







Carta al editor

Las profesiones de riesgo podrían considerarse una contraindicación relativa para el trasplante renal de donante vivo en España

Edduin Miguel Martín Izquierdo  ¹, Carla Rodríguez Álvarez ¹,
Alejandro Alonso Bethencourt ¹, Orlando Siverio Morales ¹, Patricia
García ¹, Eduardo Gallego Mora ¹ y Manuel Macía Heras ¹

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Cómo citar: Martín-Izquierdo EM, Rodríguez-Álvarez C, Alonso-Bethencourt A, Siverio-Morales O, García P, Gallego-Mora E, *et al.* Las profesiones de riesgo podrían considerarse una contraindicación relativa para el trasplante renal de donante vivo en España. *Rev. Colomb. Nefrol.* 2021; 9(1), e548. <https://doi.org/10.22265/acnef.9.1.548>

Recibido: 09/Ene/2021

Aceptado: 18/Jun/2021

Publicado: 04/Feb/2021

Estimado editor:

El trasplante de riñón es la terapia óptima para la enfermedad renal en etapa terminal, prolonga la supervivencia, mejora la calidad de vida en comparación con la diálisis y es un tratamiento eficiente [1]. El trasplante renal de donante vivo permite obviar el problema de la escasez de órganos de donante fallecido y presenta mejores resultados que el trasplante de cadáver, además puede cumplir perfectamente este objetivo al no depender de los tiempos de espera que impone la donación de fallecidos.

Son varios los hechos que han demostrado que es la opción preferible para el tratamiento de la insuficiencia renal terminal, sin embargo, no todos los pacientes disponen de familiares

✉ **Correspondencia:** carretera General del Rosario #145, Santa Cruz de Tenerife, 38010, España. Correo electrónico: emarizq@gobiernodecanarias.org

o allegados que estén dispuestos a donarles un riñón y, en muchas ocasiones, aunque se disponga de un donante, este puede no ser óptimo para garantizar una buena supervivencia del injerto a largo plazo [2].

Presentamos el caso de un varón de 32 años, militar de profesión, con antecedentes personales de HTA y glomerulonefritis IgA diagnosticada por biopsia renal en el 2016, con progresión posterior a enfermedad renal crónica terminal e inicio de terapia renal sustitutiva (TRS) a través de diálisis peritoneal automatizada (DPA) en febrero del 2020, con buena evolución inicial y adaptabilidad a la técnica. Al inicio de la TRS se solicitaron pruebas para inclusión en lista de trasplante renal.

Al seguir las recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología (SEN) y la Sociedad Española de Trasplante (SET), se realiza la oferta de donante vivo como una opción terapéutica eficaz a la donación de cadáver.

Se valora como posible donante a mujer no emparentada de 33 años, militar de profesión, dos embarazos normales, el último de ellos mediante cesárea y sin otros antecedentes personales de interés. ABO compatible, peso y estatura similar al receptor. Esta condición (donante vivo joven para receptor joven) garantiza mejores supervivencias que si el receptor recibiera un riñón de fallecido de edad avanzada. Además, contará con las ventajas generales del trasplante de donante vivo como son: el menor tiempo de isquemia fría y la función renal inmediata que, en conjunto, configuran unas condiciones ideales para una larga supervivencia [3].

Durante el proceso de realización de pruebas a la donante, se le comunica que ha sido seleccionada para formar parte de la Unidad Militar de Emergencias (UME), después de un asesoramiento personal riguroso rechaza la donación. El artículo 5.6 del Real Decreto 1735/2000, del 20 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento General de Ingreso y Promoción en las Fuerzas Armadas, determina que las pruebas para acreditar las aptitudes psicofísicas necesarias para cursar los respectivos planes de estudios se ajustarán a cuadros de condiciones y exclusiones de aplicación general a los centros de enseñanza militar en todos los procesos selectivos. Los cuadros médicos que establecen los parámetros biológicos, así como las enfermedades y las causas generales que son motivo de exclusión para acceder a la enseñanza militar de formación para incorporarse a las Fuerzas Armadas, se encuentran distribuidos en un amplio abanico de disposiciones, resultando, en ocasiones, idénticos para distintos procesos formativos.

La práctica de la donación en vida se basa en los principios éticos de beneficencia y no maleficencia (donde los beneficios para el receptor son grandes, mientras que los riesgos para el donante son justificadamente bajos) [4]. Comprender los riesgos relacionados con la salud renal, las complicaciones quirúrgicas y los resultados psicosociales es vital para los donantes y sus proveedores de atención, así como definir lo que se conoce y lo que se desconoce al respecto para informar las prioridades futuras de investigación y desarrollo de políticas de estos [5].

Los integrantes de estos grupos de élite (UME) pueden estar sometidos a actividades físicas muy intensas, estados de deshidratación severos, traumatismos y estrés intenso a la hora de realizar múltiples de sus funciones habituales, tales como rescate urbano, acuático, terrestre, incendios, espeleosocorro, entre otras, motivos por los cuales creemos que algunas áreas de esta profesión podrían ser una contraindicación relativa para ser donante vivo de trasplante renal.

Contribución de los autores

Carlas Rodríguez: introducción y revisión bibliográfica; Alejandro Alonso: introducción y revisión bibliográfica; Orlando Siverio: revisión de APP, HC digital del paciente; Patricia García: revisión de APP, HC digital del paciente; Eduardo Gallego: conclusiones; Edduin M Martin: desarrollo, redacción, revisión bibliográfica y conclusiones del caso clínico; Manuel Macia Heras: revisión final del caso clínico.

Referencias

- [1] Klarenbach S, Barnieh L, Gill J. Is living kidney donation the answer to the economic problem of end-stage renal disease? *Semin Nephrol.* 2009 sept.;29(5):533-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2009.06.010> ↑Ver página 1
- [2] Domínguez-Gil B, Pascual J. El trasplante renal de donante vivo en España: una gran oportunidad. *Nefrología.* 2008;28(2):143-7. ↑Ver página 2
- [3] Matesanz R, Domínguez-Gil B, Coll E, De la Rosa G, Marazuela R. Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken? *Transpl Int.* 2011;24(4):333-43. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1432-2277.2010.01204.x> ↑Ver página 2

- [4] Thiessen C, Gordon EJ, Reese PP, Kulkarni S. Development of a Donor- Centered Approach to Risk Assessment: Rebalancing Nonmaleficence and Autonomy. *Am J Transplant.* 2015 sept.;15(9):2314-23. doi: <https://doi.org/10.1111/ajt.13272> ↑Ver página 3
- [5] Hays RE. Informed Consent of Living Kidney Donors: Pitfalls and Best Practice. *Curr Transpl Rep.* 2015;2,29-34. doi: <https://doi.org/10.1007/s40472-014-0044-3> ↑Ver página 3