

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE IMPLANTE DE INJERTO RENAL EN RECEPTOR PEDIATRICO

(DS. N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N°26842. RD N°..../2020/INSNSB)

### Unidad de Donación y Trasplante.

**1. Nombre del Procedimiento (Marcar una sola opción).**

Alotransplante renal, implantación de injerto; sin incluir nefrectomía en receptor CPMS 50360 –  
Injerto renal derecho ( ) izquierdo ( )  
Alotransplante renal, implantación de injerto incluyendo nefrectomía en receptor CPMS 50365 –  
Injerto renal derecho ( ) izquierdo ( )

**2. Diagnóstico definitivo:**

-Enfermedad renal crónica (ERC), estadio fase 5 (N18.5) ( )  
-ERC estadio 5 que requiera diálisis crónica (N18.6) ( )

La ERC se define como la presencia de una alteración estructural o funcional de los riñones que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> sin otros signos de enfermedad renal. La gravedad de la ERC se ha clasificado en 5 grados o estadios, siendo el estadio 5 el más severo con un FG menor de 15 ml/min en las que es necesario el inicio de diálisis.

**3. Descripción de Procedimiento:** El trasplante renal consiste en sustituir el riñón dañado de forma irreversible por un riñón sano de donante vivo o cadáver que le permita recuperar la función renal perdida. El riñón trasplantado puede proceder de cadáver o de donante vivo.

Es una cirugía mayor vascular y urológica. En esta cirugía se une la arteria y la vena del nuevo riñón a los vasos ilíacos del receptor y se conecta el uréter del nuevo riñón a la vejiga del receptor. Habitualmente no es necesaria la extirpación de los riñones propios.

El tiempo medio quirúrgico suele ser de 3-4 horas, aunque el tiempo total de la intervención, desde su entrada en quirófano hasta su ingreso a la Unidad de Trasplante Renal es de 5 a 6 horas. La media de estancia en el hospital después del trasplante es de 10-15 días. Más del 50% de los pacientes reingresan alguna vez tras el trasplante, casi siempre por sospecha de rechazo y/o de infección.

**4. Objetivo del Procedimiento:** Realizar el Implante de Injerto Renal a su menor hijo(a) con ERC estadio 5, con el fin de prolongar la vida del paciente y mejorar la calidad de vida.

**5. Beneficios esperados:** La calidad de vida tras el trasplante es mejor que en diálisis y se asemeja a la del niño normal. La supervivencia del riñón trasplantado es del 87% en el primer año y del 79% a los 5 años. Algunos de los niños trasplantados necesitarán uno o más trasplantes a lo largo de su vida.

**6. Riesgos y/o Complicaciones Frecuentes**

● **Complicaciones quirúrgicas**

- Hemorragia en los primeros días que puede requerir intervención quirúrgica (1-2%)
- Fugas de orina que requieran intervención (2%)
- Estenosis (estrechamiento) de la arteria renal, complicación tardía que causa hipertensión arterial y puede corregirse por técnicas radiológicas intervencionistas.

- Aparición de colecciones líquidas (linfocele) que no suelen necesitar cirugía y se resuelven solas.
- Reflujo o dilatación de la vía urinaria del injerto que en ocasiones puede requerir cirugía.

- **Complicaciones Médicas**

- Infección: es frecuente debido al tratamiento inmunosupresor que baja las defensas del organismo.
- Rechazo agudo: 30% de casos y de los cuales el 95% se ha recuperado tras tratamiento, pero su aparición es un factor de riesgo que puede dañar permanentemente el injerto.
- Alteraciones estéticas: Suele limitarse a los primeros 3-6 meses: obesidad, hirsutismo (aumento de vello), molestias en las encías, etc.
- Hipertensión: es frecuente en el postrasplante inmediato y requiere medicación para su control en el 50% de los pacientes después del año del trasplante, pero no suele ser un problema grave.
- Mayor predisposición a fracturas óseas.

## 7. Riesgos y/o Complicaciones poco Frecuentes

- **Complicaciones quirúrgicas**

- Trombosis de los vasos por los que llega sangre al riñón; es una complicación grave que supone la pérdida del injerto (1%).

- **Complicaciones Médicas**

- El rechazo hiperagudo es un tipo de rechazo inmunológico que se produce tras el trasplante de órganos sólidos. En la clasificación de los tipos de rechazo, este es el más rápido, porque sucede durante minutos u horas después de desclampar los vasos del órgano trasplantado. Se describió en los primeros años de los trasplantes.
- Tumores o enfermedad maligna: es una complicación grave que puede aparecer en el 1% de los casos.
- Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.
- Algunas enfermedades de los riñones propios pueden aparecer en el riñón trasplantado.

## 8. Consecuencias Previsibles de su NO Realización

La no realización del implante del injerto renal, limitará a su menor hijo a las diversas modalidades de diálisis, tanto diálisis peritoneal (DP) y hemodiálisis (HD), las cuales tendrán consecuencias en el organismo, tales como:

**Nutrición.** En la DP existen pérdidas peritoneales de proteínas y efectos de la solución de DP sobre la anorexia. En la HD, cada sesión constituye una agresión metabólica. Se recomienda suplementación dietética.

**Crecimiento.** Tanto en DP y HD existe algún grado de compromiso en el desarrollo y crecimiento del paciente pediátrico.

**Anemia.** Tanto en DP y HD existe algún grado de anemia crónica en el paciente pediátrico, el cual puede ser controlado con la optimización de hematínicos.

**Metabolismo mineral.** Tanto en DP y HD existe algún riesgo la calcificación vascular en los pacientes pediátricos, los cuales son manejados con variaciones en la concentración del calcio en el baño de HD y de soluciones de DP.

**Infecciosas.** Tanto el acceso peritoneal de DP como el acceso vascular de HD, en especial el catéter venoso central, tienen alto riesgo de infección. Este riesgo se puede mitigar con el empleo de protocolos de enfermería para el manejo de dichos accesos.

**10. Tratamiento Alternativo:** Diálisis peritoneal (DP) o hemodiálisis (HD).

**11. Riesgos Personalizados:** Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones: .....  
.....  
.....

**12. Pronóstico:**

Bueno ( )                      Malo ( )                      Reservado ( )

**13. Recomendaciones:**

Después del trasplante, el cuidado de su hijo/a será administrado por un equipo de profesionales de la salud de las siguientes especialidades: Nefrología pediátrica, urología o cirugía de trasplante, enfermería, nutrición, servicio social y psicología.

Las citas del paciente serán menos frecuentes después de los primeros meses y especialmente después del primer año. Eventualmente, las citas se acomodarán más fácilmente en un horario familiar normal. En estas citas se realizará la evaluación del paciente, se solicitará las pruebas de ayuda al diagnóstico y las recetas correspondientes.

La clave para mantener un trasplante de riñón exitoso en el paciente es que se tome los medicamentos indicados de forma constante por el resto de su vida. Al principio se pueden sentir abrumados por los nuevos medicamentos y la información sobre ellos. Es necesario entender completamente los siguientes puntos:

- Nombre de cada medicina y por qué la necesita su hijo/a
- Cuando debe tomar cada medicina
- Cómo debe tomar cada medicina
- Cuánto tiempo estará su hijo/a con cada medicamento
- Posibles efectos secundarios de cada medicamento
- Qué hacer si se le olvida una dosis del medicamento accidentalmente
- Cómo y cuándo pedir los medicamentos para asegurarse de no perder ninguna dosis.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional  
de Salud del Niño  
San Borja

### **DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico: \_\_\_\_\_.

#### **Declaro:**

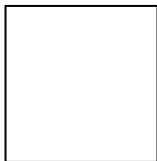
Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de:

- Alotransplante renal, implantación de injerto; sin incluir nefrectomía en receptor CPMS 50360 – Injerto renal derecho ( ) izquierdo ( ).
- Alotransplante renal, implantación de injerto incluyendo nefrectomía en receptor CPMS 50365 – Injerto renal derecho ( ) izquierdo ( ).

Sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para la realización del Procedimiento Quirúrgico: Implante de Injerto Renal derecho ( ) izquierdo ( ) :** (Alotransplante renal, implantación de injerto; sin incluir nefrectomía en receptor ( ) / Alotransplante renal, implantación de injerto incluyendo nefrectomía en receptor ( ) ), a favor de mi representado,



Huella Digital

San Borja, ..... de .....del 20.....

Hora: .... :..... horas

\_\_\_\_\_  
**Firma del Representante Legal**

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Médico Responsable**

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

### **REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **revocar el consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización de **Implante de Injerto Renal derecho ( ) izquierdo ( )**: (Alotransplante renal, implantación de injerto; sin incluir nefrectomía en receptor ( ) / Alotransplante renal, implantación de injerto incluyendo nefrectomía en receptor ( ) ) y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

San Borja, ..... de .....del 20.....

Hora: .... :..... horas

\_\_\_\_\_  
**Firma del Representante Legal**

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Médico Responsable**

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_