

Día Mundial del Riñón

CORRESPONDENCIA:

Marco Vinicio Rivera Ullauri
 Correo Electrónico:
 mriverul@hotmail.com
 Dirección: Santiago Carrasco 4 -128 y Cornelio
 Merchán. Cuenca, Azuay - Ecuador
 Código Postal: EC 010204
 Teléfono: [593] 999 543108

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Rivera M, Rivera C, Pinos P. Editorial. Rev Med
 HJCA. 2020; 12 (1): 11-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2020.12.1.ed.01>

ARTÍCULO ORIGINAL ACCESO ABIERTO



©2020 Rivera et al. Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).



Pocas acciones en medicina son tan gratificantes como el trasplante exitoso de un órgano de una persona a otra. El rápido desarrollo de esta terapia para enfermedades terminales depende del coraje de los receptores, la generosidad de los donantes, del extraordinario esfuerzo de cirujanos, coordinadores y demás profesionales de la salud.

Esta forma de tratamiento es inseparable del acto humano de donación. En efecto, el trasplante presupone una previa, explícita, libre y consciente decisión por parte del donante. Es la decisión de ofrecer sin recompensa, una parte del propio cuerpo para dar salud y bienestar a otra persona. El futuro de este sistema terapéutico realmente espectacular, será posible gracias a la donación de órganos y tejidos. Sin la generosidad y solidaridad del conocimiento de donantes y de sus familiares no será posible el trasplante. El concepto de generosidad en la donación, sin ninguna clase de compensación, se ha impuesto en nuestra civilización occidental.

Ante un paciente en Enfermedad Renal Crónica Estadio (ERC) 5 ha de buscarse alguna alternativa que sustituya el trabajo de los riñones y mantenga en lo posible su calidad de vida. Se registran tres terapias de sustitución renal; la hemodiálisis, la diálisis peritoneal, que consiguen en parte esos objetivos, sin embargo el Trasplante Renal (TR) es el tratamiento de elección, debido a su mayor rendimiento funcional y capacidad rehabilitadora al permitir un retorno a la vida habitual del paciente.

Los principales objetivos del trasplante renal son mejorar el estado psíquico, físico y fisiológico del individuo, disminuir su mortalidad y permitirle reincorporarse al medio para un mejor desarrollo de sus condiciones basales. Está indicado cuando hay una tasa de filtración glomerular irreversible menor de 10 ml/minuto o un nivel de creatinina sérica mayor de 8 mg / dl. La ERC es un problema de salud pública con tasas cada vez más altas de prevalencia e incidencia en el mundo entero, engloba un espectro de procesos fisiopatológicos asociados a una función anormal de los riñones y un descenso progresivo de la filtración glomerular (FG), las principales causas de esta enfermedad son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial[1]. Las consecuencias de la ERC no solo incluyen complicaciones de la pérdida de la función renal, sino también enfermedades cardiovasculares. El término ERC designa al proceso continuo de reducción significativa en el número de nefronas, y corresponde a los estadios 3-5. La enfermedad renal terminal representa la etapa donde la acumulación de toxinas, fluidos y electrolitos normalmente excretados por los riñones ocasionan el "Síndrome Urémico", este síndrome produce la muerte a menos que las toxinas sean removidas mediante terapia de reemplazo renal. El sistema nacional de datos renales de Estados Unidos estima una prevalencia de enfermedad renal terminal para ese mismo país de 746 557, con 124 500 casos nuevos al año. Alrededor de 105 351 pacientes con enfermedad renal terminal fallecen al año [2].

Los datos en Ecuador indican que en la actualidad existen aproximadamente 13 000 pacientes en terapia renal sustitutiva, 92% (12 000) de ellos se realizan hemodiálisis [3].

El trasplante es el reemplazo, con fines terapéuticos, de componentes anatómicos que presentan daño irreversible de una persona, por otros iguales y funcionales, provenientes de un donante vivo o cadavérico. Donante vivo, puede ser el padre, madre, hermano, hijo, primo, tío o abuelo, lo cual ofrece la ventaja de que los tejidos son más afines, requisito encontrarse en buen estado de salud físico y mental, tener grupo sanguíneo similar al receptor, edad entre 18 y 65 años, con estudio de tejidos compatibles y voluntad de donar. Donante cadavérico, paciente en Muerte Encefálica en UCI(Unidad de Cuidados Intensivos) en programa de TR diagnosticado con Electroencefalograma y Doppler Transcraneal, consentimiento previo de la persona fallecida o de los familiares.

La aceptación o negación de la donación se delibera en una sesión clínica del Comité de Trasplante de la Institución Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, se presenta el caso con las pruebas pertinentes. Si es aceptado entra a lista de espera para cirugía de donación renal. Se extiende la orden e ingreso a hospitalización 24 horas previas a la cirugía.

La historia del Trasplante renal en el mundo, inicia con Alexis Carrel, premio nobel 1912, quien

establece la técnica quirúrgica de anastomosis vascular, útil en el Trasplante Renal. Por los datos disponibles, podemos decir que fue un médico soviético, ucraniano, Voronoy, quien en 1933 realizó en Kiev el primer trasplante renal con anestesia local, anastomosis a vasos femorales y ureterostomía cutánea, el órgano procedía de un hombre fallecido por un traumatismo y la receptora fue una mujer de 60 años en coma urémico tras un intento de suicidio.

Curiosamente el riñón que no llegó a funcionar, se colocó en la zona inguinal derecha [4]. En 1936 en Inglaterra, Peter Gorer descubrió el complejo mayor de histocompatibilidad murino, lo cual permitió a Peter Medawar, en la década de los 40, sugerir la participación de este en el rechazo a injertos [5].

El 23 de diciembre de 1954 un equipo del Hospital Peter Bent Brigham de Boston, dirigido por John Merrill y Joseph Murray en EEUU (Estados Unidos de Norteamérica), trasplantaron a un paciente de veintitrés años afecto de glomerulonefritis en estadio terminal, fue el primer trasplante exitoso con donante vivo entre gemelos homocigóticos, el receptor vivió 7 años, esto hace ya medio siglo [4]. Para finalmente, en 1958 en Francia, Jean Dausset describe el complejo mayor de histocompatibilidad HLA (Antígenos Leucocitarios Humanos). Desde entonces se ha estudiado la fisiología de la respuesta inmune y en el caso del trasplante la fisiopatología del rechazo al injerto [6]. En 1962, se da inicio a la terapia inmunosupresora con azatioprina y en 1967 Starzl, con la utilización de globulina antifolicónica. En 1978, se considera un hito en la inmunosupresión, con la aparición de la ciclosporina [4]. En 1988 Belzer, diseñó la solución de la Universidad de Wisconsin, de ahí su nombre al líquido de conservación a 4°C, para perfusión renal [7].

A nivel mundial en el año 2016 se registraron 89 823 TR de los cuales el 40% fueron de donante vivo. En EEUU, año 2019 se realizaron 23 401 TR representando el 58.91% [8]. La supervivencia a 5 años supera el 90%. En Veracruz la supervivencia esta entre el 82.2, 59.7, 43.8% a uno, cinco y diez años respectivamente [6].

En nuestro medio, en un estudio realizado en Cuenca, se determinó que el tipo de donante también influye en la supervivencia del injerto, con una sobrevida del 87.2% en donante vivo y el 80% en donante cadavérico [9].

La supervivencia del paciente y el injerto de TR a 5 años superan el 90%. El donante vivo, tiempo de isquemia menor, edad del receptor menor a 50 años y compatibilidad HLA se relacionan con mayor sobrevida del injerto [6].

En Ecuador durante el 2019 se realizaron 667 trasplantes a nivel nacional, 33.33% corresponde a trasplante renal, segundo en frecuencia después del trasplante de córnea que ocupa el 56.28% [10]. La actividad trasplántica en el Ecuador evoluciona gracias a la dotación de recursos técnicos, accesibilidad a medicamentos inmunosupresores, la responsabilidad de las unidades médicas, la solidaridad de la sociedad al momento de aceptar la donación y al financiamiento del programa por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que garantiza el acceso a este tratamiento a sus pacientes que presentan patologías a ser tratadas mediante trasplante.

La donación de órganos, tejidos y los trasplantes no es solo un tema de salud, es el compromiso y cohesión social, es del interés compartido por todos los ecuatorianos.

El objetivo y compromiso del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT), entidad adscrita al Ministerio de Salud Pública y el Hospital José Carrasco Arteaga (IESS) con la sociedad ecuatoriana, es lograr el consentimiento efectivo de las personas a la donación de órganos y tejidos, disminuir la morbilidad de los pacientes que requieren este tratamiento, mejorar la calidad de vida y gestionar con transparencia el proceso.

El INDOT, fue creado mediante Decreto Ejecutivo 1205 con fecha 26 de junio del 2012, decreto que contiene el Reglamento General a la Ley Orgánica de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, publicado en el Registro Oficial No.745 del 13 de julio del 2012, que en su Art 2 establece: "Crease el Instituto nacional de Donación

y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT como entidad adscrita a la Autoridad Sanitaria Nacional, con autonomía técnica, administrativa, financiera y de gestión [11].

El Artículo 41 precisa que una vez comprobada y certificada la muerte de una persona se podrá disponer de todos o parte de sus órganos, tejidos o células de conformidad con lo previsto por el Artículo 29 que establece que todos los ecuatorianos y extranjeros residentes legales en el país, mayores de 18 años, al fallecer se convertirán en donantes a menos que en vida hubieran manifestado lo contrario en la célula de ciudadanía [11].

En la Ciudad de Cuenca, se da inicio a esta actividad de trasplante renal el 22 de abril del 2007 con donante vivo relacionado en adulto, durante la administración del Dr. Fausto López Moreno, bajo la coordinación del Dr. José Medina Machuca; integran el equipo, Dr. Franklin Mora Bravo como Médico Nefrólogo, Los Doctores: Marco Rivera Ullauri y Patricio Merchán Manzano como Médicos Urólogos, El Dr. Iván Orellana Landivar como Médico Vascular, Los Doctores: Jorge Ascencio Mite y José Martínez Armijos (+) como Médicos Anestesiólogos. En Diciembre del 2007 se da inicio al programa de Trasplante Renal con Donante Cadavérico en adultos; actividad que se mantiene activo en la actualidad y que ha dado satisfacciones a pacientes y familiares de la ciudad y del Austro.

De esta manera el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, garantiza a los asegurados atención oportuna para trasplantes en todas sus unidades acreditadas, el paciente debe ingresar a una lista de espera, con la finalidad de que tengan la oportunidad de recibir trasplante, con asignación del INDOT y bajo los criterios del comité de nefrología.

Hasta el año 2018, en nuestra casa de salud, se han registrado alrededor de 170 trasplantes renales, el 85.9% corresponde a trasplante de donante cadavérico, y el 14.1% de donante vivo, con una supervivencia del injerto del 71.1%, con una media de tiempo de supervivencia de $8,5 \pm 0,494$ años. Las complicaciones más frecuentes: rechazo agudo, nefropatía crónica del injerto, trombosis vascular, shock séptico. El tiempo de isquemia fría mayor a 18 horas disminuye significativamente el tiempo de supervivencia del injerto renal. La presencia de los factores como edad del receptor, dislipidemia, sensibilización previa, tipo de donante y retardo de la función del injerto produce una reducción de la sobrevida considerable durante los dos primeros años de vida, datos que se relacionan con los encontrados en la literatura mundial [6].

El "Día Mundial del Riñón" se celebra el segundo jueves de marzo, coincidió en este año celebrar el 13 de marzo, 92 años de fundación del IESS. El tema central, Salud renal para todos en todas partes: desde la prevención hasta la detección y el acceso equitativo a la atención.

En este día, agradecemos el acto de generosidad a las personas que donan órganos y queremos fomentar ese gesto de solidaridad que permite salvar vidas. También se pretende en esta fecha mostrar el reconocimiento a los profesionales que integran el equipo de trabajo para sacar adelante el trasplante renal.

Hoy en día los trasplantes se han convertido en una práctica médica muy extendida con múltiples beneficios para los pacientes que de otra forma, no tendrían una segunda oportunidad.

Cuando hay un trasplante no existen palabras de agradecimiento ante el gesto desinteresado y bondadoso que esto supone. Por tanto el objetivo de este editorial es destacar una actividad que salva vidas, brindando un homenaje a los que hacen posibles este milagro.




ABREVIATURAS

ERC: Enfermedad Renal Crónica, EEUU: Estados Unidos de Norteamérica, FG: Filtrado glomerular, HLA: Antígenos Leucocitarios Humanos, INDOT: Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos Tejidos y Células, TR: Trasplante Renal.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

MR: Idea, revisión bibliográfica, desarrollo del manuscrito. CR: Redacción y revisión del manuscrito. PP: revisión bibliográfica, redacción del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Marco Vinicio Rivera Ullauri. Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Urología, Diploma Superior en Educación Universitaria en Ciencias de la Salud, Magister en Investigación de la Salud. Coordinador General de Investigación HEJCA. Docente titular de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Azuay - Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9409-0160>
- Sonia Catalina Rivera González. Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna y Nefrología. Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca- Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3597-9493>
- Paola Domenica Pinos Facchin. Médica, Universidad de Cuenca. Médico General en Funciones Hospitalarias en la Coordinación General de Investigación Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca-Ecuador. Editor Responsable, Comité Editorial Revista HJCA.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5484-1222>

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Rivera M, Rivera C, Pinos P. Editorial. Rev Med HJCA. 2020; 12 (1): 11-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2020.12.1.ed.01>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/publon/34824299/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Kidney Foundation, La Enfermedad Renal Crónica [Sede Web][Revisado 25-02-2016]. Disponible en: <https://www.kidney.org/es/atoz/content/la-enfermedad-renal-cr%C3%B3nica-0>
2. United States Renal Data System. 2019 USRDS Annual Data Report: Epidemiology of kidney disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2019. Disponible en: <https://www.usrds.org/annual-data-report/>
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Guía de práctica clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2018. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_prevencion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf
4. Burdiles P, Rojas O. Algunas Reflexiones Éticas sobre los trasplantes de órganos sólidos. Rev Med Clin Condes. 2010;21(2):315-328. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864010705411?token=9AD0BDA-3683CE9BEBEA350FC225A15149953A06B7C93D5CAF42A401F9C34ADD-8B73ECEB56D9E9E48B95A401D9E58CA43>
5. Valdez, R. Trasplante Renal. 2008;3 (3): 97-103. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2008/rr083f.pdf>
6. García N, Solano D. Supervivencia del injerto renal en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en el período 2007-2018.2020. Disponible en: <http://dspace.uuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34191/1/Proyecto%20de%20Investigaci%C3%B3n.pdf>
7. Escalante J, Río F. Preservación de órganos. Medicina Intensiva. 2009; 33(6):282-292. Disponible en: <https://medintensiva.org/es-preservacion-organos-articulo-S0210569109721965>
8. United Network for Organ Sharing. Transplant Trends. Agosto, 2020. Disponible en: <https://unos.org/data/transplant-trends/>
9. Carrión Monsalve D, Espinoza D, Medina J, Orellana I, Rivera Ullauri M, Merchán V, et al. Trasplante renal con donante vivo vs donante cadavérico. Experiencia de 4 años en el hospital José Carrasco Arteaga. Rev Médica HJCA [Internet]. 2017 ;3(2):148-53. Available from: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/revhjca/article/view/304>
10. Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos Tejidos y Células. Informe Estadístico Técnico. Julio 2017 [actualizada en Diciembre 2019]. Disponible en: http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/wp-content/uploads/2020/01/TRASPLANTES_DICIEMBRE_2019.pdf
11. REGLAMENTO A LEY ORGANICA DE DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS. Decreto Ejecutivo 1205. Registro Oficial 745. 13-julio-2012. Disponible en: http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/lotaip/mayo_2015/a2/Reglamento%20Ley%20Organica%20de%20Donacion%20y%20Trasplante%20de%20organos,%20tejidos%20y%20celulas.pdf