



Consentimiento informado para Inmunoterapia subcutánea para aeroalergenos

La inmunoterapia o "vacuna de alergia", es un procedimiento médico que consiste en la administración repetitiva y gradual de una sustancia alérgica a un paciente sensibilizado a ella, en cantidades crecientes durante varios años, con la intención de lograr su tolerancia. Este proceso lleva a la reducción o eliminación de los síntomas que se presentan después de la exposición al alérgeno y la prevención de nuevas alergias. Es un tratamiento aprobado por la Organización Mundial de la Salud desde 1997- Las inyecciones de los extractos alérgicos se aplican en concentraciones variables. Habitualmente es una mezcla de los alérgenos más relevantes en la inducción de la reacción alérgica de esa persona. Se inicia con una cantidad pequeña del extracto, a la menor concentración posible, según el criterio del especialista Alergólogo. Dependiendo del tipo de diluyente y potencia, las vacunas se aplican una ó 2 veces a la semana inicialmente, aumentando paulatinamente la concentración y cantidad real de éstos alérgenos. El punto ó concentración final a alcanzar, y el tiempo que deberá tomar para ello, estará determinado por el grado de sensibilidad del paciente.

Generalmente, un paciente puede alcanzar la dosis máxima o de mantenimiento a los 4 a 8 meses del inicio de las inyecciones. La dosis de mantenimiento se aplica cada una o dos semanas inicialmente y después el intervalo puede ampliarse a cada tres a cuatro semanas según la evolución y el criterio del especialista en Alergias, en la mayoría de los pacientes. Es imprescindible que los esquemas de inmunoterapia, sean aplicados en forma regular para alcanzar el máximo de tolerancia posible. La duración total del tratamiento es de 3 a 5 años en la mayoría de los casos.

Efectos Secundarios Potenciales

El principal problema del tratamiento con inyecciones de alérgenos ó inmunoterapia es la posibilidad de reacciones. **La mayoría de los pacientes vacunados no presentan reacciones**, aquellos que si las presentan desarrollan hinchazón en el sitio de la inyección (roncha); sin embargo, ésta es habitualmente pequeña y se les llama "reacción local". Estas reacciones se controlan muy bien con antihistamínicos, y aplicación directa de hielo. Existe también la posibilidad de reacciones sistémicas serias, que incluso pueden poner en riesgo la vida del paciente si no se atienden adecuadamente.

Los síntomas de una reacción sistémica pueden incluir estornudos, descarga nasal acuosa, urticaria, hinchazón general, comezón en los ojos, hinchazón interna de la garganta con dificultad para tragar ó respirar, silbido en el pecho o una sensación de tórax cerrado, mareos o pérdida del estado de conciencia. Cuando las reacciones son más severas, incluyen además hipotensión y baja del oxígeno sanguíneo. Estos síntomas pueden aparecer en los primeros 30 minutos y requieren tratamiento médico inmediato. Por esto último las dosis en las cuales se aumentan los volúmenes o concentraciones y en los cambios de frasco de la concentración de mantenimiento deben ser aplicados en el hospital los días que atiende el especialista.

La inmunoterapia subcutánea es el método más efectivo en el tratamiento de las enfermedades alérgicas con síntomas respiratorios, existen tratamiento con vacunas sublinguales que en general son menos efectivas.

Yodejo expresa constancia que he sido informada/o de la afección y del método de tratamiento que se le realizará a mi hijo/a fin de tratar su enfermedad. Se me informa también los riesgos y beneficios de este tratamiento, así como también las complicaciones propias y más frecuentes.

Entiendo lo que significan los beneficios y riesgos de estos métodos. Asumo el riesgo en ejercicio de mi libre voluntad y doy mi consentimiento para que se realice el tratamiento.

También me ha sido informado que puedo no desear recibir esta información. (Si es el caso el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pié) Autorizo entonces al Dr/ Dra/ Enf.

..... a que me realice el test y o a realizar tratamiento y/o medidas a tomar a buen criterio del profesional interviniente para el alivio de mi afección.

Autorizo además a colocar el diagnóstico en mi historia clínica y a difundir mi diagnóstico al personal que corresponda con el fin de protegerme del padecimiento de una reacción alérgica

Se me informa igualmente que el procedimiento tiene para mi futuro más beneficios que riesgos.

Firma del Paciente: Firma del Testigo:

Aclaración:..... Aclaración:.....

DNI..... DNI.....

Domicilio:..... Domicilio:.....

Teléfono:..... Teléfono:.....

Fecha:..... Fecha:.....