



Consentimiento Informado  
Trasplante Autólogo de Progenitores  
Hematopoyéticos (AUTOTPH)

## **Consentimiento Informado Trasplante Autólogo de Progenitores Hematopoyéticos (AUTOTPH)**



## Consentimiento Informado Trasplante Autólogo de Progenitores Hematopoyéticos (AUTOTPH)

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: ..... Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

**DECLARO:**

Que: El / La Dr (a) : .....

Se me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación con un:  
**TRANSPLANTE AUTOLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS (AUTOTPH)**

## INFORMACIÓN

Mi médico me ha informado que soy portador(a) de:

.....  
.....

Esta es una enfermedad neoplásica (cáncer) de carácter progresivo que de no mediar tratamiento es con alta probabilidad fatal. En mi actual condición clínica el AUTOTPH, también llamado trasplante de médula ósea autólogo, es una alternativa terapéutica con potencial curativo en ciertas condiciones.

### **El TPH consiste en un proceso con varias etapas:**

1. Recolección de células madres (stem cells) hematológicas. La forma más frecuente de recolección de células madres es con una máquina especial que centrifuga la sangre (máquina de aféresis) con posterioridad al uso de medicamentos que estimulan la salida de células madre desde la médula ósea hacia la sangre. En ciertas condiciones las células madre también pueden extraerse directamente de la médula ósea mediante un procedimiento quirúrgico o después de un ciclo de quimioterapia. Posterior a la recolección, las células madre se refrigerarán en espera del efecto del tratamiento de preparación para el trasplante (acondicionamiento). Las células pueden permanecer refrigeradas hasta por 6 días sin que existan problemas posteriores en el trasplante. Muy ocasionalmente esas células también pueden ser congeladas de manera indefinida (incluso muchos años), pero no será lo habitual.
2. Acondicionamiento. Consiste en la administración endovenosa de drogas capaces de destruir las células tumorales aún persistente de manera total o parcial. En ciertas enfermedades también puede incluir radioterapia corporal total. La duración del acondicionamiento varía entre 2 y 7 días dependiendo del esquema que se utilice.
3. Período de aplasia medular. donde no hay producción glóbulos blancos, glóbulos rojos ni plaquetas. Este período generalmente comprende entre 2-3 semanas después del trasplante. Este será el período de mayor riesgo de complicaciones. En caso necesario, recibiré transfusión de glóbulos rojos o plaquetas según mis requerimientos. Debido a la ausencia de defensas existe riesgo de adquirir infecciones que deberán ser tratadas con antibióticos. En ciertas circunstancias debido a la gravedad de las complicaciones será necesario el traslado a unidades de mayor complejidad (cuidados intermedios o intensivos).
4. Período de restablecimiento del sistema inmunológico. es el periodo donde se restablecen otras funciones defensivas del organismo y que puede demorar meses o años después del trasplante. Normalmente para el alta del trasplante no es necesario esperar la completa recuperación inmunológica sino solamente que los recuentos de glóbulos blancos se normalicen.
5. Período de hospitalización. El período total de hospitalización del trasplante es variable, pero habitualmente varía entre 4-6 semanas según la evolución.

## EFECTOS ADVERSOS

El AUTOTPH, suele estar asociado a múltiples efectos secundarios potenciales dependiendo de la fase del trasplante en que me encuentre siendo ellas relacionadas con:

1. **Acondicionamiento.** Las drogas y/o radioterapia corporal total que recibiré, producen toxicidad celular y daño en algunos tejidos, principalmente los de alto recambio, que necesitan estar constantemente regenerándose y se manifiesta como caída del cabello (transitoria), lesión en las mucosas (tejidos húmedos como los que recubren boca e intestino) produciendo úlceras o aftas orales, diarrea, náuseas, vómitos de diversa magnitud. También es posible que se vean afectados diversos órganos como el hígado, corazón, riñones, córneas, pulmones, sistema nervioso central (cerebro, cerebelo), que conducen a problemas de insuficiencia de cada uno de estos sistemas. Otro de los efectos secundarios que pueden manifestarse, es la infertilidad o incapacidad para tener hijos post trasplante y, la aparición de tumores secundarios con posterioridad a la quimioterapia/radioterapia.
2. **Infecciones.** Pueden ocurrir desde el período de acondicionamiento hasta varios años después del trasplante. Pueden ser de múltiples causas incluyendo virus, bacterias, hongos o parásitos. Se tomarán múltiples medidas preventivas incluyendo aislamiento en sala especial durante el trasplante para la prevención de infección por hongos ambientales, uso de antibióticos y otros medicamentos para prevenir o tratar infecciones de manera oportuna y a más largo plazo vacunación contra múltiples agentes virales y bacterianos. En casos de complicación grave infecciosa, deberé ser trasladado a una unidad de cuidados intensivos para continuar mi tratamiento.
3. **Requerimientos transfusionales.** Debido a la falta de producción de células en la médula ósea durante un período variable se puede producir una reducción importante de los niveles de plaquetas que aumenta el riesgo de sangrados y de glóbulos rojos que produce síntomas de anemia. En estas situaciones será necesario realizar transfusiones de glóbulos rojos y plaquetas, los que deberán ser aportados por familiares o amigos al Banco de Sangre. Estas transfusiones pueden estar asociadas a fiebre y cierto grado de compromiso del estado general, habitualmente leves.
4. **Requerimientos de accesos venosos.** Para fines de administrar medicamentos, drogas y transfusiones se requiere tener accesos venosos adecuados, estos consisten en vías venosas centrales con o sin reservorio subcutáneo. Estos accesos son susceptibles de infección, trombosis o en casos muy raros desprendimiento y embolia hacia la arteria pulmonar. Durante su instalación es posible que ocurra sangramiento y en casos raros lesión de la pleura, con la consiguiente entrada de aire pulmonar al espacio pleural, que en casos severos requiere de instalación de drenajes. Cada una de estas complicaciones requiere de un manejo preestablecido.
5. **Aspectos nutricionales.** Durante el período de trasplante se suele presentar disminución del apetito, náuseas y/o vómitos, lo cual afectará mi ingesta de alimentos. En toda ocasión estos deben ser adecuadamente cocinados, teniendo algunas restricciones con algunos productos. En caso de mucho compromiso mi médico suspenderá mi alimentación por vía oral y optará por tratamiento nutricional suplementario por vena.
6. **Efectos adversos tardíos del trasplante.** El AUTOTPH también puede ocasionar efectos en el largo plazo, disfunción neuroendocrina, problemas oculares, necrosis avascular de huesos, lesiones dentales, infertilidad, desarrollo en el largo plazo de otras enfermedades neoplásicas. Muchas de las complicaciones asociadas a trasplantes requieren tratamientos especiales.
7. **Riesgo de muerte.** El AUTOTPH se asocia a un riesgo inherente de muerte debido a lo complejo del procedimiento, de la evolución de éste y de factores como la edad, estado funcional previo al trasplante, enfermedades asociadas, entre otros. Se estima que, debido a los factores antes mencionados, el riesgo de mortalidad por complicaciones es de entre 0-5% de los pacientes, medido un año después del trasplante.

**AISLAMIENTO PROTECTOR.** Durante el período que dure la disminución de leucocitos, deberé estar en ambientes protegidos, para lo cual estaré hospitalizado en habitación individual y mis visitas estarán restringidas, siendo no recomendado visitas de niños menores de edad y/o personas con algún tipo de enfermedad transmisible por vía aérea o contacto directo.

**REQUERIMIENTO DE EXÁMENES.** Durante el período del trasplante y posterior será necesario realizar estudios para un seguimiento adecuado de prendimiento y eventual reaparición de la enfermedad.

En términos generales mi médico me ha explicado que un AUTOTPH es un procedimiento de riesgo moderado, donde muchas de las variables que conducen al resultado final no son medibles antes del procedimiento y los riesgos a que me someto son altos, incluyendo disfunción grave de algunos órganos que pueden conducir a la muerte (<5% de los casos).

Sin embargo, se me ha explicado que mi enfermedad es grave y de curso letal, y que el AUTOTPH es una alternativa que pudiera conducir a la curación de mi enfermedad o la estabilización prolongada de ésta, pero que los resultados finales no están garantizados. Además, a pesar de un trasplante exitoso es posible que la enfermedad recidive posteriormente.

He tenido la oportunidad de preguntar mis dudas las cuales han sido resueltas y he optado por voluntad propia a someterme al AUTOTPH.

Entiendo plenamente este consentimiento y me encuentro informado respecto a los riesgos y ventajas potenciales del procedimiento.

Por ello, manifiesto que entiendo la información recibida, comprendo los alcances del tratamiento Y en tales condiciones

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el:

**TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS (AUTOTPH)**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).