



1. Identificación y descripción del procedimiento

Consiste en administrar fármacos capaces de destruir las células causantes de la enfermedad. En ocasiones también se emplea radioterapia. A partir de su administración no es posible interrumpir el procedimiento.

Este tratamiento no distingue entre células enfermas y sanas y destruye algunas células imprescindibles para el organismo. Las más importantes son las de la sangre (glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas) y las células madre de la médula ósea.

Para evitar la muerte del paciente como consecuencia de la destrucción de estas células es necesario administrarle células madre del propio enfermo.

Las células madre se obtienen, semanas o meses antes del trasplante, a partir de la médula ósea de los huesos de la cadera, mediante punciones repetidas bajo anestesia general, o de la sangre mediante un procedimiento denominado aféresis que no requiere anestesia.

Tras el tratamiento, las células madre son retornadas al paciente a través de un catéter central (tubo de material plástico colocado en una vena).

A partir de este momento son necesarias entre dos y tres semanas para que las células madre aniden en la médula ósea y fabriquen suficientes células de la sangre para repoblar el organismo.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Eliminar la mayor cantidad posible de células causantes de la enfermedad, ofreciendo las máximas posibilidades de controlar la enfermedad y, en ocasiones, de alcanzar la curación.

El beneficio esperado es la curación de la enfermedad o prolongar la remisión durante más tiempo.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Abstención terapéutica, dejando la enfermedad a su evolución natural

Quimioterapia sin trasplante: administración de algunos ciclos más de quimioterapia para intentar alcanzar una máxima remisión de la enfermedad

Trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos, procedimiento indicado sólo en determinadas enfermedades y situaciones que requiere la existencia de un familiar o un donante no emparentado histocompatible.

4. Consecuencias previsibles de su realización

La curación de la enfermedad o prolongar la remisión durante más tiempo.

5. Consecuencias previsibles de la no realización

Una duración de la remisión o del período hasta la progresión más pequeño.

6. Riesgos frecuentes

Complicaciones hepáticas debidas a la infección por el virus de la hepatitis C que usted padece. Así, tiene un mayor riesgo de presentar una enfermedad veno-oclusiva hepática. Es posible que presente un brote (normalmente no grave) de hepatitis a los 2-4 meses del trasplante.

Infecciones y hemorragias por la falta de glóbulos blancos y de plaquetas durante las 2-3 semanas antes mencionadas. Los antibióticos y la posibilidad de transfundir plaquetas, de forma repetida, hacen que estas complicaciones suelen ser fácilmente controlables.

Toxicidad de la quimio-radioterapia. Este tratamiento origina la caída transitoria del cabello, náuseas, vómitos, diarrea y llagas en la boca de intensidad variable en todos los pacientes. Es excepcional que produzca una toxicidad grave que afecte a algún órgano vital (hígado, pulmón, corazón, etc.). A largo plazo pueden aparecer cataratas y alteraciones hormonales (especialmente en niños y adolescentes) que requerirán tratamiento. Otro de los efectos secundarios a tener en cuenta es la esterilidad, en ocasiones irreversible.

Recidiva de la enfermedad de base. Aunque el trasplante ofrece las máximas posibilidades de erradicar la enfermedad, es posible que ésta reaparezca al cabo de cierto tiempo.

7. Riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento por criterios científicos

Muerte del paciente por el procedimiento.

8. Riesgos y consecuencias en función de la situación clínica del paciente (A rellenar por el médico según las características de cada paciente y sus circunstancias personales o profesionales).

.....
.....
.....
.....

Declaración de consentimiento

Don/doña de años de edad, con domicilio en
DNI y nº de SIP

Don/doña de años de edad, con domicilio en
en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente)
con DNI

Declaro:

Que el Doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de
y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2.....

Fdo.: Don / doña DNI

Fdo.: Dr/a DNI

Colegiado nº:

Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2..... y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En a de de 2.....

Fdo. el médico Fdo. el/la paciente

Colegiado nº:

