



Consentimiento Informado Para
Recolección De Células Progenitoras
Hematopoyéticas Periféricas

Consentimiento Informado Para Recolección De Células Progenitoras Hematopoyéticas Periféricas

Consentimiento Informado Para Recolección De Células Progenitoras Hematopoyéticas Periféricas

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 se me realice la:

RECOLECCIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS POR AFÉRESIS, PARA SER DONADAS

INFORMACIÓN

Los progenitores hematopoyéticos, o células madre sanguíneas, son los encargados de producir todas las células de la sangre. Una producción excesiva, o el mal funcionamiento de alguna de estas células da lugar a diversas enfermedades (leucemias, mielodisplasias, linfomas, mielomas, entre otras)¹. El trasplante de progenitores hematopoyéticos, también denominado trasplante de médula ósea, es un procedimiento que intenta curar estas enfermedades. El tipo de donante dependerá de si es un trasplante autólogo (el donante es el mismo paciente) o si es un trasplante alogénico (el donante es otra persona). La obtención de los progenitores hematopoyéticos puede ser directamente de la médula ósea (cosecha de médula ósea) o de progenitores circulantes en la sangre (cosecha de sangre periférica o aféresis).

Donación de progenitores de sangre periférica (aféresis)

En condiciones normales, las células madre se localizan en la médula ósea pero se pueden movilizar hacia la sangre circulante (periférica) mediante la administración de medicamentos que liberan las células madre desde la médula hacia la sangre. Para realizar este procedimiento, el donante (autólogo o alogénico) debe realizarse una serie de exámenes junto a una revisión médica del trasplantólogo para determinar la factibilidad del procedimiento.

Cinco días antes de la recolección de células madre, y de manera ambulatoria, se administra el medicamento por vía subcutánea (habitualmente en el abdomen) para estimular a la médula a liberar las células madre. El efecto secundario más frecuente de la administración de estos medicamentos (filgrastim o Pegfilgrastim), es el dolor de huesos y músculos (como en un proceso gripal) que mejora con analgésicos (paracetamol). Ocasionalmente, será necesario la utilización de un segundo medicamento subcutáneo llamado Plerixafor la noche previa a la recolección, lo cual será determinado por su médico con los exámenes del día previo a la recolección.

El día de la recolección, que pudiera hacerse ambulatorio u hospitalizado, se situará en un sillón confortable y le pincharán una vena de cada brazo. Por una vena se obtendrá sangre, la cual ingresará a una máquina separadora de sangre, o máquina de aféresis, la que separará las células mediante centrifugación, procedimiento que dura entre 4 a 7 horas. Durante ese tiempo la máquina separa las células madre del resto de los componentes sanguíneos, devolviendo a su cuerpo todo menos las células madre que se necesitan para el trasplante.

Al final de la recolección se determina mediante un nuevo examen, si la cantidad de células madre es suficiente para el trasplante, o es necesario un nuevo procedimiento el día siguiente que usualmente no se necesita.

En muy pocos casos si el donante no cuenta con venas de suficiente tamaño para poder realizar la recolección, se debe instalar un catéter venoso central y deberá permanecer hospitalizado para el procedimiento. Esta situación será prevista con antelación y le permitirá decidir si acepta la colocación de este catéter².

Los riesgos principales asociados a la instalación de un catéter venoso central son sangrado o hematoma en el sitio de punción, infección y entrada de aire al espacio que recubre al pulmón (neumotórax) con necesidad de instalación de tubo pleural.

Los posibles efectos secundarios de la obtención de progenitores de sangre periférica son:

- Hipocalcemia sintomática (20%): Calambres y hormigueos transitorios debidos al anticoagulante (citrato) empleado para que la sangre circule sin coagularse por el interior de los separadores celulares. Esta situación será atendida inmediatamente suministrando calcio por vía intravenosa.
- Trombocitopenia (4%): Una disminución de la cifra de plaquetas que no produce síntomas y que se recupera en 1 o 2 semanas.
- Otros riesgos poco frecuentes son: baja de presión arterial debido a la circulación de la sangre fuera del cuerpo, malestar general y desmayo.

No existen casos descritos de muerte asociado a este procedimiento.

Una vez leído el anterior documento y tras haber atendido las explicaciones que me ha ofrecido el médico responsable de mi proceso declaro:

Haber entregado al equipo de salud en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

He comprendido la información recibida

He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas. Me considero informado de las ventajas e inconvenientes del procedimiento arriba indicado y de las posibles alternativas al mismo.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

He recibido una copia del presente documento

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice la:

RECOLECCIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS POR AFÉRESIS, PARA SER DONADAS

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).