes hepáticos y de insuficiencia renal. El donante samaritano o altruista es aquel que ofrece alguno de sus órganos en vida para un paciente en lista de espera que no sea conocido ni familiar suyo. Son precisos una evaluación psicológica y un estudio clínico completo del donante, manteniendo siempre el anonimato. El receptor será quien lo necesite con más urgencia en la lista de espera o en la donación cruzada. Trasplante cruzado es la donación de un riñón a un desconocido a cambio de que un familiar o un amigo del receptor haga lo mismo con alguien relacionado con el primer donante.

En la actualidad, el mejor tratamiento para los pacientes con insuficiencia renal crónica es el trasplante renal. Las ventajas del trasplante renal con donante vivo son: primero, mejor supervivencia del injerto, condicionada por menor incidencia de rechazo agudo y de necrosis tubular en el postrasplante. Segundo, menor tiempo de isquemia fría y por tanto se reduce el daño del injerto mediado por citoquinas, también disminuye la susceptibilidad a respuestas aloinmunes específicas. Tercero, reducción de inmunosupresión. Cuarto, menor tiempo en diá-

lisis, permite elegir el momento óptimo para el trasplante en el receptor. Quinto, menor coste económico.

El trasplante renal de donante vivo está determinado por condiciones sociales, culturales, económicas, médicas, legales, éticas y religiosas que explican la diferente incidencia en los distintos países, desde el 85% en México y Turquía, 50% en USA, 40% en Escandinavia y en España cifras en ascenso desde números anecdóticos hace una década. Los factores pronósticos de trasplante renal de donante vivo descritos en la literatura son: la edad y el sexo del donante, número de identidades inmunológicas, rechazo agudo y el tiempo de diálisis del receptor. Si éste es inferior a 12 meses mejora la supervivencia del injerto. En los casos con motivación intensa, el donante vivo debería ser considerado como la primera opción. El explante con técnica de laparoscopia debe ser con la máxima garantía, con un riñón en perfecto estado, con un pedículo vascular intacto y un tiempo de isquemia caliente prácticamente nulo.

La Clínica Universidad de Navarra supera los novecientos trasplantes de riñón este año —siendo 25 en el año 2010 y 40 en el 2011—. Sin duda irá “in crescendo” con el desarrollo del programa de Donación de Vivo. Este protocolo, que ayuda a resolver la angustia de la lista de espera (9 hepáticos y 67 renales activos ahora mismo) indica unos perfiles rigurosos de compatibilidad y de estudio del donante. Pero cuánto más avanzada, rica y contundente es la tecnología, la laparoscopia, la biología, más se confirma que el factor principal es el hombre. Aquí y ahora es el equipo, los equipos. La Medicina y Cirugía de los trasplantes como paradigma de la asistencia moderna: los equipos son amplios, la colaboración entre todos imprescindible, enfermería, donación, detección, laboratorios, cirujanos, residentes, etc., y se puede observar en todos y cada uno de los casos. Por fin el paciente trasplantado es quien certifica el éxito del proceso con su incorporación a la vida cotidiana. Así pues, disponemos de las mejores mimbres de la historia y del presente —ADONA, Asociación de Donantes de Sangre de Navarra— como ejemplo que nos ha posicionado en las mejores estadísticas de la UE y confirma el espíritu desinteresado y desprendido de los donantes en Navarra. Por todo ello, vamos a comprobar cómo crece la actividad médico-quirúrgica de los trasplantes en el escenario de los resultados marcados por nuestro compromiso con la asistencia a la vida.

Javier Aldabe Villanueva es coordinador Autonómico de Donación y Trasplantes de la Comunidad Foral de Navarra