



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DEL DONANTE VIVO RENAL

SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DEL DONANTE VIVO RENAL

República Dominicana
Julio, 2023



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

® **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**

Título original:

Protocolo de Estudio y Seguimiento del Donante Vivo Renal

Coordinación técnica editorial:

Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Formato gráfico y diagramación:

Tyrone Then
Enmanuel Trinidad

ISBN electrónico: 978-9945-644-17-3

Primera edición

Julio, 2023

Copyright © Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud, a través de la coordinación técnica y metodológica de la Dirección de Normas, Guías y Protocolos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



AUTORIDADES

Dr. Daniel Enrique de Jesús Rivera Reyes
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. José Antonio Matos Pérez
Viceministro de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Dr. Eladio Radhamés Pérez Antonio
Viceministro de Salud Colectiva

Lcdo. Miguel Antonio Rodríguez Viñas
Viceministro de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

Lcda. Raysa Bello Arias de Peña
Viceministra de Asistencia Social

Dr. Fernando José Ureña González
Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social

EQUIPO RESPONSABLE

Dra. Altagracia Milagros Peña González. Directora de Normas, Guías y Protocolos

Lic. Yessica Rondón Díaz. Encargada de Documentos Técnicos Sanitarios

EQUIPO ELABORADOR

Dra. Esther De Luna. Nefróloga. Coordinadora de Trasplante. Encargada de Educación Médica Continua del Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT)

Dra. Yosammy Beriguete. Nefróloga de Trasplante. Médico ayudante Servicio de Trasplante del Centro Cardio-Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT)

Dra. Celia Pérez. Nefróloga. Coordinadora de Trasplante. Encargada del Departamento de Coordinación Hospitalaria de Donación y Trasplante del INCORT

REVISORES EXTERNOS

Dra. Carolina de la Cruz. Nefróloga. Coordinadora General de la Unidad de Trasplante del Hospital General Plaza de la Salud

SOCIEDADES MÉDICAS ESPECIALIZADAS

Dr. Ignacio Bengoa. Sociedad Dominicana de Donación y Trasplante

Dra. Wanda Rodríguez. Sociedad Dominicana de Nefrología

Dr. Fernando Morales Billini. Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT)

ASESORÍA METODOLÓGICA

Dirección de Normas, Guías y Protocolos

Lcda. Anel Payero González. Coordinadora técnico legal

Dra. Ibsen Veloz Suarez. Encargada de Reglamentación Sanitaria

Dr. Olmar E. Reyes-Uribe. Analista de Documentación Sanitaria

Dra. Judhy Astacio de Ayala. Analista de Reglamentación Sanitaria

Lcda. Dayanara Lara Vittini. Analista de Documentación Sanitaria

Resolución Núm.0013-2023

Que aprueba y pone en vigencia los documentos normativos y técnicos sanitarios para diversos eventos clínicos.

El **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**, institución del Estado Dominicano, organizada de acuerdo con la Ley Orgánica de Administración Pública Núm. 247, de fecha catorce (14) del mes de agosto del año dos mil doce (2012), y la Ley General de Salud Núm. 42-01, de fecha ocho (8) del mes de marzo del año dos mil uno (2001), inscrita bajo el número de Registro Nacional del Contribuyente (RNC) 4-01-00733-9, con domicilio social y oficina principal situado en la Avenida Héctor Homero Hernández esquina Avenida Tiradentes, Ensanche la Fe de esta ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana; debidamente representada por su señor Ministro, el **DR. Daniel Enrique De Jesús Rivera Reyes**, dominicano, mayor de edad, casado, titular de la Cédula de Identidad y Electoral Núm. 031-0096377-0, médico de profesión, con domicilio y residencia en la ciudad de Santiago de los Caballeros, ciudad de la República Dominicana.

Considerando (1): Que la Constitución de la República, dispone que: *"El Estado garantizará, mediante legislaciones y políticas públicas, el ejercicio de los derechos económicos y sociales de la población de menores ingresos y, en consecuencia, prestará su protección y asistencia a los grupos y sectores vulnerables; combatirá los vicios sociales con las medidas adecuadas y con el auxilio de las convenciones y las organizaciones internacionales"*.

Considerando (2): Que la salud es un bien de orden público y de interés social, un factor básico para el desarrollo de la persona, que constituye un derecho humano e inalienable que debe ser promovido y satisfecho por el Estado, en base a los principios y estrategias de universalidad, equidad, solidaridad, eficiencia y eficacia.

Considerando (3): Que el Estado debe garantizar el derecho a la salud integral de la persona, cuya protección será mediante la inclusión de medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades.

Considerando (4): Que los ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

Considerando (5): Que la Ley General de Salud Núm. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social Núm. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, atribución que queda a cargo de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Considerando (6): Que, desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana, a través de la mejora continua y la satisfacción de las

necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

Considerando (7): Que una de la función Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como rector del Sistema Nacional de Salud, establecida por la Ley General de Salud Núm. 42-01, en la letra g del artículo 14, es la de *“formular todas las medidas, normas y procedimientos que, conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes”*.

Considerando (8): Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades, la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

Considerando (9): Que, es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud, realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada, con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

Considerando (10): Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

Considerando (11): Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

Considerando (12): Que la implantación y apego a reglamentos, guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

Vista: La Constitución de la República Dominicana, de fecha trece (13) del mes de junio de del año dos mil quince (2015).

Vista: La Ley Orgánica de la Administración Pública, Núm. 247-1 2, de fecha catorce (14) del mes de agosto del año dos mil doce (2012).

Vista: La Ley General de Salud, Núm. 42-01, de fecha ocho (08) del mes de marzo del año dos mil uno (2001).

Vista: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, Núm. 87-01, de fecha ocho (8) del mes de mayo del año dos mil uno (2001) y sus reglamentos de aplicación.

Vista: La Ley de Estrategia Nacional de Desarrollo, Núm. 1 -1 2, de fecha veinticinco (25) del mes de enero del año dos mil doce (2012).

Vista: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, Núm. 166-12, de fecha diecinueve (19) del mes de junio del año dos mil doce (2012).

Vista: La Ley que crea el Servicio Nacional de Salud, Núm. 123-15, de fecha dieciséis (16) del mes de julio del año dos mil quince (2015).

Visto: El Decreto que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, Núm. 434-07, de fecha dieciocho (18) del mes de agosto del año dos mil siete (2007).

En el ejercicio de las atribuciones que me confiere la Ley Núm. 42-01, General de Salud dicto la siguiente:

Resolución:

Primero: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de Reglamentos, Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención, para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

Segundo: Se ordena la puesta en vigencia los siguientes documentos normativos y técnicos sanitarios:

1. Reglamento Técnico para la Gestión de Expediente Clínico.
2. Guía de Manejo de Enfermedad Renal Crónica Estadios 1 al 3A para la Atención de la Población Mayor de 18 Años en Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención en la República Dominicana.
3. Guía de Atención a las Hepatitis Virales y sus Comorbilidades Asociadas al VIH.
4. Guía para el Diagnóstico, Manejo y Prevención de la Malaria en la República Dominicana.
5. Guía Práctica Clínica de las Enfermedades de Transmisión Sexual.
6. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de Cólera.
7. Guía Uso de Fluoruros para Control y Prevención de Lesiones de Caries Dental.
8. Protocolo de Estudio y Seguimiento del Donante Vivo Renal.
9. Protocolo de Realización de Biopsia Renal del Receptor de Trasplante Renal y del Donante Renal Cadavérico.
10. Protocolo para el Diagnóstico y Tratamiento del Mieloma Múltiple
11. Protocolo Linfoma No Hodgkin de Estirpe B en Adultos.
12. Protocolo de Diagnóstico y Manejo de la Anemia Falciforme en Pacientes Pediátricos.
13. Protocolo de Diagnóstico y Manejo de la Anemia Falciforme en Pacientes Adultos.

14. Protocolo de Manejo de Anemia Aplásica.
15. Protocolo Manejo Nutricional e Integral del Adulto Mayor.
16. Directrices Operativas para la Prevención y Control de Cólera en la República Dominicana.
17. Resumen de Recomendaciones Guía de Manejo de Enfermedad Renal Crónica Estadios 1 al 3A para la Atención de la Población Mayor de 18 Años en Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención en la República Dominicana.
18. Plan Estratégico Institucional 2021-2024.
19. Evaluación y Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en República Dominicana, Periodo 2021- 2023
20. Evaluación de la capacidad de tecnología de apoyo de la República Dominicana, 2020-2021

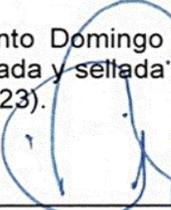
Tercero: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de los Reglamentos Técnicos, las Guías de Práctica Clínica y los Protocolos de Atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud, la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto a los representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

Cuarto: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

Quinto: Se instruye remitir copia íntegra de la presente resolución, para fines de cumplimiento y ejecución, de los documentos puestos en vigencia en la presente a los siguientes: Superintendencia de Salud y Riesgos laborales (SISALRIL), Aseguradoras de Riesgo de Salud (ARS), Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP), Servicio Nacional de Salud (SNS) y demás prestadores privados y ONG.

Sexto: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

Dada, en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, firmada y sellada a los veintinueve (29) días del mes de agosto del año dos mil veintitrés 2023).



Dr. Daniel Enrique De Jesús Rivera Reyes
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)



CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVO.....	3
3. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS	3
4. USUARIOS DEL PROTOCOLO.....	3
5. POBLACIÓN DIANA	3
6. DEFINICIÓN DE DONANTE VIVO DE RIÑÓN	4
7. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DEL DONANTE VIVO DE RIÑÓN	4
8. REQUISITOS PARA LA DONACIÓN RENAL DE DONANTE VIVO	5
9. AUTORIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE DONACIÓN EN VIDA	6
10. RIESGOS PARA EL DONANTE VIVO	7
11. ESTUDIO DEL POSIBLE DONANTE	7
a) Historia Clínica.....	8
b) Estudios de laboratorio	8
c) Microbiología	9
d) Pruebas de imágenes o complementarias (obligatorias).....	9
e) Consulta por Especialidades.....	10
12. CONTRAINDICACIONES DEL DONANTE VIVO.....	10
13. SEGUIMIENTO.....	11
14. RECOMENDACIONES AL DONANTE	11
15. INDICADORES.....	12
16. ALGORITMO.....	12
17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13
18. ANEXOS.....	16
A. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DONANTE VIVO DE RIÑÓN	16

1. INTRODUCCIÓN

El trasplante renal de donante vivo es una opción terapéutica para dar respuesta a los pacientes que padecen una enfermedad renal terminal. Esta modalidad terapéutica brinda ventajas clínicas y biológicas frente al trasplante de donante cadavérico, entre ellas: se acorta el tiempo en la lista de espera, ofrece una buena compatibilidad entre donante y receptor, se puede realizar de forma anticipada y están ausentes las repercusiones hemodinámicas de la Muerte Encefálica sobre el injerto renal. ⁽¹⁾

La donación en vida se ha convertido en un agregado necesario para la autosuficiencia en el trasplante, la cual busca satisfacer la creciente demanda de órganos en los países utilizando recursos de la propia población. Inicialmente, la autosuficiencia se desarrolla con donaciones provenientes de donantes cadavéricos hasta alcanzar el máximo potencial terapéutico, facilitando la donación en tantas circunstancias de muerte como sea posible, maximizando los resultados de cada donante y optimizando los resultados del trasplante; a esto se añade la donación en vida, que se ha vuelto indispensable para lograr este objetivo. ^(1,2)

Europa presenta sus cotas más altas, especialmente en los países nórdicos con 13 a 20 donantes por millón de población (pmp). Otras zonas donde la donación de vivo ha sido intensamente promocionada son: Estados Unidos (17 pmp), Australia (39 pmp) y Canadá (12 pmp), representando entre un 35-45% de sus donantes. ⁽³⁾

En el caso de la República Dominicana representa el 40 a 60 % de la actividad general de trasplante renal en los últimos 10 años. Por lo tanto, la donación cadavérica y la donación en vida deben considerarse como fuentes complementarias de órganos para trasplante. ⁽⁴⁾

Desde un punto de vista ético, médico, psico-social y quirúrgico, se debe enfatizar que la donación en vida presenta algunos dilemas particulares:

- a) El donante vivo no es un paciente, no sufre una enfermedad, sino por el contrario es una persona en perfecto estado de salud, incluso más saludable que la población general. Este hecho hace que sea difícil evaluar el impacto a largo plazo, sobre la morbilidad y la mortalidad de donar un órgano durante la vida de una persona, porque el grupo de control óptimo es difícil de identificar y validar. ⁽⁵⁾
- b) El procedimiento quirúrgico no se realiza con el objetivo de eliminar un órgano que presenta un mal funcionamiento, sino que es un órgano que funciona de manera óptima.
- c) En todo el mundo, el 40% de los procedimientos de trasplante renal se realizan con órganos obtenidos a partir de donante vivo. ⁽⁶⁾
- d) El trasplante de riñón en vida ha demostrado ser la mejor alternativa terapéutica para los pacientes con nefropatía terminal, debido a varias ventajas en comparación con el donante

cadavérico. ⁽³⁾ A su vez, todas las opciones de trasplante se asocian a una mejor supervivencia en comparación a la diálisis. ⁽⁵⁾

- e) La supervivencia del injerto de los riñones de donante vivo es significativamente más prolongada. ^(5,7)
- f) La incidencia del retraso de la función del injerto en el receptor disminuye considerablemente. ⁽⁶⁾ En específico, la función retardada del injerto pasa de 25% en los receptores de donantes fallecidos a 3-5% en receptores de donantes vivos. ⁽⁸⁾
- g) La donación en vida hace que el trasplante de riñón preventivo, o previo a diálisis, sea más factible, especialmente para los receptores jóvenes. Con esta modalidad terapéutica se evita que el paciente llegue a diálisis y todas las complicaciones que esta involucra. Además, la implementación de un programa de donante vivo efectivo puede acortar el tiempo de espera del donante cadavérico, para aquellos pacientes que no tienen un donante vivo disponible. ⁽⁹⁾
- h) La donación en vida solo debe realizarse en centros autorizados por la autoridad sanitaria correspondiente y siguiendo estrictas normativas y estándar ético para minimizar el impacto médico y psicosocial de la donación y evitar el tráfico de órganos y el comercio humano, como lo reconocen los Principios Rectores del trasplante de Células, Tejidos y Órganos de la Organización Mundial de la Salud y la *Declaración de Estambul sobre el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes*.

Los dos últimos instrumentos jurídicos tipifican como delito la violación de los principios básicos de la donación en vida, en particular la ablación de órganos sin un consentimiento válido o a cambio de una ganancia económica o una ventaja comparable. ^(10,11,12)

Por otro lado, la donación de vivo se considera directa, cuando existe un nexo afectivo entre donante y receptor, y puede dividirse en 3 grandes categorías: ⁽³⁾

- Familiares genéticamente relacionados: donación de padres a hijos, entre hermanos, hijos a padres, hasta el cuarto grado.
- Familiares genéticamente no relacionados: matrimonios, parejas de hecho, padres adoptivos, cuñados.
- No familiares: amistades.

La donación indirecta ocurre cuando no existe un vínculo afectivo entre donante y receptor, como es el caso del donante altruista, quien, por motivo de generosidad, cede uno de sus riñones a la sociedad sin conocer la persona a la que le será implantado. ⁽³⁾

2. OBJETIVO

Garantizar la evaluación y estudio pre-trasplante del donante vivo y su seguimiento post-extracción a corto y largo plazo, asegurando la supervivencia y rehabilitación del receptor.

3. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS

- Recomendaciones para el trasplante renal de donante vivo. Rev Nefrol [Internet]. 2022; 42(S2):1-128. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.10.002>
- The Guide to the quality and safety of organs for transplantation [Internet]. 6th ed. Strasbourg: Council of Europe; 2022. Disponible en: <https://www.edqm.eu/en/guide-quality-and-safety-of-organs-for-transplantation>
- KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. Transplantation [Internet]. 2017;101(8S): S7-S105. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000001769>

4. USUARIOS DEL PROTOCOLO

- a) Especialistas en medicina interna
- b) Especialistas en cirugía de trasplante
- c) Nefrólogos
- d) Personal de psicología
- e) Urólogos
- f) Personal de enfermería
- g) Personal de trabajo social

5. POBLACIÓN DIANA

Persona mayor de edad que quiera ser donante vivo renal, que cumpla todos los aspectos clínicos, éticos y legales para la donación:

- a) Familiares genéticamente relacionados
- b) Familiares genéticamente no relacionados
- c) No familiares (amistades) del receptor de trasplante
- d) Donante altruista (incluye a donantes voluntarios desconocidos)

6. DEFINICIÓN DE DONANTE VIVO DE RIÑÓN

Persona sana, mayor de edad, que puede ser un familiar consanguíneo, un relacionado no familiar con una relación de mucho tiempo o un altruista, que dona un riñón a una persona que necesita un trasplante.

7. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DEL DONANTE VIVO DE RIÑÓN

Es esencial la reflexión sobre los cuatro principios de beneficencia, no maleficencia, respeto a la autonomía y respeto a la justicia (promover la equidad), para colocar al altruismo como el principio ético fundamental de la donación de órganos en vida. ⁽⁶⁾

El consentimiento y la autonomía del donante son definitivamente necesarios, pero no suficientes, para proceder con la donación de órganos de un donante vivo. La autonomía del donante no debe invalidar el juicio médico y la toma de decisiones, de tal forma que los riesgos a los que vaya a ser sometido el donante sean mínimos, independientemente de la relación donante-receptor. Además, para garantizar la autonomía del donante es importante proporcionar información extensa y específica, y permitir un período de reflexión. ^(9,13)

Es fundamental que las autoridades sanitarias y los profesionales responsables de los programas de trasplante promuevan la donación de personas fallecidas hasta su máximo potencial terapéutico.⁽¹⁴⁾ Sin embargo, teniendo en cuenta el gran déficit de riñones para trasplantes en comparación con la demanda, en la actualidad y en el futuro inmediato se deben desarrollar y optimizar programas para la donación renal proveniente de donante vivo sobre la base de normas éticas y profesionales reconocidas, como una forma de lograr la autosuficiencia en trasplante. ⁽¹⁰⁾

Para garantizar los principios antes mencionados, la legislación dominicana establece las siguientes regulaciones: ^(15,16)

- Que el donante sea mayor de edad y goce de plenas facultades mentales y adecuado estado de salud (Art. 10, lit. a, Ley 329-98).
- Autorización y habilitación de los centros acreditados para la extracción de órganos de donantes vivos por la autoridad sanitaria correspondiente (Art. 53 y 69, Dec. No. 436-14).
- Consentimiento libre, consciente y desinteresado del donante, por escrito, de su conformidad para la donación (Art. 45, Dec. No. 436-14).
- Prohibición y sanción de la comercialización con la donación de órganos (Art. 115, Num.15, Ley 42-01).
- Prohibición de la compensación económica por la donación de órganos y el exigir precio alguno al receptor del trasplante (Art. 2, Ley 329-98)

Además, en caso de que no existan vínculos familiares del donante con el receptor, la Ley No. 329-98 que regula la donación y legado, extracción, conservación e intercambio para trasplante de órganos y tejidos humanos, en el capítulo IV, artículo 10, párrafo 1, cita: “En ausencia de estos vínculos, toda donación debe estar autorizada expresamente por el Consejo Nacional de Trasplante” (CNT).⁽¹⁵⁾

8. REQUISITOS PARA LA DONACIÓN RENAL DE DONANTE VIVO

En la selección y el estudio del donante de riñón, el principio predominante para el médico debe ser la protección del donante.^(6,17)

Las etapas de la donación proveniente del donante vivo, incluyen el consentimiento y la autorización, la procuración, el seguimiento, la transparencia, los sistemas de calidad y seguridad, la acreditación de las unidades de trasplante y las calificaciones del personal médico, que están controladas por las reglamentaciones nacionales.

El estudio de una donación de riñón de vivo debe demostrar diversos aspectos:

- a) La donación es libre, consciente y desinteresada. El donante tiene riñones normales y el riesgo de desarrollar nefropatía a largo plazo es reducido.⁽¹⁶⁾
- b) El filtrado glomerular debe estar por encima de un nivel mínimo en función de la edad y no deben existir proteinuria o alteraciones del sedimento.
- c) Deben descartarse nefropatías heredofamiliares y procesos o alteraciones que incrementen el riesgo de nefropatía a largo plazo. El donante no debe presentar otras enfermedades o alteraciones que puedan incrementar el riesgo quirúrgico o anestésico o transmitirse al receptor (cáncer, infecciones).⁽¹⁷⁾
- d) Ser compatible de grupo sanguíneo[‡] y lograr la mejor compatibilidad con los antígenos leucocitarios humanos (HLA), tener una prueba cruzada (cross-match) negativa[‡] a células T y B, con el eventual receptor.
[‡]Actualmente con las terapias de desensibilización se podría lograr un trasplante ABO incompatible o con una prueba cruzada (cross-match) positiva, siempre que esta prueba cruzada se invierta a negativa post-desensibilización.⁽²¹⁾
- e) Es mandatorio realizar al menos una entrevista al candidato a donante de forma individual y el mayor grado de confidencialidad, para que exprese libremente su disposición a la donación. Se le debe ayudar a reconsiderar la decisión en caso de no estar seguro o evidenciarse excesiva presión familiar.^(3,9,18)
- f) El objetivo de dicha intervención se orienta básicamente a evaluar la competencia mental y la estabilidad emocional de un individuo sano que se someterá a una cirugía mayor para beneficiar a otro. Contempla también factores éticos y legales a fin de minimizar el riesgo psicosocial del proceso.^(6,9)

9. AUTORIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE DONACIÓN EN VIDA

Más allá del consentimiento del donante, se deben considerar algunos otros aspectos antes de autorizar cualquier procedimiento de donación en vida:

- a) La donación de órganos debe ir precedida de los exámenes médicos necesarios, para garantizar que el riesgo de la cirugía no exceda los beneficios esperados y no comprometa la salud del donante. Estos deben realizarse previo a prueba cruzada negativa. ⁽⁶⁾
- b) El resultado de la evaluación médica del estado de salud del potencial donante debe ser documentado por un médico experimentado y calificado en la donación de órganos. La declaración escrita debe concluir en que: “no hay contraindicaciones para la donación de órganos” a la vez que debe proporcionar la evidencia médica apropiada. Esto debe incluir documentación adecuada, proporcionada por el jefe del equipo médico que realizará la procuración y la implantación de órganos, acerca del propósito y la legitimidad de la cirugía, así como del resultado esperado. ⁽⁹⁾
- c) Si existen contraindicaciones o la salud del donante puede verse comprometida por la donación, entonces debe abandonarse la donación de órganos, independientemente de si el potencial donante estaría de acuerdo o no.
- d) En el caso del trasplante planificado a partir de un donante vivo, el proceso de asignación solo ocurre en el caso de una donación en vida, altruista. No obstante, cualquier potencial receptor de órgano debe permanecer en la lista de espera hasta la fecha del trasplante; hasta ese momento, el receptor debería poder recibir un órgano de un donante cadavérico. Este aspecto es importante para mantener la transparencia y la unidad del sistema y para proporcionar una alternativa, en caso de retiro inesperado del consentimiento o descalificación médica del donante vivo.
- e) Cada donante vivo debe recibir atención a largo plazo permanente para supervisar su salud, incluida la opción de intervención en caso de complicaciones esperadas o inesperadas. La información sobre el estado de salud en el momento de la donación y en el largo plazo después de la procuración debe documentarse en un registro especializado de donante vivo.
- f) El donante vivo no debe exigir ni recibir ningún beneficio material por parte del receptor del órgano o de un tercero; sin embargo, la donación en vida no debe representar ningún costo para el donante, que debe recibir el reembolso de todos los gastos relacionados con la donación. El donante vivo no debe estar sujeto a ningún perjuicio en el empleo, la cobertura de seguro o la obtención de créditos, préstamos o hipotecas.
- g) La procuración de órganos a partir del donante vivo solo debe realizarse en centros específicamente autorizados y por personal médico que tenga permiso formal y calificaciones adecuadas. ^(9,16)
- h) En caso de un donante vivo no relacionado, este luego de establecer que clínicamente no presenta contraindicación clínica para la donación y tener una prueba cruzada negativa

(cross-match negativo) con el receptor, debe de ser evaluado por el Consejo Nacional de Trasplante, el cual deberá dar pertinencia o no desde el punto de vista jurídico. ⁽¹⁵⁾

10. RIESGOS PARA EL DONANTE VIVO

Los riesgos de la nefrectomía del donante vivo pueden relacionarse directamente con la nefrectomía en sí o pueden surgir a mediano o largo plazo. Las cifras de mortalidad perioperatoria, basadas en grandes series compiladas de nefrectomías de donante vivo convencionales, en su mayoría realizadas a cielo abierto, se notificaron típicamente en valores de 0,03-0,05%. ⁽⁹⁾

Los riesgos perioperatorios inmediatos son: hemorragia, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, complicaciones de la herida, infección urinaria, atelectasia y neumotórax. ⁽⁶⁾

Las nefrectomías de donante vivo mínimamente invasivas, ya sean laparoscópicas o retroperitoneoscópicas, han demostrado ser superiores al procedimiento a cielo abierto en cuanto al dolor post operatorio, la estadía hospitalaria, la licencia por enfermedad y el aspecto estético. También se han sugerido beneficios a largo plazo en la calidad de vida y la molestia de la herida. ⁹

A largo plazo, los resultados del receptor y del donante suelen ser excelentes. La donación de riñón se considera un procedimiento seguro respaldado por más de seis décadas de experiencia; sin embargo, no puede descartarse por completo un aumento en la presión arterial y proteinuria. Por otro lado, aunque en menor grado, se ha observado un pequeño incremento en el riesgo de desarrollar enfermedad renal avanzada; a pesar de esto, la incidencia es aún menor que en la población general. Los potenciales donantes de ascendencia hispana y los estadounidenses de raza negra tienen un riesgo mayor, y en estos grupos se debe prestar atención estricta a la evaluación de la tasa de filtración glomerular (TFG), la presión arterial y las pruebas de tolerancia a la glucosa. ⁽⁶⁾

Las donantes mujeres con potencial de maternidad deben ser conscientes de que existe un riesgo ligeramente mayor de preeclampsia después de la nefrectomía, por lo tanto, parece aconsejable haber completado una familia planificada antes de la donación. ⁽⁹⁾

11. ESTUDIO DEL POSIBLE DONANTE

Todos los potenciales donantes renales vivos deben tener una evaluación completa, clínica y psicosocial. El objetivo de la evaluación es garantizar que el potencial donante esté en buen estado de salud y que los riesgos para el donante a corto, medio y largo plazo sean muy bajos y que las posibilidades de éxito en el receptor sean altas. También debe evitarse la transmisión de enfermedades de donante a receptor, especialmente las de tipo infeccioso y/o

neoplásico (teniendo en cuenta el riesgo estándar y aceptado después de la donación), que no esté bajo coacción, tomando una decisión libre e informada. Asimismo, debe asegurarse buena compatibilidad inmunológica entre donante y receptor. ⁽⁶⁾

a) Historia Clínica

La evaluación médica debe ser realizada por un médico nefrólogo, cirujano de trasplante o urólogo con experiencia en la donación en vida. Se debe realizar un examen físico completo, pruebas de laboratorio y estudios por imágenes, de acuerdo con los protocolos nacionales. Dentro de los datos generales se debe recabar la siguiente información:

- Nombre(s) y apellido(s)
- Cédula de identidad y electoral o equivalente
- Fecha de nacimiento y edad
- Estado civil
- Sexo
- Peso
- Talla
- Antecedentes personales y heredofamiliares
- Parentesco con el receptor
- Grupo de sangre ABO y RH
- Histocompatibilidad (HLA A, B, DR)
- Prueba cruzada o cross-match con el receptor
- Entrevista

Lo primero que se estipula es evaluación que implique tanto al nefrólogo como al equipo multidisciplinario de trasplante, que garanticen la integridad de la funcionalidad de los riñones y no presente una contraindicación absoluta. Luego la valoración inmunológica (tipificación ABO, compatibilidad HLA y cross-match). ⁽³⁾

b) Estudios de laboratorio

- Hemograma
- Coagulación (TP, INR y TPT)
- Glucemia
- HbA1c
- Test de intolerancia a la glucosa (casos especiales)
- Test de embarazo (si es femenino)
- Creatinina en dos ocasiones
- Sodio
- Potasio
- Urea

- GOT, GPT, GGT, Fosfatasa alcalina y Bilirrubina total.
- Proteínas totales
- Albumina
- Ácido Úrico
- LDH
- Calcio
- Fosforo
- Colesterol total, HDL y LDL
- Triglicéridos
- Examen de orina simple
- Orina 24 h, depuración de creatinina, proteinuria. En dos ocasiones
- PSA total y libre (si es masculino)
- T3, T4 y TSH (casos especiales)
- C3 (casos especiales)
- C4 (casos especiales)
- ANA (casos especiales)
- Anti DNA (casos especiales)
- PCR (casos especiales)
- Perfil de autoinmunidad (casos especiales)

c) Microbiología

- Hemocultivo
- Urocultivo
- Coprocultivo
- Coprológico
- Serología: HBsAg, VHC, VIH, CMV, VEB, HSV tipo 1 y tipo2, VZH, VDRL, FTA-Abs, Toxoplasmosis, HTLV1 y 2
- PCR SARS-CoV-2

d) Pruebas de imágenes o complementarias (obligatorias)

- Electrocardiograma
- Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial (MAPA) de 24 horas
- Radiografía de tórax y abdomen simple
- Sonografía abdomino-pélvica
- Urografía excretora
- URO-TAC
- Ecocardiografía
- Angio TAC (eje aorto-iliaco)
- Mamografía (si es femenina)
- Sonomamografía (si es femenina)

- Citología vaginal (si es femenina)

e) Consulta por Especialidades

- Consulta por Nefrología
- Consulta por Urología
- Consulta por Cardiología
- Consulta por Anestesiología
- Consulta por Psicología
- Consulta por Ginecología (si es femenina)
- Consulta por Neumología
- Evaluación de cualquier especialista si precisa (Psiquiatría, Hematología, ORL, Odontología etc.)

12. CONTRAINDICACIONES DEL DONANTE VIVO

Absolutas

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Proteinuria (>300 mg/24 horas)
- Tasa de filtración glomerular anormal para la edad (TFG < 60mL/min/1.73m²)
- Hematuria
- Obesidad (IMC ≥30)
- Infección crónica activa (tuberculosis, hepatitis B, parasitosis)
- Riesgo alto de tromboembolismo
- Enfermedad crónica significativa (cardíaca, pulmonar, hepática, neurológica o autoinmunitaria)
- Neoplasias con propensión a recidiva tardía (mama, melanoma, sarcomas)
- Antecedente de urolitiasis bilateral o de repetición (nefrocalcinosis)
- VIH positivo
- Embarazo

Relativas

- Edad menor de 18 años o mayor de 70 años
- Sobrepeso (IMC >27)
- Historia de tuberculosis
- Enfermedad psiquiátrica
- Neoplasias que no hayan cumplido el tiempo de riesgo de recurrencia
- Malformaciones renales complejas

- Hematuria: los potenciales donantes con hematuria pueden ser aceptados en ausencia de enfermedad urológica o renal relevante
- TFG entre 60-90mL/min/1.73 m²: se debe evaluar individualmente

13. SEGUIMIENTO

Es aconsejable hacer un seguimiento clínico periódico de los donantes para prevenir o tratar los factores de riesgo y/o de complicaciones clínicas intercurrentes, que pudieran comprometer su salud en general y en especial la función renal: hipertensión arterial, diabetes, proteinuria y obesidad. ⁽⁶⁾ El seguimiento es efectuado en la Consulta de Nefrología de Trasplante Renal de forma periódica.

Debe tomarse en cuenta que el dolor en la herida quirúrgica puede mantenerse hasta por 3 meses y que no debe realizarse ningún tipo de trabajo pesado en las primeras 6 semanas posteriores a la cirugía a cielo abierto, pudiendo regresar a labores a partir de las 4 semanas de postoperatorio. ⁽¹⁹⁾

La valoración por salud mental se debe realizar al mes del procedimiento de acuerdo con criterio médico y la valoración por nutrición al mes del procedimiento, con educación acerca de hábitos alimenticios saludables, ejercicio regular y control del peso.

Todos los pacientes deben iniciar su seguimiento a la semana del alta hospitalaria, seguido de otros controles a los 3 y 6 meses, y luego anualmente. ⁽³⁾

En cada visita deberá solicitarse: química sanguínea, perfil de lípidos, electrolitos séricos, examen general de orina y cuantificación de proteínas y albúmina en orina de 24 horas.

Además, en cada visita de seguimiento se le notificará de los hallazgos clínicos encontrados, su condición médica y la importancia de continuar asistiendo a sus controles. ⁽²⁰⁾

14. RECOMENDACIONES AL DONANTE

Es aconsejable hacer un seguimiento clínico periódico, para prevenir o tratar los factores de riesgo y/o complicaciones clínicas intercurrentes que pudieran comprometer la salud del donante o la función renal.

Deberán mantener un estilo de vida saludable, incentivando al ejercicio regular, llevar una dieta baja en sodio y proteínas, evitar el sobrepeso, el consumo de alcohol excesivo, el tabaquismo y el uso de drogas.

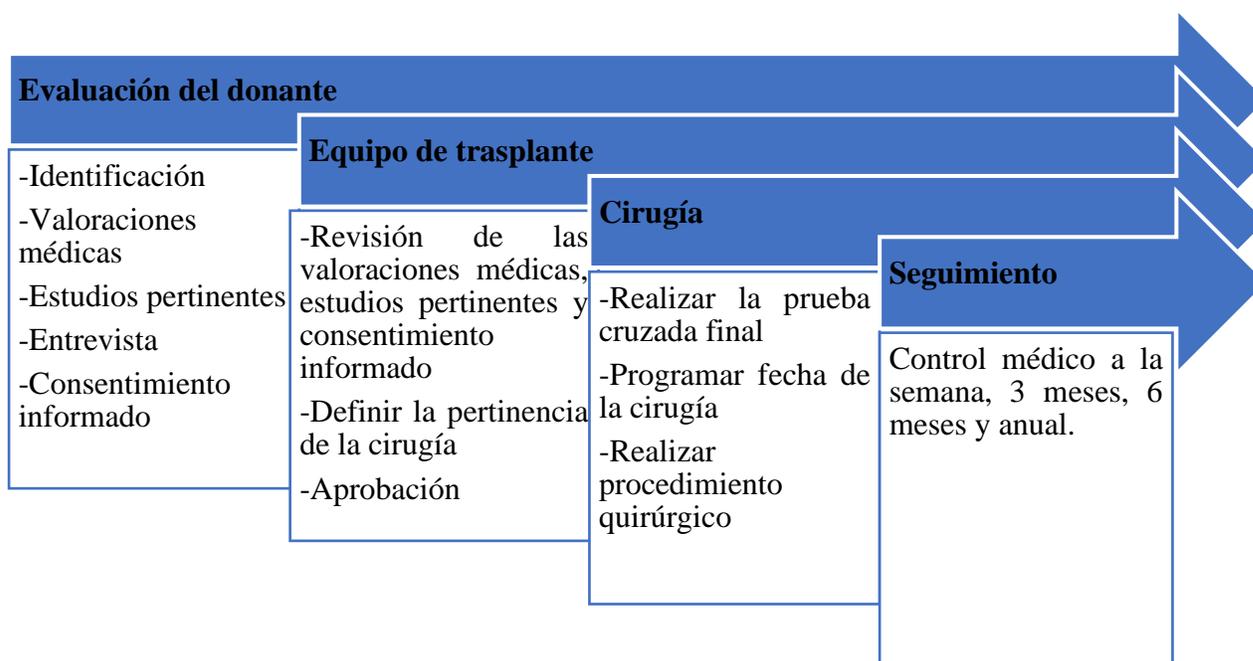
Realizar controles periódicos de tensión arterial, pues la detección precoz de la misma permite un tratamiento adecuado y previene el desarrollo de complicaciones más graves. ⁽⁶⁾

15. INDICADORES

Para medir el cumplimiento de la implementación del Protocolo de Estudio y Seguimiento del Donante Vivo se debe recolectar información para dar respuesta al siguiente indicador:

Proceso de atención	Indicador
Seguimiento	Porcentaje de donantes vivos con al menos 3 seguimientos en el primer año de la donación.

16. ALGORITMO



Fuente: Adaptado de Colombiana de Trasplante. Guía de práctica clínica (GPC) para la evaluación y seguimiento del donante vivo de riñón.

17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García-Martínez M, Calderari Fernández E, Sánchez Bercedo S, Martínez Alpuente I, Valentín Muñoz MO. El trasplante renal de donante vivo: una opción terapéutica en Enfermedad Renal Crónica Avanzada. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019 [citado 03 Mar 2022]; 22(2): 2254-2884. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000200003>
2. Camargo Rubio RD. Orientación de las unidades de cuidado intensivo hacia la autosuficiencia en la donación de órganos para trasplante. *Acta Colomb. de Cuid. Intensivo* [Internet]. 2022 [citado 28 Feb 2022]; 22(3): 191-199. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acci.2021.03.004>
3. Guirado Perich L, Oppenheimer Salinas F. Trasplante renal de donante vivo. *Nefrología al día* [Internet]. 2022 [citado 02 abr 2022]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-trasplante-renal-donante-vivo-235>
4. INCORT. Informe de gestión 2019 [Internet]. Santo Domingo: Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante; 2019 [citado 02 Mar 2022]. 47p. Disponible en: <https://incortrd.com/wp-content/uploads/2021/01/INFORME-DE-GESTION-2019.pdf>
5. Gil Barrera I, Velázquez Fernández A, Romero López R, Caro Torrejón M, Torres Arauz C, Moreno Rodríguez A. Trasplante renal donante cadáver versus donante vivo 2005-2014. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2015 [citado 01Mar 2022]; 18(S1): 78-79. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000500061
6. Frutos MÁ, Crespo M, Valentín MO, Alonso-Melgar Á, Alonso J, Fernández C, et al. Recomendaciones para el trasplante renal de donante vivo. *Nefrología* [Internet]. 2022 [citado 02 Abr 2022]; 42(S2): 1-128. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.10.002>
7. Nemati E, Einollahi B, Lesan Pezeshki M, Porfarziani V, Fattahi MR. Does kidney transplantation with deceased or living donor affect graft survival? *Nephro-Urol Mon* [Internet]. 2014;6(4): e12182. Disponible en: <https://doi.org/10.5812/numonthly.12182>
8. Nashan B, Abbud-Filho M, Citterio F. Prediction, prevention, and management of delayed graft function: where are we now? *Clin Transplant* [Internet]. 2016;30(10): 1198-1208. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ctr.12832>

9. Valentín MO, Fernández Fresnedo G, Cruzado JM, Pascual Santos J. Recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.) y de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) sobre trasplante renal de donante vivo. Guías SEN y de la ONT sobre trasplante renal de donante vivo. *Nefrología* [Internet]. 2010 [citado 10 mar 2019]; 30(S2):1-105. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/Guias%20SEN.pdf>
10. World Health Organization. WHO Guiding Principles on human cell, tissue and organ transplantation [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [citado 28 Feb 2022]. 9p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341814>
11. Council of Europe. Convention against Trafficking in Human Organs [Internet]. Santiago de Compostela: Council of Europe; 2015 [citado 28 Feb 2022]. 13p. Disponible en: <https://rm.coe.int/16806dca3a>
12. Council of Europe. Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin [Internet]. Strasbourg: Council of Europe; 2002 [citado 28 Feb 2022]. Disponible en: <https://rm.coe.int/1680081562>
13. Frutos MÁ, Crespo M, Valentín MO, Hernández D, de Sequera P, Domínguez-Gil B, et al. Trasplante renal de donante vivo: Guía con evidencias actualizadas. *Nefrología* [Internet]. 2022; 42(S2):129-132. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2022.01.007>
14. Cantú-Quintanilla G, Medeiros-Domingo M, Gracida-Juárez C, Reyes-Acevedo R, Alberú-Gómez J, Barragán-Sánchez A. Trasplantes en América Latina y el Caribe: Difusión del documento de Aguascalientes. *Pers Bioét* [Internet]. 2014 [citado 2022 Mar 01]; 18(2): 226-237. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/PEBI.2014.18.2.11>
15. Ley 329-98 que regula la donación y el legado, extracción, conservación e intercambio para trasplante de órganos y tejido humano [Internet]. Gaceta Oficial Núm. 9993. 2018. Disponible en: <http://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/763>
16. Decreto 436-14 que establece el reglamento de donantes vivos relacionados y de cadáveres, para trasplantes de órganos y tejidos humanos [Internet]. Gaceta Oficial Núm. 10783. 2014. Disponible en: <http://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/841>
17. Gentil Govantes MÁ, Pereira Palomo P. Estudio y selección del donante vivo de riñón. *Nefrología* [Internet]. 2010;30(S2):47-59. Disponible en:

<https://www.revistanefrologia.com/es-estudio-seleccion-del-donante-vivo-articulo-X0211699510051388>

18. Abramowicz D, Cochat P, Claas FH, Heemann U, Pascual J, Dudley C, et al. European Renal Best Practice Guideline on kidney donor and recipient evaluation and perioperative care. *Nephrol Dial Transplant* [Internet]. 2015;30(11):1790-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfu216>
19. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Protocolo de Trasplante renal [Internet]. Ciudad de México: INCMNSZ; 2015. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/imagenes/ProtocoloTR.pdf>
20. Báez Y, Girón F. Guía de práctica clínica (GPC) para evaluación y seguimiento del donante vivo de riñón [Internet]. Bogotá: Colombiana de Trasplantes; 2017 [citado 28 Feb 2022]. 24p. Disponible en: <https://colombianadetrasplantes.com/archivos/GPC-para-la-evaluacion-y-seguimiento-del-donante-vivo-de-rinon836.pdf>
21. Fernández Rivera C, Calvo Rodríguez M, Ferreiro Hermida T, Astudillo Jarrín D, Rodríguez Magariños C, et al. Trasplante renal con antígenos leucocitarios humanos (HLA) incompatibles. Revisión. *NefroPlus* [Internet]. 2021;13(1):10-29. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/en-pdf-X1888970021009730>

18. ANEXOS

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DONANTE VIVO DE RIÑÓN

Descripción del procedimiento

El procedimiento al que me someteré se llama **Nefrectomía del Donante Vivo**, el cual es un procedimiento quirúrgico que consiste en remover uno de mis riñones para fines de donación de órganos. La remoción se realiza por medio de un procedimiento mínimamente invasivo, vía laparoscópica o retroperitoneoscópica.

El médico me ha explicado que antes del procedimiento se me realizará una evaluación completa, clínica y psicosocial, con el objetivo de garantizar que me encuentre en buen estado de salud y que los riesgos para mi persona como donante a corto, medio y largo plazo sean muy bajos y que las posibilidades de éxito en el receptor sean altas. Me indica que el procedimiento requerirá la administración de anestesia general.

Además, me hace saber que existe otra alternativa para el receptor, el cual puede ser incluido en la lista de espera para trasplante renal de donante cadavérico, con lo que se puede evitar la necesidad de mi donación.

Posibles riesgos

Los riesgos de la nefrectomía del donante vivo pueden relacionarse directamente con el procedimiento o pueden surgir a mediano o largo plazo. Las cifras de mortalidad rondan el 0.03% al 0.05% de los casos, basado en grandes series compiladas de nefrectomías de donante vivo convencionales, en su mayoría realizadas a cielo abierto.

Los riesgos perioperatorios de la nefrectomía del donante vivo son: hemorragia, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, complicaciones de la herida, infección urinaria, atelectasia y neumotórax; además de sepsis, hemorragias digestivas, ansiedad, depresión y/o apertura de los puntos de sutura.

Si durante la cirugía ocurriera alguna complicación, los médicos deberán realizar los procedimientos medicamente necesarios para asegurar mi bienestar y, por lo tanto, autorizo dichas acciones. Se me ha explicado todos los riesgos inherentes al procedimiento, así como lo relacionado a mi tratamiento previo, durante y posterior al mismo.

Seguimiento

Están indicados los controles médicos y de laboratorio que evalúen la función renal, así como la identificación de factores de riesgo cardiovascular, obesidad, diabetes que afecten la esperanza y

calidad de vida del donante. El seguimiento es efectuado en la Consulta de Nefrología de Trasplante Renal de forma periódica.

En el postoperatorio mediato, los donadores tendrán restricción para realizar trabajo pesado por 6 semanas y podrán volver a trabajar a las 4 semanas de la cirugía; las restricciones serán menores en caso de nefrectomía laparoscópica. La recuperación completa se obtiene en aproximadamente 6 a 8 semanas. Puede presentarse dolor en la herida quirúrgica durante 2 a 3 meses.

La valoración por salud mental se debe realizar al mes del procedimiento de acuerdo con criterio médico y la valoración por nutrición al mes del procedimiento, con educación acerca de hábitos alimenticios saludables, ejercicio regular y control del peso.

Para todos los pacientes que hayan sido donadores renales, se recomienda iniciar su seguimiento a la semana del alta hospitalaria, seguido de otros controles a los 3 y 6 meses, y luego anualmente. En cada visita deberá solicitarse: química sanguínea, perfil de lípidos, electrolitos séricos, examen general de orina y cuantificación de proteínas y albúmina en orina de 24 horas. 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.

Declaración del donante

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento por parte del médico (a) _____, quien lo realizará, y me ha explicado el proceso en forma integral. Este me ha informado de los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación con mis circunstancias personales y de otras alternativas posibles, así como de los posibles riesgos de su no realización.

He recibido respuesta a todas mis preguntas, he comprendido y he sido instruido, sobre todo lo anteriormente expuesto y declaro que la decisión que tomo es libre y voluntaria, así como que puedo retirar el consentimiento cuando lo desee.

Por tanto, yo _____, OTORGO libre y voluntariamente MI CONSENTIMIENTO a la práctica del procedimiento que se me propone, hoy día _____ (__) del mes de _____ del año _____.

Firma o huellas del donante informado

No. Cédula de identidad y electoral o equivalente

Firma o huella del testigo

No. Cédula de identidad y electoral o equivalente

Firma del médico tratante e informante

No. Exequátur



Av. Héctor Homero Hernández V., Esq. Av. Tiradentes,
Ensanche La Fe, Santo Domingo, D.N. C.P.10514
Teléfono: (809) 541-3121
www.msp.gob.do
RNC. 401-00739-8

SANTO DOMINGO REPÚBLICA DOMINICANA