

RESULTADOS CONSENSO CRITERIOS DE ASIGNACIÓN PARA TRASPLANTE RENAL EN COLOMBIA

Fecha de reunión de cierre de consenso: 13 de septiembre de 2017

Una vez presentadas las recomendaciones (criterios de asignación) producto de la revisión de evidencias, las mismas se sometieron a votación del consenso. La votación de las recomendaciones fue realizada por las IPS con servicio de trasplante renal habilitadas e inscritas en la Red al momento de la reunión de cierre. La votación de cada entidad debe considerar la posición institucional frente a cada recomendación y la evidencia presentada por lo que debía tener en cuenta la participación de un especialista clínico, un especialista quirúrgico y un especialista de laboratorio de inmunología.

Para tal fin el comité organizador diseñó un formato el cual contenía la recomendación con el grado de la calidad de la evidencia, la fuerza de la recomendación y la votación en una escala de 1 a 5 para cada una:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Los resultados de la votación de cada entidad fue consolidada de forma anonimizada. El porcentaje consolidado de la votación de cada recomendación corresponde a la suma de los votos sobre la puntuación máxima, y reflejará el peso de cada criterio para asignación renal definido por el consenso. El peso porcentual de cada criterio estará compuesto en 50% por la revisión del nivel de evidencia y el 50% la votación del consenso.

Las recomendaciones que superaron el 20% de la votación fueron acogidas por el consenso para asignación de riñón para trasplante. Aquellas que no superaron este porcentaje no fueron incluidas por el consenso. En el consenso participaron un total de 18 IPS de 21 entidades inscritas en la Red con servicio de trasplante renal.

Del total de recomendaciones de criterios de asignación votadas (23), fueron acogidas por el consenso 21. A continuación se detalla el resultado de la votación obtenida para cada criterio de asignación acogido por la CC según el peso porcentual obtenido por cada uno (Tabla 1).

Tabla No. 1. Criterios de asignación para trasplante renal acogidos por la Conferencia de Consenso

No.	CRITERIO	PORCENTAJE OBTENIDO
1	El tiempo de isquemia fría debe ser tan corto como sea posible.	100%
2	El tiempo de isquemia fría en pacientes sensibilizados debe ser tan corto como sea posible.	97%
3	En caso de tiempos de isquemia fría superiores a 30 horas, la decisión de utilización de estos riñones se tomará según el análisis del caso en particular por el equipo médico.	96%
4	Considerar dos niveles de prioridad en asignación, así: Prioridad 1: Receptores con isogrupo al del donante. Prioridad 2: Receptores con incompatibilidades aceptables, grupo sanguíneo compatible.	93%
5	Para receptores con mismatch 0 en HLA ABDR la asignación responderá a compatibilidad de grupo sanguíneo.	92%
6	El tiempo de isquemia fría debe ser inferior a 20 horas en los casos en los que los riñones sean de donantes fallecidos.	91%
7	La asignación de riñón para trasplante tendrá como preferencia la menor incompatibilidad donante-receptor (0 mismatch) en los locus A, B, DR. Aplica para receptores adultos y pediátricos.	88%
8	Conceder más importancia a la menor incompatibilidad en el locus HLA-DR, por encima de los locus A, B, DQ. Aplica para receptores adultos y pediátricos.	87%
9	Establecer un esquema de estudio pre trasplante que permita evaluar a los pacientes de forma oportuna y adecuada, realizando P.R.A cualitativo o P.R.A cuantitativo, single antigen y determinación de incompatibilidades aceptables.	86%
10	Realizar asignación para trasplante renal teniendo en cuenta la compatibilidad de grupo sanguíneo en pacientes pediátricos.	85%
11	La tipificación de HLA debe ser realizada como mínimo con técnicas de mediana resolución. Aplica para receptores adultos y pediátricos.	85%
12	Para la asignación de riñón se evaluará la incompatibilidad donante – receptor como mínimo en los locus HLA, A, B, DR y DQ. Aplica para receptores adultos y pediátricos.	83%
13	Realizar asignación de riñones de donante cadavérico para trasplante de acuerdo con isogrupo sanguíneo en receptor adulto de acuerdo a las frecuencias en la población.	83%

14	Establecer algoritmos para seleccionar al donante contra el que el receptor altamente sensibilizado no produzca anticuerpos (análisis de incompatibilidades aceptables e inaceptables).	83%
15	Utilización de órganos de donantes con edad mayor o igual a 65 años para receptores mayores de acuerdo con las características sociodemográficas de la lista de espera.	80%
16	Realizar seguimiento del riesgo inmunológico mientras los receptores estén activos en lista de espera, así: Pacientes altamente sensibilizados: P.R.A cuantitativo o P.R.A virtual o P.R.A calculado y antígeno aislado Paciente sensibilizado: P.R.A cuantitativo o P.R.A virtual o P.R.A calculado y antígeno aislado Paciente no sensibilizado: P.R.A cualitativo	73%
17	Realizar seguimiento inmunológico al receptor enlistado al menos una vez al año durante el tiempo en lista de espera y ante eventos sensibilizantes.	73%
18	Priorizar los receptores que entraron a lista de espera con una edad menor a 18 años.	68%
19	Realizar la categorización del riesgo inmunológico de los receptores en lista de espera de acuerdo al porcentaje de positividad en el P.R.A cuantitativo o P.R.A virtual o P.R.A calculado, junto con el análisis de los resultados de single antigen de la siguiente forma: Pacientes altamente sensibilizados: receptores con P.R.A \geq 85% Paciente sensibilizado: Receptores con P.R.A entre 6% – 84% Paciente no sensibilizado: Receptores con P.R.A $<$ 6	66%
20	Otorgar más importancia a la compatibilidad HLA en pacientes jóvenes con el fin de evitar la formación de anticuerpos donante específicos (DSA) que puedan afectar la viabilidad de trasplantes futuros.	64%
21	Categorizar un estado compasivo para aquellos pacientes con riesgo inminente de pérdida de acceso vascular para la hemodiálisis sin posibilidad de realizar diálisis peritoneal. Aplica para receptores adultos y pediátricos. Dicho estado debe ser certificado por el especialista clínico - nefrólogo de la unidad renal.	59%
22	De acuerdo a la reglamentación vigente, Ley 1805 de 2016, considerar dos niveles de asignación, así: Prioridad 1: Receptor que previo a su ingreso a lista de espera fue donante vivo. Prioridad 2: Receptor que previo a su ingreso a lista de	56%

	espera manifestó su voluntad positiva en el registro nacional de donantes del INS (www.ins.gov.co).	
23	La asignación de riñón para trasplante dará una puntuación al receptor por cada año en lista de espera después del 1 año enlistado. Aplica para receptores adultos y pediátricos	55%