

# recimundo

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento

**DOI:** 10.26820/recimundo/5.(4).oct.2021.172-180

**URL:** <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1316>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 172-180







## Trasplante renal

Kidney transplant

Transplante de rim

Daniel Ignacio Ruiz Del Valle<sup>1</sup>; Mario Fernando De La Pared Ramírez<sup>2</sup>; Kristel Delgado Lazo<sup>3</sup>;  
June Dennisse Bohórquez Garces<sup>4</sup>

**RECIBIDO:** 02/09/2021 **ACEPTADO:** 20/09/2021 **PUBLICADO:** 30/10/2021

1. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; mddanielruizdelvalle@outlook.es;  <https://orcid.org/0000-0001-9155-5818>
2. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; dmario\_11@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-1915-438X>
3. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; kristeldelgado90@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-6943-0007>
4. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; dbogar547@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-4093-8189>

### CORRESPONDENCIA

Daniel Ignacio Ruiz Del Valle

mddanielruizdelvalle@outlook.es

Guayaquil, Ecuador

## RESUMEN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es un proceso fisiopatológico cuya consecuencia es la pérdida inexorable del número y funcionamiento de nefronas, lo que conlleva clínicamente a la pérdida irreversible de la función renal, en una magnitud suficiente como para que el paciente dependa, de forma permanente, del tratamiento sustitutivo renal, trasplante o diálisis. Esta última en sus modalidades de hemodiálisis y diálisis peritoneal. La mejor alternativa de tratamiento para esta enfermedad es el trasplante renal (TR), en el que, bajo los esquemas de tratamiento inmunosupresor actual, la supervivencia del injerto al año supera el 90% en donación cadavérica y el 95% en trasplante de donador vivo. El TR es un procedimiento rutinario y su aplicabilidad viene limitada por la disponibilidad de riñones en relación con la demanda creciente de pacientes que lo precisan. Este desequilibrio entre pacientes en lista de espera de TR y la disponibilidad de riñones de cadáver se agranda cada año. Este proceso clínico representa en la actualidad un procedimiento electivo o semi electivo de rutina para pacientes a los que se les ha efectuado una preparación y evaluación preoperatoria cuidadosa. Por consiguiente, se debe resaltar que el TR mejora la calidad de vida al prescindir de la diálisis y de las dietas rigurosas, aumenta la supervivencia de los pacientes y es el tratamiento más económico cuando se compara con la diálisis. Es un procedimiento rutinario y su aplicabilidad viene limitada por la disponibilidad de riñones en relación con la demanda creciente de pacientes que lo precisan. Con este tratamiento se obtiene una mayor supervivencia que con aquellos pacientes que se encuentran en diálisis o hemodiálisis. Las principales causas de pérdida del injerto son la muerte del paciente con injerto funcionante. La importancia relativa de las diversas etiologías depende, no obstante, del momento evolutivo.

**Palabras clave:** Trasplante de Riñón, Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal, Insuficiencia Renal, Donante Vivo y Donante Muerto.

## ABSTRACT

Chronic Renal Insufficiency (CRF) is a pathophysiological process whose consequence is the inexorable loss of the number and functioning of nephrons, which leads clinically to the irreversible loss of kidney function, in a sufficient magnitude so that the dependent patient, in a way permanent, renal replacement therapy, transplantation or dialysis. The latter in its modalities of hemodialysis and peritoneal dialysis. The best treatment alternative for this disease is kidney transplantation (KT), in which, under current immunosuppressive treatment schemes, graft survival at one year exceeds 90% in cadaveric donations and 95% in living donor transplants. RT is a routine procedure and its applicability is limited by the availability of kidneys in relation to the increasing demand of patients who require it. This imbalance between patients on the RT waiting list and the availability of cadaveric kidneys widens every year. This clinical process now represents a routine elective or semi-elective procedure for patients who have undergone careful preoperative evaluation and preparation. Therefore, it should be noted that RT improves quality of life by dispensing with dialysis and rigorous diets, increases patient survival, and is the most economical treatment when compared to dialysis. It is a routine procedure and its applicability is limited by the availability of kidneys in relation to the increasing demand of patients who require it. With this treatment, a longer survival is obtained than with those patients who are on dialysis or hemodialysis. The main causes of graft loss are the death of the patient with a functioning graft. The relative importance of the various etiologies depending, however, on the evolutionary moment.

**Keywords:** Kidney Transplantation, Hemodialysis and Peritoneal Dialysis, Renal Insufficiency, Living Donor and Dead Donor.

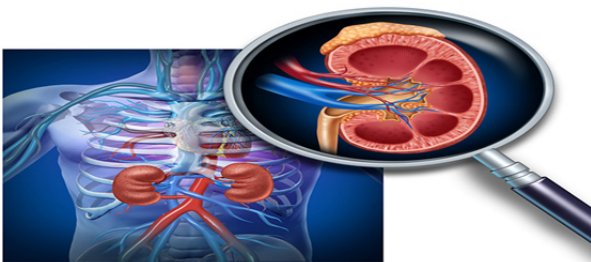
## RESUMO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é um processo fisiopatológico cuja consequência é a perda inexorável do número e funcionamento dos néfrons, o que leva clinicamente à perda irreversível da função renal, em magnitude suficiente para que o paciente dependente, de forma permanente, terapia de substituição renal, transplante ou diálise. Este último em suas modalidades de hemodiálise e diálise peritoneal. A melhor alternativa de tratamento para essa doença é o transplante de rim (TR), no qual, nos atuais esquemas de tratamento imunossupressor, a sobrevivência do enxerto em um ano ultrapassa 90% nas doações cadavéricas e 95% nos transplantes de doadores vivos. A RT é um procedimento de rotina e sua aplicabilidade é limitada pela disponibilidade de rins em relação à crescente demanda de pacientes que dela necessitam. Esse desequilíbrio entre os pacientes em lista de espera para RT e a disponibilidade de rins de cadáver aumenta a cada ano. Este processo clínico agora representa um procedimento eletivo ou semi-eletivo de rotina para pacientes que foram submetidos a avaliação e preparação pré-operatória cuidadosa. Portanto, deve-se observar que a RT melhora a qualidade de vida ao dispensar diálise e dietas rigorosas, aumenta a sobrevivência do paciente e é o tratamento mais econômico quando comparado à diálise. É um procedimento rotineiro e sua aplicabilidade é limitada pela disponibilidade de rins em relação à crescente demanda de pacientes que deles necessitam. Com esse tratamento, obtém-se uma sobrevivência maior do que aqueles pacientes que estão em diálise ou hemodiálise. As principais causas de perda do enxerto são a morte do paciente com um enxerto funcionante. A importância relativa das várias etiologias dependendo, no entanto, do momento evolutivo.

**Palavras-chave:** Transplante renal, hemodiálise e diálise peritoneal, insuficiência renal, doador vivo e doador morto.

## Introducción

La Insuficiencia Renal constituye una de las enfermedades de mayor incidencia en el mundo entero, los pacientes renales, de manera general. Según Enrich, (2014), estas personas se caracterizan por tener un deterioro masivo de su calidad de vida, lo que de manera importante “repercute en el aspectos emocional, físico, funcional y psicosocial; factores éstos, que de manera negativa afectan las distintas fases de la patología y la efectividad de su tratamiento clínico”. (p. 12). Se observa entonces que, “el trasplante renal TR representa la terapia de elección más efectiva para la mayoría de las causas de insuficiencia renal crónica terminal, ya que mejora la calidad de vida y la supervivencia frente a la diálisis” (Blad, 2015, p. 16).



**Figura 1.** Trasplante de Riñón.

**Nota.** (Blad, 2015)

En efecto, el trasplante de riñón viene a representar la mejor opción para un enfermo de este tipo. En el caso del trasplante de donante vivo significa una excelente alternativa para el paciente joven en situación de pre diálisis; esto, debido a que ofrece mejores resultados y, en la mayoría de los casos, el tratamiento de diálisis y hemodiálisis solo logra sustituir la actividad depurativa y ultra filtradora de los riñones, pero no otras de sus importantes funciones para el organismo, lo que favorece la aparición de complicaciones que, a largo plazo, inciden de manera negativa en el estado de salud

y emocional, y que deteriora el entorno social de estos enfermos.

Tal y como se ha señalado, el trasplante de riñón TR es considerado el tratamiento de elección en personas con insuficiencia renal crónica terminal, debido a la clara ventaja que tiene sobre otras formas de terapia sustitutiva, tanto en la calidad de vida como en la reinstalación de los pacientes a su vida productiva. He ahí, que la calidad de vida de los mismos, viene a estar conceptualizada como la percepción que un individuo tiene sobre la satisfacción subjetiva y objetiva de sus respectivas necesidades, que comprenden desde la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su lugar en la existencia.



**Figura 2.** Trasplante de Riñón

**Nota.** (Resttpodd, 2016)

A criterio de Resttpodd (2016), “un trasplante de riñón es un tratamiento para la insuficiencia renal, es decir, no es una cura definitiva” (p. 97). En razón de esto, es necesario clínicamente que el paciente trasplantado tome medicamentos todos los días, a fin de asegurar que su sistema inmune no rechace el nuevo riñón. Sin embargo, no puede negarse científicamente que, un riñón trasplantado en funcionamiento hace un mejor trabajo filtrando las toxinas y manteniendo sano al paciente que la diálisis, a pesar de que se ha comprobado que, este tipo de cirugía trae de

manera considerable, casos de complicaciones.

Tales planteamientos demuestran la necesidad existente de que después de cada trasplante de riñón TR, existan los cuidados paliativos necesarios, destacándose entre ellos, los de enfermería; acciones clínicas éstas que tienen como propósito evitar, prevenir y actuar ante la presencia de signos y síntomas de complicaciones vasculares en las primeras 48 horas posteriores al trasplante renal. En apoyo a esto, Saldetti (2016), plantea:

En el seguimiento del trasplante renal hay que tener muy en cuenta los factores de riesgo cardiovascular y los tumores, puesto que la muerte del paciente con injerto funcional, es la segunda causa de pérdida del injerto tras el primer año de realizado el trasplante y de rechazo al riñón (p. 59).

Apoyándose en este señalamiento, la Organización Panamericana de la Salud (OMS) (2018), informa lo siguiente:

Durante el primer año, de (n= 10.464 pacientes), las principales causas de pérdida del trasplante fueron: la muerte del paciente (27%), rechazo agudo (18%), rechazo crónico (11%), fallo primario del injerto (7%), problemas técnicos vasculares tipo trombosis o urológicos (8%). Tras el primer año (n = 12.805 pacientes) la principal causa de fallo del injerto fue la NCI o rechazo crónico (44%), la muerte del paciente con injerto funcional (23%), el RA (10%), la enfermedad recurrente (5%), y los problemas vasculares o urológicos (2%) (p. 7).

Estas cifras llevan a establecer la importancia que tiene el cumplimiento de un diagnóstico previo efectivo y la valoración de todos aquellos aspectos y factores que pudieran o no, incidir en el éxito o fracaso del trasplante de riñón. De allí, que es necesario que paciente opte por la tera-

péutica inicial más idónea; pero, para ello, se deben valorar las diversas características del paciente de carácter personal, socio laboral, co-morbilidad asociada, valoración de beneficios, riesgos, calidad de vida, etc., con cada opción terapéutica, ya que de esta forma, la persona podrá acceder el paso de uno a otro tratamiento por complicaciones, intolerancia, rechazo del injerto, etc.

### Metodología

#### Fuentes documentales

El análisis correspondiente a las características que predomina en el tema seleccionado, llevan a incluir diferentes fuentes documentales encargadas de darle el respectivo apoyo y en ese sentido cumplir con la valoración de los hechos a fin de generar nuevos criterios que sirven de referencia a otros procesos investigativos. Para (Arias, 2010), las fuentes documentales incorporadas en la investigación documental o bibliográfica, “representa la suma de materiales sistemáticos que son revisados en forma rigurosa y profunda para llegar a un análisis del fenómeno”. (p.41). Por lo tanto, se procedió a cumplir con la realización de una lectura previa determinada por encontrar aquellos aspectos estrechamente vinculados con el “Trasplante de riñón” para luego explicar mediante un desarrollo las respectivas apreciaciones generales de importancia.

#### Técnicas para la Recolección de la Información

La conducción de la investigación para ser realizada en función a las particularidades que determinan a los estudios documentales, tiene como fin el desarrollo de un conjunto de acciones encargadas de llevar a la selección de técnicas estrechamente vinculadas con las características del estudio. En tal sentido, Arias (2010) refiere, que es “una técnica particular para aportar

ayuda a los procedimientos de selección de las ideas primarias y secundarias”. (p. 71). Por ello, se procedió a la utilización del subrayado, resúmenes, fichaje, como parte básica para la revisión y selección de los documentos que presentan el contenido teórico. Es decir, que mediante su aplicación de estas técnicas se pudo llegar a recoger informaciones en cuanto a la revisión bibliográfica de los diversos elementos encargados de orientar el proceso de investigación.

Tal como lo expresa, Dávila, (2010) “las técnicas documentales proporcionan las herramientas esenciales y determinantes para responder a los objetivos formulados y llegar a resultados efectivos” (p. 58). Es decir, para responder con eficiencia a las necesidades investigativas, se introdujeron como técnica de recolección el método inductivo, que hizo posible llevar a cabo una valoración de los hechos de forma particular para llegar a la explicación desde una visión general. Asimismo, se emplearon las técnicas de análisis de información para la realización de la investigación que fue ejecutada bajo la dinámica de aplicar diversos elementos encargados de determinar el camino a recorrer por el estudio,

Según Dávila, (2010) las técnicas de procesamiento de datos en los estudios documentales “son las encargadas de ofrecer al investigador la visión o pasos que debe cumplir durante su ejercicio, cada una de ellas debe estar en correspondencia con el nivel a emplear” (p. 123). Esto indica, que para llevar a cabo el procesamiento de los datos obtenidos, es necesario establecer las técnicas que serán seleccionadas, destacándose en este caso, de manera particular: fichas de resumen, textual, registros descriptivos entre otros, los mismos se deben ajustar al nivel que ha sido seleccionado.

## Resultados

### Generalidades del trasplante de riñón

El primer trasplante de órganos exitoso fue el de riñón, realizado entre gemelos idénticos en la ciudad de Boston (EE.UU) el 23 de diciembre de 1954, “hallazgo clínico éste que anunció el inicio de una nueva era para los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica IRC terminal” (Palenque, 2014, p. 12). En los años 1965 y 1980 fueron desarrolladas las técnicas de trasplante renal. Fue para esa época en que, la calidad de vida de los pacientes afectados por esta patología mejoró progresivamente; incluso, llegó a alcanzar “el 90%, y la del injerto aumentó desde menos del 50% a un año a, por lo menos, el 60% después del primer trasplante con donante fallecido, basado en la inmunosupresión con azatioprina y prednisona”. (Palenque, 2014, p. 13).

Fue entonces que, “a mediados de los años 80 se introdujo la ciclosporina, lo que constituyó un avance mayor, mejorando la tasa de sobrevida del paciente al año a más del 90%, y del injerto a más del 80%”. (Saldetti, 2016, p. 8). Es a partir de este hallazgo médico que se ha logrado una mayor comprensión sobre los beneficios de combinar drogas inmunosupresoras y la importancia de contar con una mayor compatibilidad entre donante y receptor, así como la preservación de órganos y la quimioprofilaxis de infecciones oportunistas. Todos estos adelantos “contribuyen a una progresiva mejoría en la evolución clínica. Así, receptores no sensibilizados de un primer trasplante de riñón de donante fallecido o vivo tienen ahora una expectativa de sobrevida al año de al menos un 95% (paciente) y un 90% (injerto)”. (Saldetti, 2016, p. 8).

De igual forma, Saldetti, (2016), informa que se han observado avances médicos insospechados, los cuales han llevado a varios grupos a comunicar excelentes resultados, manifestando:

Aún en trasplantes con incompatibilidad de grupo ABO, en receptores cuidadosamente seleccionados con bajos títulos de anticuerpos anti-ABO se observan beneficios clínicos. Pero, incluso en pacientes con altos títulos de anticuerpos anti-HLA (antígenos de histocompatibilidad) específicos de donante, previamente considerados intrasplantables, el desarrollo de mejores protocolos de desensibilización y los programas de intercambio apareado de riñones ofrecen hoy verdaderas oportunidades de lograr un trasplante exitoso (p.8).

Todo esto ha llevado a establecer que, el número de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica IRC terminal en todo el mundo crece rápidamente como consecuencia de las mejores posibilidades de diagnóstico, a lo que se suma la epidemia global de diabetes tipo 2 y otras causas de enfermedad renal crónica, destacándose ante este fenómeno de salud que, los costos de la diálisis son altos, incluso para los países ricos, pero resultan prohibitivos para muchas economías emergentes. Como respuesta de esto, la “mayoría de los pacientes que ingresan en diálisis por IRC terminal en países con ingresos económicos bajos mueren o suspenden el tratamiento dentro de los 3 primeros meses desde su inicio debido a restricciones económicas” (Pereira, 2018, p. 8).

En efecto, es irremediable esconderse ante una realidad médica que demuestra que, el costo de la diálisis de mantenimiento varía considerablemente según los países y el sistema de salud. Por ejemplo, “en Pakistán, el tratamiento de hemodiálisis cuesta 1.680 dólares estadounidenses por año, lo cual estaría fuera del alcance de la mayor parte de la población si no existiera ayuda financiera humanitaria” (Pereira, 2018, p.9). Estas cifras llevan a resaltar que, a pesar de los distintos ejemplos, el abastecimiento de unidades de diálisis y la captación de diálisis peritoneal permanecen muy limitados en países con ingresos bajos o medios.

De manera concluyente se resalta que, el valor del trasplante, supera el acceso y reduce los costos totales para lograr un exitoso tratamiento de la IRC terminal. Como respuesta ante esta situación se han diseñado e implementado numerosas estrategias, las cuales tienen por objetivo reducir las disparidades entre las poblaciones en desventaja. Ante este hecho, la “Sociedad de Trasplante estableció la Alianza Global para Trasplante en un esfuerzo por reducir en el mundo las desigualdades en el acceso a los trasplantes” (Pereira, 2018, p. 10).

Dicho programa “contempla la recopilación de la información mundial, la difusión de educación sobre el trasplante y la elaboración de guías sobre donación de órganos y trasplante” (Pereira, 2018, p. 10). Efectivamente, el Programa de Alcance Global de la Sociedad Internacional de Nefrología (GO-ISN) ha catalizado el desarrollo de programas de trasplante renal, a través de un gran número de países otorgando becas de formación dirigidas y creando vínculos a largo plazo entre los centros de trasplante desarrollados y en desarrollo a través de su Programa de Centros Hermanos (Sister Center Program).

Este tipo de alianza médica ha posibilitado el establecimiento de programas exitosos de trasplante “en países como Armenia, Ghana y Nigeria, donde no existía nada previamente, y el crecimiento de programas preexistentes en Bielorrusia, Lituania y Túnez” (Pereira, 2018, p. 10). Es innegable entonces contemplar el hecho de que, el trasplante de riñón hoy día forme parte de la práctica clínica habitual en más de 80 naciones, es decir, constituye un procedimiento de rutina que transforma vidas en la mayor parte de los países con ingresos económicos medios y altos, aunque aún se puede hacer mucho más.

Conforme a esta realidad, se ha podido confirmar que “los países que han realizado un mayor número de trasplantes son

EE. UU., China, Brasil e India, mientras que el mayor acceso de la población a este tratamiento se registra en Austria, EE. UU., Croacia, Noruega, Portugal y España”. (Pereira, 2018, p. 10). No obstante, “estudios confirman que la tasa de abusos en materia de trasplantes es muy elevada” (Pereira, 2018, p. 11). De allí, que las denuncias ante este hecho delictivo, han llevado a los sistemas sanitarios, más la Sociedad de Trasplante y la Sociedad Internacional de Nefrología a tomar una posición conjunta contra el abuso en la terapia de trasplante y la victimización de personas pobres y vulnerables por parte de médicos y otros proveedores que operan en estos programas ilegales.

Dichas acciones y políticas emprendidas en contra de estos abusos y delitos humanitarios se han hecho presente en el 2008, cuando más de 150 representantes de todo el mundo de “diferentes disciplinas sobre el cuidado de la salud y el desarrollo de políticas nacionales, legales y éticas se reunieron en Estambul para discutir y definir los principios profesionales y los estándares para el trasplante de órganos” (Satco, 2017, p. 38). Es allí, cuando la resultante Declaración de Estambul fue firmada, por más de 110 organizaciones profesionales y gubernamentales, originando que muchas de estas organizaciones hayan implementado acciones que van contra el objetivo de eliminar el turismo de trasplante y mejorar globalmente la práctica ética del trasplante.

### Trasplante de riñón

El trasplante de riñón “es reconocido como el mayor avance de la medicina moderna a la hora de proporcionar años de sobrevivencia con una elevada calidad de vida a pacientes con fallo renal irreversible (insuficiencia renal crónica (IRC) terminal) en todo el mundo”. (Satco, 2017, p. 39). Este tipo de hallazgo quirúrgico fue considerado hace 50 años como una opción de trata-

miento experimental muy limitada, la cual representaba para ese entonces bastante riesgos, pues de ella se beneficiaban unos pocos individuos en un pequeño número de centros académicos que eran líderes en todo el mundo.

En la actualidad, el trasplante de riñón, es visto como un éxito médico y actúa como terapia de elección para la mayoría de las causas de insuficiencia renal en la que está indicado. Es decir, este tipo de práctica clínica, mejora la calidad de vida del paciente, quien después de ser trasplantado, logra prescindir de la dependencia de la diálisis y de las dietas rigurosas, aumentando con ello, la supervivencia, optando por tratamientos más económicos que no se comparan a la diálisis. Según Letz (2016), “la mayoría de los trasplantes de riñón dan buenos resultados”. (p. 12).

Entiéndase con ello que, un trasplante de riñón se basa en una operación donde los médicos colocan un nuevo riñón en el cuerpo de una persona cuyos riñones hayan dejado de funcionar, esto con el propósito de brindar la posibilidad de una mejor vida, considerándose para ello, que un solo riñón sano desempeñará la función de los dos riñones que hayan dejado de funcionar. Recalca Letz (2016), hay dos tipos de trasplante de riñón, dependiendo de quién dona el riñón, los mismos son:

Un trasplante de donante vivo, consiste en que la persona recibe un riñón procedente de una persona viva. Los donantes vivos suelen ser parientes o muy buenos amigos del receptor del trasplante, pero a veces hay donantes vivos que no conocen al receptor. Un trasplante de donante muerto, ocurre cuando una persona fallecida dona sus riñones. Este tipo de trasplante requiere que la gente que necesita un riñón se inscriba en una lista de espera de riñones hasta que se encuentre a un donante adecuado (p. 13).

La realidad médica ha llevado a que exista un desequilibrio entre pacientes en lista de espera de TR y la disponibilidad de riñones de cadáver se agranda cada año. La opción de TR de donante vivo es una excelente alternativa, pues permite una cirugía reglada, puede llevarse a término en situación de pre diálisis y preferentemente está indicada en gente joven, en la cual los resultados son más beneficiosos. También, el TR (el cual se realiza desde principios de los años cincuenta) es el tratamiento de elección para pacientes que sufren una enfermedad renal en fase terminal.

Tal y como se ha expuesto, el trasplante de riñón de un donante vivo es la extracción de un riñón de un donante vivo y su colocación en un receptor, cuyos riñones ya no funcionan correctamente; de allí, que sólo se necesite de un riñón donado para reemplazar dos riñones que funcionan mal, lo cual hace del trasplante de riñón de donante vivo una alternativa al trasplante de riñón de donante fallecido. Afirma, Letz (2016) que “aproximadamente un tercio de todos los trasplantes de riñón realizados en los EE. UU son trasplantes de riñón de donantes vivos. Los otros dos tercios implican un riñón proveniente de un donante fallecido”. (p. 14). En razón de estos planteamientos Letz (2016), el trasplante de riñón de donante vivo ofrece los siguientes beneficios:

- Menos tiempo en la lista de espera, lo cual puede prevenir posibles complicaciones y deterioro de la salud del receptor
- Existe la probabilidad de evitar la diálisis si aún no se ha iniciado
- Mejores índices de supervivencia a corto y largo plazo
- Tu trasplante se puede programar con anticipación una vez que el donante ha sido aprobado en comparación con un procedimiento de trasplante de urgencia no programado de un donante de riñón fallecido. (p. 14)

En tal sentido, es propio argumentar que los riesgos de un trasplante de riñón de un donante vivo son similares a los de uno de un donante fallecido. Entre otros, incluyen riesgos asociados con la cirugía, el rechazo del órgano y los efectos secundarios de los medicamentos contra el rechazo, destacándose entonces que: el rechazo agudo tiene lugar en un periodo de entre 3 y 4 meses desde el trasplante de riñón. El mismo, “puede ir acompañado de fiebre, una menor producción de orina, aumento de peso, dolor e inflamación renal e hipertensión arterial” (Letz, 2016, p. 17). Según esto, en los análisis de sangre de estos pacientes suele observarse un deterioro de la función renal.

Por su parte, el rechazo crónico, a criterio de Letz, (2016), es desarrollado después de varios meses o años, es relativamente frecuente y produce el deterioro progresivo de la función renal, Este tipo de evento clínico se puede tratar con eficacia administrando dosis altas de cortico esteroides o de inmunoglobulinas anti linfocíticas. Si estos medicamentos son ineficaces, su administración se interrumpe de forma gradual y se vuelve a iniciar la diálisis. Se continúa así hasta que haya otro riñón disponible para el trasplante. Este riñón rechazado puede dejarse en su lugar, a menos que persistan la fiebre, el dolor a la palpación (hipersensibilidad) o la presencia de sangre en la orina. La probabilidad de éxito en un segundo trasplante es casi tan buena como en el primero.

### Conclusiones

Un trasplante de riñón representa un procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo para implantar un riñón sano de otra persona. El riñón puede provenir de un donante fallecido o de uno vivo. La persona que se somete a esta clase de trasplante suele recibir solo un riñón. Sin embargo, en casos aislados, podría recibir dos riñones. En la mayoría de los casos, los órganos



enfermos se dejan en su lugar durante el procedimiento, mientras que el riñón trasplantado se implanta en la parte inferior del abdomen, en la parte frontal del cuerpo.

El trasplante de riñón se recomienda para personas que tienen enfermedad renal terminal y que no podrían vivir sin diálisis o un trasplante. En los Estados Unidos, las causas más comunes de enfermedad renal terminal son la diabetes y la presión arterial alta. Vivir con un trasplante es un proceso que dura toda la vida. Se le administrarán medicamentos que impidan que el sistema inmunitario ataque el órgano trasplantado. También, será tratado con otros medicamentos que eviten los efectos adversos de los medicamentos anti rechazo, por ejemplo las infecciones.

Es fundamental que el paciente que opta por recibir un trasplante de riñón se encuentre en contacto frecuente con el equipo de trasplante, ya que es de vital importancia que los especialistas conozcan los posibles signos de rechazo que pudiera tener el órgano trasplantado; de allí, que a la hora de realizar un trasplante de riñón, el personal médico especializado debe tomar en cuenta que cada persona es diferente, y cada trasplante también lo es y que las posibilidades de aceptación o rechazo que pudiese tener la persona afectada con esta enfermedad va a depender de las características biológicas propias de la misma.

## Bibliografía

- Arias, F. (2010). Paradigmas de la Investigación Científica. España: Editorial: Luces.
- Dávila, G. (2010). Técnicas de recolección y análisis de Datos. España: Editorial: Síntesis.
- Falger, J., Mueller, T., & Arbeiter, K. (2014). Conversion from calcineurin inhibitors to sirolimus in chronic allograft nephropathy: benefits and risks. Review: *Nephrol Dial Transplant*, 35 - 59.
- Hariharan, S., Johnson, C., Bresnahan, B., & Taranto B.A, S. (2000). Improved Graft Survival after Renal Transplantation in the United States, 1988 to 1996. *N Engl J Med*, 342(1), 605-612. Obtenido de <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm200003023420901>
- Letz, C. (Diciembre de 2016). inmunosuppressive strategies in kidney transplantation: which role for the calcineurin inhibitors? *Transplantation. Revista Transplantation Médica de Puerto Rico*, V, 8 - 22.
- Martín, P., & Errasti, P. (2006). Trasplante Renal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(Suplemento 2), 79-92. Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000400008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000400008)
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2018). Comportamiento epidemiológico en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en Ecuador. *Correo Científico Médico*, 22(2), 312-324.
- Palenque, L. (2014). Generalidades del Trasplante Renal TR. *Revista de Salud Integral de la Habana Cuba*, III, 4 - 17.
- Pereira, W. (Agosto de 2018). Abusos humanitarios contra el Trasplante Renal. *Informe Médico de la Universidad de México*, VII, 3 - 16.
- Resttpodd, C. (2016). Medical management of kidney transplantation. . Review: 1 ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 12 - 32.
- Saldetti, V. (2020). Trasplante Renal Vivom Trasplante Renal Muerto. *Revista Mayo Clinic*, 5ta Edición, 12 - 38.

### CITAR ESTE ARTICULO:

Ruiz Del Valle, D. I., De La Pared Ramírez, M. F., Delgado Lazo, K., & Bohórquez Garcés, J. D. (2021). Trasplante renal. *RECIMUNDO*, 5(4), 172-180. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(4\).oct.2021.172-180](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(4).oct.2021.172-180)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.