



Consentimiento Informado Trasplante
Autogénico De Progenitores
Hematopoyéticos (Auto TPH)

Consentimiento Informado Trasplante Autogénico De Progenitores Hematopoyéticos (Auto TPH)

Consentimiento Informado Trasplante Autogénico De Progenitores Hematopoyéticos (Auto TPH)

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) :

Me ha informado que soy portador(a) de un(a):

.....

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 **TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICO (TPH), TAMBIÉN LLAMADO TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA** es una alternativa terapéutica con potencial curativo.

INFORMACION

El TPH consiste en un proceso con varias etapas:

- Recolección de células madres (o stem cells) hematológicas. Se utiliza el aumento de progenitores hematopoyéticos (PH) que ocurre con posterioridad a la quimioterapia y la estimulación con factores de crecimiento de leucocitos llamado G-CSF.
- Los PH son recolectados de mi sangre mediante un equipo automatizado, cuya función es separar los leucocitos de los otros componentes de la sangre. Los PH así recolectados son congelados y guardados para su uso posterior. Estas células, cuando se reinfunden, son capaces de repoblar la médula ósea afectada por quimioterapia y/o radioterapia y establecer un sistema hematológico normal.
- Quimioterapia de acondicionamiento. Que consiste en la administración endovenosa de drogas con efecto citotóxico, capaces de eliminar total o parcialmente la enfermedad que me aqueja.
- Período de aplasia medular. Donde no hay producción de leucocitos, glóbulos rojos ni plaquetas y, estos deben ser aportados externamente según mis requerimientos. También se deben tratar las infecciones que ocurran durante esta fase.
- Período de restablecimiento del sistema inmunológico. Que es el período donde se restablecen otras funciones defensivas del organismo y que puede durar 6 meses o más.

El auto TPH, suele estar asociado a efectos secundarios indeseables y también a complicaciones de diversa magnitud, dependiendo de la fase del trasplante en que me encuentre, siendo ellas relacionadas con:

1. Tratamiento con drogas citotóxicas. Que como su nombre lo indica 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. Dentro de los efectos secundarios que pueden observarse es la infertilidad o incapacidad para tener hijos post trasplante y, la aparición de tumores secundarios con posterioridad a la quimioterapia.
2. Infecciones durante cualquier fase del período en que mis defensas se encuentren disminuidas, que pueden ser virales, bacterianas o micóticas (hongos). Durante este período se toman medidas especiales para evitar las infecciones, pero por lo general ocurren y su severidad puede ser muy alta. En casos de una complicación grave, el paciente deberá ser trasladado a una unidad de Cuidados Intensivos para seguir su tratamiento
3. Requerimientos transfusionales. Debido a la falta de producción de la médula ósea es 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. Debido a una disminución en el recuento de plaquetas y a posibles lesiones pequeñas no detectadas en los estudios habituales, es posible observar sangramiento a nivel de piel (manchas de color púrpura) u otros órganos o tejidos. De estas complicaciones una de las más graves

es una hemorragia a nivel del sistema nervioso central, pues es de muy difícil tratamiento. De progresar y, a pesar de las maniobras transfusionales, puede comprometer vitalmente al paciente.

4. Requerimientos de accesos venosos. Para fines de administrar medicamentos, drogas y transfusiones se requiere de 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 pre- establecido.
5. 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.
6. 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.
7. Requerimiento de exámenes. Durante el período del trasplante y posterior será necesario realizar estudios para un seguimiento adecuado de prendimiento y eventual recidiva de la enfermedad.
8. 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.
9. Muchas de las complicaciones asociadas a trasplantes requieren tratamientos especiales.

En términos generales mi médico me ha explicado que un autoTPH es un procedimiento de alto riesgo, 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.

He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, lo cual ha sido satisfecho, entiendo que el tratamiento no garantiza la curación de la enfermedad y que esta puede recidivar a pesar del trasplante.

He optado por voluntad propia someterme al autoTPH, entiendo plenamente este consentimiento y, que mi familia se encuentra informada respecto a los riesgos y potenciales ventajas del procedimiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.



También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice **TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICO (TPH), TAMBIÉN LLAMADO TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA**

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).