

Guía de práctica clínica (GPC) para la evaluación y seguimiento del donante vivo de riñón

2017 VPCI-GPC-002 F1-2-
3



Yenny Báez

Cirujana de Trasplantes

Fernando Girón

Cirujano de Trasplantes

© Colombiana de Trasplantes

Avenida Cra 30 # 47^a-74

Guía de práctica clínica (GPC)

*para evaluación y seguimiento del
donante vivo de riñón*

Guía N°1

ISBN: 978-958-52239-0-5

Bogotá, Colombia

Septiembre 2017

CONTENIDO

1. Objetivo	4
2. Población objeto	4
3. Alcance	4
4. Descripción de la metodología empleada	4
5. Niveles de evidencia	5
6. Fuerza de la Recomendación	5
7. Evaluación, observación y seguimiento	6
7.1. (D) Detección y evaluación prequirúrgica	6
7.1.1. Valoración por Salud Mental	7
7.1.2. Valoración por Nefrología (1era).....	8
Esta valoración inicial tiene como objetivo identificar:.....	8
7.1.3. Realización de exámenes de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas	9
7.1.4. Valoración por Nefrología (2da).....	10
7.1.5. Valoración por Cirugía de Trasplantes	11
7.1.6. Junta Médica	11
7.1.7. Acta Notarial- Declaración extra-juicio	12
7.1.8. Comité de Ética.....	12
7.1.9. Prueba cruzada final	12
7.1.11. Evaluación de tamizaje para cáncer	14
7.1.12. Evaluación cardiovascular.....	15
7.1.13. Evaluación pulmonar	15
7.1.14. Evaluación de situaciones especiales.....	15
7.1.15. Formatos Utilizados	17
8. (O) Observación del donante de riñón	17
8.1.2. Primer y segundo día post operatorio	18
8.1.3. Manejo ambulatorio (está a cargo de cirugía de trasplantes)	18
9. (S) Seguimiento del donante de riñón	19
10. Nefrectomía laparoscópica mano asistida para trasplante	20
11. Vigencia y adherencia de la guía	21
12. Conflicto de interés	22
13. Bibliografía	23

Guía de práctica clínica (GPC) para la evaluación y seguimiento del donante vivo de riñón

1. Objetivo

Realizar la evaluación del potencial donante vivo de riñón para trasplante buscando optimizar la elección del donante y su seguimiento a largo plazo.

2. Población objeto

La guía aplica a la población sana candidata a ser donante vivo de riñón para trasplante, atendida en consulta externa.

3. Alcance

Evaluación integral del paciente candidato a ser donante vivo de riñón para trasplante y el seguimiento de la función renal y sobrevida del paciente a largo plazo.

4. Descripción de la metodología empleada

Se llevó a cabo una revisión de la literatura en las principales bases de datos de la literatura científica. Parte de esta guía está basada en KDIGO (Clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients) (5).

Palabras clave KIDNEY – LIVING – DONOR – LAPAROSCOPIC – NEPHRECTOMY

5. Niveles de evidencia

Calidad Global de la evidencia GRADE

A: Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.

B: Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.

C: Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.

D: Cualquier resultado estimado es muy incierto.

6. Fuerza de la Recomendación

FUERTE A FAVOR: Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. (Se recomienda hacerlo).

DÉBIL A FAVOR: Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. (Se sugiere hacerlo).

DÉBIL EN CONTRA: Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. (Se sugiere no hacerlo).

FUERTE EN CONTRA: Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. (Se recomienda no hacerlo).

7. Evaluación, observación y seguimiento

El trasplante de riñón es considerado la mejor opción de tratamiento para el paciente con Insuficiencia Renal Crónica estadio 4 y 5. Desde la realización del primer trasplante de donante vivo en Boston, en 1954, ha demostrado ser una opción excelente y segura.

El estudio del candidato potencial a donante vivo, comprende las siguientes etapas que se resumen en el acrónimo **DOS** (Detección, Observación y Seguimiento).

(D) Detección y Evaluación prequirúrgica: Comprende la detección del potencial donante y la realización de la valoración prequirúrgica cuyo objetivo es definir su aptitud para donar.

(O) Observación: Comprende la observación, monitoreo y cuidado del paciente desde el post operatorio inmediato hasta cumplir el primer mes.

(S) Seguimiento: Comprende el cuidado y seguimiento a través de controles médicos de función renal y la identificación de factores de riesgo cardiovascular que afecten a largo plazo la sobrevida y calidad de vida del donante.

El orden del estudio y la definición de las etapas fue diseñado y aprobado por Colombiana de Trasplantes.

7.1. (D) Detección y evaluación prequirúrgica

Comprende la detección del potencial donante y la realización de la valoración prequirúrgica cuyo objetivo es definir su aptitud para donar.

La exploración del potencial donante se realiza durante todo el proceso de evaluación del receptor para trasplante. En caso de detectar el posible donante, enfermería realiza:

- Verificación del estado del receptor: Debe encontrarse *APTO* para trasplante, activo en lista de espera y con exámenes actualizados.
- Solicitud y registro de datos personales en el sistema de información de Colombiana de Trasplantes (CT) e IPS Trasplantadora: Nombre completo, edad, dirección y teléfonos de contacto, afiliación activa al sistema de seguridad social en salud y grupo sanguíneo confirmado por el laboratorio de Referencia. Todo potencial donante debe ser mayor de 18 años.
- Realización de grupo sanguíneo en laboratorio clínico: Se realiza con el fin de verificar grupo sanguíneo reportado en documento de identidad del paciente. En caso de encontrar disparidad en el reporte, se debe repetir el examen.
- Realización de prueba cruzada: Sí la prueba cruzada es reportada positiva se descarta el inicio del estudio, se informa al potencial donante y se remite al programa de donante pareado.

En caso de que el receptor refiera tener varios potenciales donantes, se iniciará el estudio uno a uno. No se hará de manera simultánea. La decisión de quien inicia dependerá exclusivamente del receptor y su donante. No hay límite en número de donantes a estudiar.

Una vez el potencial donante cumple con los requisitos anteriormente mencionados en la etapa de detección, se inicia la evaluación de la siguiente manera:

7.1.1. Valoración por Salud Mental

Debe ser siempre la primera valoración médica. El objetivo es evaluar la autonomía y capacidad de consentir del potencial donante, con el fin entender riesgos, beneficios y consecuencias de la donación. Igualmente determinar que se trata de un acto libre y voluntario, la

ausencia de lucro y coacción.

Si el concepto al final de la valoración es **NO APTO**, se lleva el caso a Junta médica para discusión. Si es **APTO**, continuo paso 2

7.1.2. Valoración por Nefrología (1era)

Esta valoración inicial tiene como objetivo identificar:

- Incompatibilidad ABO o prueba cruzada positiva: Cualquiera de los dos contraindica la donación, en este caso se remite al programa donante pareado.
- Obesidad: Definida como Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 30 kg/m² (1).
- Hipertensión Arterial: Se debe realizar la toma de tensión arterial en por lo menos dos ocasiones por parte del equipo evaluador. Se descarta paciente con diagnóstico de hipertensión (2).
- Antecedentes personales relevantes como diabetes, litiasis renal, enfermedad glomerular o autoinmune, cáncer y realización de tatuajes o piercing. En la mujer se debe explorar particularmente hipertensión arterial durante el embarazo, y diabetes gestacional.

Ninguno de ellos contraindica la donación, pero requiere estudios de extensión (3).

- Antecedentes familiares: hipertensión arterial, diabetes, cáncer y enfermedad renal (en este caso averiguar tipo, tiempo de inicio y manifestaciones extra renales).
- Al finalizar la valoración, si el concepto de Nefrología es **NO APTO**, se presenta el paciente en Junta Médica para discusión. Si el concepto es **APTO**, el potencial donante continua el paso 3.

7.1.3. Realización de exámenes de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas

- Hemograma tipo IV
- Glicemia en ayunas

Reporte igual o > a 126 mg/dl contraindica la donación.

Reporte entre 100 y 125 mg/dl se debe realizar (HbA1c) Hemoglobina glicosilada. HbA1c entre 5.7% y 6.4% confirma el diagnóstico de prediabetes y contraindica la donación (4)

- Perfil Lipídico: Se solicita colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos como parte de medición de factores de riesgo cardiovascular (4).
- Perfil Infeccioso: El objetivo es descartar la presencia activa de Hepatitis B, Hepatitis C, VIH, y Sífilis en el potencial donante.

Hepatitis B: Se solicita Antígeno (HBsAg) de superficie para Hepatitis B y Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (anti-HBs). Este último se desarrolla en respuesta a la vacunación contra el VHB y durante la recuperación de la hepatitis B aguda, denotando infección pasada e inmunidad. En caso de tener un perfil de curación para hepatitis B, el receptor debe estar vacunado. La positividad del Antígeno de superficie para hepatitis B contraindica la donación (5)

Hepatitis C: Detección de anticuerpos contra el virus de Hepatitis C por técnica de ELISA (6).

VIH: Se solicita prueba de Elisa, en caso de reporte positivo, se debe hacer prueba confirmatoria con Western Blot (7).

Sífilis: Debemos solicitar VDRL y en caso de ser positivo, se confirma mediante FTA ABS Citomegalovirus IgG, Epstein Barr IgG,

HTLV tipo 1 y 2-.

La presencia de VIH, Hepatitis B o Hepatitis C y HTLV contraindica la donación. En caso de documentarse Sífilis debe iniciarse tratamiento y continuar el proceso de donación. Estos laboratorios deben realizarse dentro de los 30 días antes de la donación.

- Perfil Nutricional: Albúmina sérica
- Perfil Renal: Creatinina, nitrógeno ureico en sangre (BUN), parcial de orina, depuración de creatinina y proteinuria medida en orina de 24 horas.
- Prueba de embarazo: Medición de BHCG en sangre, en mujeres en edad fértil (18 – 49 años). Ésta se repetirá si el trasplante se realiza después de 2 semanas de la primera prueba.

Imágenes Diagnósticas:

Los estudios generales para realizar en todo candidato a donante son:

- Electrocardiograma de 12 derivaciones (EKG)
- Radiografía de Tórax Postero anterior (PA) y Lateral
- Ecografía Renal y de vías urinarias
- Angiurotomografía con reconstrucción 3D: Ofrece una evaluación anatómica de la vasculatura, parénquima renal y del sistema excretor.

7.1.4. Valoración por Nefrología (2da)

El objetivo principal es revisar e interpretar en el contexto de la historia clínica, el reporte de los laboratorios e imágenes solicitadas. Al finalizar la valoración, si el concepto de Nefrología es NO APTO, se presenta el paciente en Junta Médica para discusión. Si el concepto es APTO, el potencial donante continua el paso 5.

7.1.5. Valoración por Cirugía de Trasplantes

El cirujano debe explicar claramente los beneficios y riesgos del procedimiento, así como el plan de seguimiento post donación formulado para el cuidado a largo plazo. El potencial donante debe firmar el consentimiento informado de la cirugía y el consentimiento de transfusión de componentes sanguíneos apoyado en la información suministrada durante el proceso de evaluación y la reunión educativa. Al finalizar la valoración, el potencial donante continúa al paso 6 No graduada.

Durante el proceso de evaluación, el potencial candidato debe asistir a la reunión educativa cuya finalidad es informar y explicar sobre todas las etapas del programa y aclarar dudas relacionadas con el procedimiento.

7.1.6. Junta Médica

Reunión interdisciplinaria donde se discuten los conceptos de las valoraciones médicas y los hallazgos relevantes en el proceso de evaluación con el fin de minimizar el riesgo a corto y largo plazo del donante. Al finalizar la junta médica, emite una decisión:

NO APROBADO: Se cita al donante a consulta médica y se le informa claramente las razones de no aprobación. En caso de haber detectado patología médica relevante, se aconseja continuar seguimiento por su entidad promotora de salud.

APROBADO: Continúa el paso 7.

7.1.7. Acta Notarial- Declaración extra-juicio

Se envía al paciente para realización de Declaración extra-juicio ante notario público donde se especifique familiaridad con el receptor y decisión si/no de libre donación sin ganancia económica ni de otro tipo.

7.1.8. Comité de Ética

Se convoca al comité de ética institucional para revisión del caso y aprobación. Se envía a valoración adicional por nutrición aquellos pacientes candidatos con sobrepeso y dislipidemia. Una vez el paciente es aprobado por el comité de ética, se programa la fecha de nefrectomía de donante vivo y el trasplante. Se informa al donante y al receptor una semana antes de la fecha programada para la cirugía, se realiza el ajuste fino del paciente que consiste en: Valoración por Anestesia y Solicitud de laboratorios prequirúrgicos (solo en caso de llevar más de 6 meses de realizados o algún examen adicional solicitado a criterio del anestesiólogo).

7.1.9. Prueba cruzada final

Se realiza la prueba cruzada (anticuerpos citotóxicos) con un lapso máximo de 72 horas antes de la cirugía. De acuerdo con el reporte obtenido: Linfocitos T y B positiva: Contraindica la donación. Se cita a donante y receptor a consulta médica para informar resultado y explicar la razón de contraindicación del procedimiento. Linfocitos T negativa y B débilmente positiva: Se repite prueba cruzada a las 4 semanas de realizada. Si es negativa para T y B se autoriza la donación. Si persiste positiva se contraindica el procedimiento Linfocitos T débilmente positiva y B negativa: Contraindica la donación. Se cita a donante y receptor a consulta médica para informar resultado y explicar la razón de contraindicación del procedimiento.

7.1.10. Evaluación de la función renal

Creatinina y depuración de creatinina: La medición de la función renal se realiza mediante la creatinina sérica, y la depuración de creatinina en orina de 24 horas expresada en ml/min/1.73m² superficie corporal. Creatinina sérica superior a 1,3 mg/dl requiere revisión y de acuerdo con esto, repetirla. La recolección de orina debe efectuarse en ausencia de fiebre, menstruación, infecciones urinarias ejercicio físico previo forzado. Se considera la toma adecuada cuando la recolección fue completa, es decir, existe un volumen significativo de la muestra (más de 800 cc) y la concentración de creatinina en orina está entre 15 – 25 mg/kg(5). TFG >90 ml/ min x 1.73 m² se considera aceptable para donación. La decisión para aceptar donantes con TFG entre 60 y 89 ml/ min x 1.73 m² debe ser individualizada basada en factores demográficos, edad y factores de riesgo identificados en la valoración. Candidatos con TFG <60 ml / min x 1.73 m² no deben ser aceptados como donantes (3) (Grado 1A).

Proteinuria: Se realiza la medición de proteinuria o albuminuria en orina de 24 horas. Albuminuria <30 mg / día es considerada apta para la donación Albuminuria entre 30 y 100 mg / día debe ser sometida a discusión y la decisión debe ser individualizada teniendo en cuenta el estado de salud y los factores demográficos del donante. Albuminuria >100 mg/día contraindica la donación Proteinuria en orina de 24 horas >300 mg / día contraindica la donación (3).

Parcial de orina: Se debe evaluar alguna anomalía en el examen químico o sedimento. En caso de hematuria microscópica definida como > 3 hematíes por campo (3) La presencia de hematuria microscópica persistente (repetida en segunda prueba) contraindica la donación y obliga a realizar estudios complementarios que descarten patología litiásica, maligna o glomerular que requieran manejo adicional.

Urocultivo: Se solicita en presencia de síntomas y/o hallazgos en sedimento urinario o según indicación del médico. Si se confirma infección urinaria, debe iniciarse tratamiento y presentarse nuevamente en junta médica. Si hay evidencia de anormalidad parenquimatosa urológica o asimetría renal significativa en las imágenes diagnósticas solicitadas (ecografía renal o angiourotomografía) la función renal debe ser medida usando renograma DTPA para valorar función renal diferencial (debe oscilar entre 45 – 50% Vs. 55% - 50%). Si la diferencia de función entre los 2 riñones es pequeña (menos del 5%) la elección del riñón a extraer se puede hacer por preferencia anatómica. En caso de asimetría renal mayor, el riñón elegido para extracción debería ser el de menor función. Una diferencia de función entre los 2 riñones muy marcada (> 10%) contraindica la donación, al no poder garantizar una función adecuada en donante o receptor.

7.1.11. Evaluación de tamizaje para cáncer

De acuerdo con el género del candidato y siguiendo las guías de tamizaje para cáncer de la población general en nuestro país:

Cáncer de mama: Se solicita mamografía bilateral de dos proyecciones en mujeres entre 50 a 69 años (8).

Cáncer de colon: Se debe realizar colonoscopia en la población general entre los 50 a 75 años y aquellos con antecedente familiar en primer grado (9).

Cáncer de próstata: Se debe solicitar Antígeno prostático específico en pacientes hombres > 45 años (10).

Cáncer de cérvix: Se solicita citología cervicovaginal a mujeres > 18 años.

Los candidatos a donantes con evidencia de patología maligna activa deben ser contraindicados para la donación. En caso de antecedente de malignidad, será discutido en junta médica teniendo en cuenta el riesgo de transmisión o recurrencia.

7.1.12. Evaluación cardiovascular

La evaluación estándar se realiza con la anamnesis, EKG y radiografía de tórax. Sin embargo, en caso de soplos, cardiomegalia o síntomas de falla cardíaca se realizará ecocardiograma transtorácico.

En junta médica se definirá la necesidad de ecocardiograma estrés para los pacientes con disnea, angina, alteraciones EKG, pacientes mayores de 45 años con factores de riesgo cardiovascular o mayor de 60 años sin factores de riesgo.

7.1.13. Evaluación pulmonar

Se realiza con la anamnesis y radiografía de tórax. En caso de sospecha o evidencia de enfermedad pulmonar crónica se discutirá en junta médica para ampliar el estudio o contraindicar la donación.

7.1.14. Evaluación de situaciones especiales

Anemia en el donante

Se define anemia como Hemoglobina menor de 13 gr/dl en hombres y menor de 12 gr/dl en mujeres. La anemia debe ser estudiada y se indican los exámenes de valoración según la probable etiología de la anemia para definir la aprobación para ser donante vivo de riñón.

Consumo de sustancias Psicoactivas

El consumo de alcohol o tabaco de manera no adictiva (uso social) será analizado y registrado durante la valoración de salud mental y de

nefrología sin que se considere una contraindicación absoluta para la donación.

Se recomienda dejar de fumar por lo menos 4 semanas antes a la realización del procedimiento para reducir el riesgo de complicaciones perioperatorias y continuar en abstinencia puesto que el tabaquismo aumenta el riesgo de mortalidad a largo plazo. Las adicciones a drogas de abuso contraindican la donación (5)

Dislipidemia

La decisión para aprobar candidatos con dislipidemia será discutida en Junta médica de acuerdo con la presencia de factores de riesgo adicionales y estado clínico actual del potencial donante(5)

Litiasis Renal

Es una contraindicación para donación si corresponde a nefrocalcinosis, es bilateral, o unilateral mayor a 1.5 cm. En caso de litiasis única y unilateral <1.5 cms se debe extraer el riñón con el cálculo.

Quistes Renales

Un riñón con quiste simple Bosniak I puede ser dejado en el donante dependiendo del tamaño, particularmente si hay razones clínicas mayores para extraer el riñón contralateral.

Riñones con quistes Bosniak II o III serán discutidos en junta médica y serán aceptados caso a caso.

Enfermedad Genética renal

Los candidatos con enfermedad poliquística autosómica dominante confirmada deben ser contraindicados para la donación si son pacientes menores de 30 años.

Candidatos con historia familiar de enfermedad poliquística autosómica dominante (EPAD) en primer grado y mayores de 30 años, requieren estudios imagenológicos complementarios que descarte la presencia de la enfermedad para poder ser contemplados como donantes.

Embarazo

El embarazo es contraindicación para la donación. Mujeres en edad fértil y con deseos de tener hijos deberán ser informadas de la necesidad de evitar el embarazo desde el momento de la aprobación para la donación hasta la recuperación después de la nefrectomía.

El paciente candidato a donante de riñón podrá retirarse en cualquier etapa de las valoraciones y debe firmar la carta de retiro voluntario.

7.1.15. Formatos Utilizados

- Consentimiento informado de IPS Trasplantadores
- Carta de retiro voluntario
- Formato de registro monitoreo hemodinámico
- Infografía de educación de los donantes Colombiana de Trasplantes

8. (O) Observación del donante de riñón

Observación: Comprende la observación, monitoreo y cuidado del paciente desde el post operatorio inmediato hasta cumplir el primer mes de cirugía. Debido a la falta de evidencia con las características adecuadas, las recomendaciones presentadas a continuación se consideran “no clasificables” y corresponden a el acuerdo al que se llegó por un consenso de expertos de Colombiana de Trasplantes.

Una vez realizada la nefrectomía, el donante ingresa al servicio de recuperación o a la Unidad de Cuidado Intensivo de acuerdo con criterio médico del equipo de trasplante y del anesthesiólogo.

Enfermería realiza el monitoreo hemodinámico del donante durante las primeras 24 horas post operatorias mediante la medición y registro de:

1. Tensión arterial y tensión arterial media
2. Frecuencia cardiaca
3. Frecuencia respiratoria
4. Oximetría de pulso
5. Diuresis horaria

8.1.2. Primer y segundo día post operatorio

En revista médica se evalúa la condición clínica del paciente y su evolución. En lo posible se retira sonda vesical en el primer día post operatorio, se inicia tolerancia a la vía oral y deambulación. No requiere toma de exámenes de laboratorio excepto decisión médica. En general se decide la salida de hospitalización al tercer día del procedimiento, de acuerdo con criterio médico

8.1.3. Manejo ambulatorio (está a cargo de cirugía de trasplantes)

- Primer control médico: Se debe realizar al día 10 post operatorio. El objetivo es evaluar la evolución del paciente, y decidir el retiro de puntos de las heridas quirúrgicas.
- Segundo control médico: Se debe realizar al mes del procedimiento. El objetivo es evaluar la evolución del paciente, descartar la presencia

de complicaciones post operatorias y verificar el retorno a su actividad diaria y/o laboral.

Igualmente, en este control, se hará educación y entrega al paciente del plan de seguimiento de función renal y cuidado a largo plazo.

Valoración por salud mental: Se debe realizar al mes del procedimiento de acuerdo con criterio médico.

Valoración por nutrición: Se debe ser realizar al mes del procedimiento de acuerdo con criterio médico.

El objetivo es realizar educación acerca de hábitos alimenticios saludables ejercicio regular y control del peso (11).

Durante esta etapa, El donante no requiere la realización de exámenes de laboratorio clínico o de función renal, a menos que la clínica y evolución del paciente lo amerite.

9. (S) Seguimiento del donante de riñón

Seguimiento: Comprende el cuidado y seguimiento a través de controles médicos y laboratorios que evalúen función renal, la identificación y/o control de factores de riesgo cardiovascular que afecten a largo plazo la sobrevida y calidad de vida del donante.

Cumplido el mes de donación, el paciente debe asistir a control médico con nefrología de trasplantes o con quien defina el asegurador (ESP) con la siguiente periodicidad: al tercer y sexto mes y al año de la cirugía. De ahí en adelante el control es anual de manera indefinida. Debido a la falta de evidencia con las características adecuadas, las recomendaciones presentadas a continuación se consideran “no clasificables” y corresponden a el acuerdo al que se llegó por un consenso de expertos de Colombiana de Trasplantes.

En cada control médico, el donante es evaluado con los siguientes reportes de laboratorio (debe solicitarlos a través de su Entidad promotora de salud):

1. Hemograma tipo IV
2. Creatinina sérica
3. Nitrógeno Ureico (BUN)
4. Potasio
5. Depuración de creatinina y proteinuria medida en orina de 24 horas
6. Glicemia en ayunas
7. Perfil Lipídico (Colesterol total, HDL, LDL, y triglicéridos)

En cada control se debe informar al paciente sobre el estado de la función renal, los hallazgos encontrados y la necesidad de continuar el cuidado a largo plazo.

10. Nefrectomía laparoscópica mano asistida para trasplante

En Colombiana de Trasplantes la nefrectomía de donante vivo se realiza preferiblemente por laparoscopia mano-asistida. Después de la inducción anestésica, el paciente se coloca en decúbito lateral del lado contralateral al riñón que se va a extraer. Se realiza una laparotomía transversa suprapúbica siempre que sea posible y a través de ésta se introduce un puerto de mano. Se realizan dos incisiones de 12 mm subcostales, una sobre líneas axilar anterior y otra sobre línea axilar posterior y se pasa trócares de 12 mm. Para nefrectomías derechas es posible que se requiera la colocación de más trócares dependiendo de los hallazgos intraoperatorios. Se seccionan los ligamentos peri-renales y se secciona la fascia de Told. Una vez localizado el espacio

retroperitoneal, se identifica el ureter nativo y se disecciona hacia distal. Posteriormente se disecciona el hilio renal, exponiendo y diseccionando la vena renal, se ligan y seccionan afluentes. Se disecciona arteria renal hasta ostium en la aorta. Se libera glándula suprarrenal. Se libera riñón de la región lumbar y finalmente se liga selectivamente (Hem-o-loks o sutura mecánica) y se secciona ureter, arteria y vena renal. Se extrae el riñón a través de la incisión de laparotomía. Se revisa hemostasia, se liga linfáticos perivascuales, se revisa integridad de las vísceras intraabdominales y del diafragma y se procede al cierre de la pared abdominal por planos.

ALGORITMO (Elaborado por Colombiana de Trasplantes)

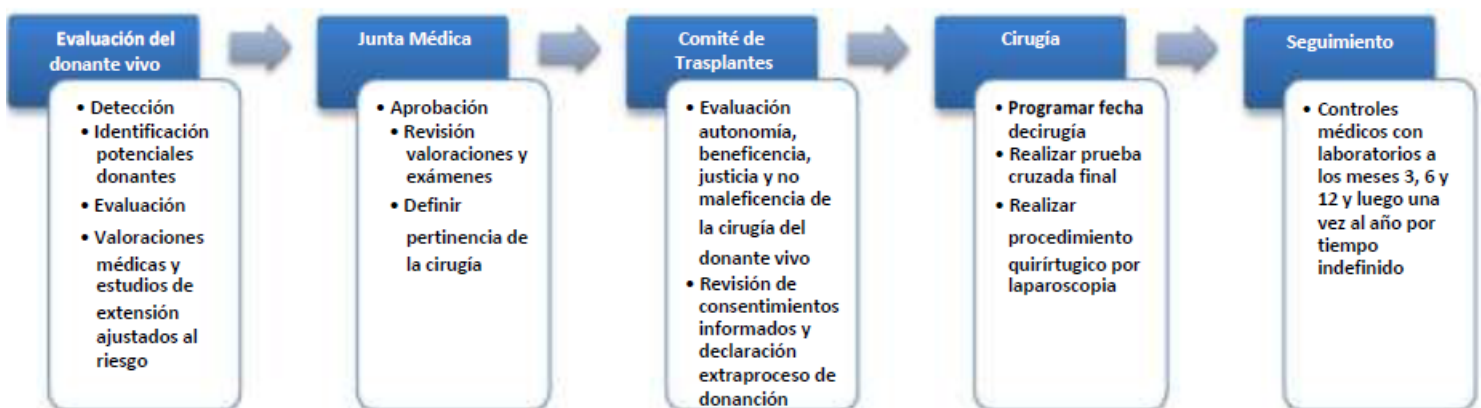


Figura 1. Algoritmo de evaluación de donante vivo en trasplante renal.

11. Vigencia y adherencia de la guía

La vigencia es de cinco años a partir de la fecha de aprobación y la calificación de la calidad de la guía se hará de acuerdo con la metodología definida en convenio con la IPS Trasplantadora. Se actualizará cada vez que sea necesario.

Es importante puntualizar que el seguimiento a la adherencia de la guía se hará de la siguiente manera:

1. Divulgación de la guía con los grupos de especialistas. (Documentación que constate la divulgación).
2. Evaluación de la adherencia a guía, mediante revisión de las historias clínicas de pacientes con esta patología por medio del programa de auditoria de la institución.

12. Conflicto de interés

No hay ningún conflicto de interés en el desarrollo de la guía.

13. Bibliografía

1. Guía de práctica clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Guía No.52 GPC 2016-52. Bogotá, Colombia.
2. National High Blood Pressure Education Program. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.
NIH 2014
3. Recomendaciones de la Sociedad española de Nefrología SEN y de la Organización Nacional de Trasplantes ONT. Volumen 30 - Supplement 2 – 2010.
4. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. January 2017 Volume 40, Supplement 1.
5. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors August 2017, Volumen 101, Number 8S-1
6. Guía de Práctica Clínica para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la hepatitis C Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia Guía completa 2016 Guía No 57.
7. Guía para el manejo de VIH/ SIDA basada en la evidencia . Colombia.
8. Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia Guía Completa Instituto Nacional de Cancerología,2013 - Guía No. GPC-2013-19.
9. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto. Sistema General de Seguridad Social en Salud-Colombia. Instituto Nacional de

Cancerología,2013 - Guía No. GPC-2013-20.

10. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. 2013 - Guía No. GPC-2013-21.

11. Recomendaciones sobre actividad física para la salud. Organización Mundial de la Salud,2010.