

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

**1. ¿Qué es?** Es una modalidad de radioterapia en la que la fuente radioactiva está en el interior del órgano que contiene la lesión, en su caso la vagina y el útero. La finalidad de este tratamiento es la destrucción de las células tumorales y como consecuencia, una mayor probabilidad de supervivencia a largo plazo.

**2. ¿Cómo se realiza?** en quirófano mediante la colocación de dispositivos o aplicadores específicamente diseñados (sonda intrauterina, cilindros vaginales o colpostatos vaginales) para introducir las fuentes radiactivas en la vagina o la cavidad uterina. Las aplicaciones o tratamientos son temporales, es decir, las fuentes radiactivas se mantienen dentro de los aplicadores el tiempo necesario para dar la dosis indicada, retirándose después, por lo que, una vez que el/la paciente esté en su domicilio, no existe "riesgo de contaminación" para los familiares. El tratamiento completo se realiza, generalmente, en varias sesiones, habitualmente entre 2 y 4 con un ritmo de 1 a 2 implantes por semana. Al realizar el implante, es preciso realizar maniobras de manipulación del útero y de fijación de los aplicadores que son molestas, por lo que puede ser necesario realizar este procedimiento con alguna forma de anestesia (sedación, general o epidural). Una vez colocados los aplicadores, se le realizan diferentes estudios (RNM o TAC sin contraste) para calcular la dosis y el tiempo de duración del implante. La duración de cada tratamiento es corta (unos minutos) y durante el mismo usted no notará nada especial. Una vez finalizado el procedimiento, se retiran los aplicadores, siendo dada de alta tras un breve período de observación.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?:** la mayor parte de las veces la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables.

- **FRECUENTES (más del 10%):** suelen ser leves, como hemorragias o infecciones, y únicamente requieren observación y/o tratamiento médico.
  - Efectos agudos:
    - Intestinales: inflamación, dolor abdominal, diarrea.
    - Recto y ano: inflamación, dolor, espasmos, sangrado, necesidad de defecar frecuente y urgente.
    - Vejiga: inflamación, dolor, espasmos, sangrado, necesidad de orinar frecuente y urgente.
    - Genitales: Flujo vaginal, prurito, dolor, inflamación, sangrado.

Estas reacciones pueden verse incrementadas si se asocia radioterapia externa pélvica y/o quimioterapia.

- **INFRECUENTES (menos del 10%):**
  - Efectos agudos: excepcionalmente, durante la realización del implante pueden ocurrir complicaciones más graves, como la perforación uterina con posibilidad de lesión no sólo del útero, sino también de estructuras vecinas (vejiga, intestino) pueden ser necesarias otras actuaciones como la cirugía.

- Efectos tardíos:

- Intestinales: estenosis y adherencias intestinales con obstrucción, ulceración y sangrado.
- Vejiga: inflamación crónica, disminución de la capacidad y aumento de la frecuencia urinaria.
- Sangrado, infecciones frecuentes, dolor, espasmos que requieren tratamiento quirúrgico.
- Genitales: sequedad, estenosis vaginal, dolor, sangrado, disfunción sexual.
- Posibilidad de comunicación (fístula) entre vejiga y/o recto y/o vagina.
- La posibilidad de desarrollo de otros tumores causados por el tratamiento es escasa.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** reducción del riesgo de que el tumor se reproduzca en las zonas irradiadas. Como consecuencia de ello aumento de probabilidad de supervivencia a largo plazo. En el caso de que presente síntomas de la enfermedad como sangrado o dolor, estos pueden desaparecer con el tratamiento.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** progresión de la enfermedad o recidiva con disminución de la supervivencia.

**6. Alternativas (el/la profesional debe marcar la opción):**

- No
- Cirugía
- Tratamiento sistémico (quimioterapia o inmunoterapia)
- Otras

**7. Riesgos en función de su situación:** previo al tratamiento su oncólogo radioterapeuta valorará cuidadosamente la situación clínica específica de cada paciente a fin de identificar posibles patologías que desaconsejen el tratamiento.

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

**DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP		DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALIDAD		PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACION
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento  No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

**AUTORIZO:**

Paciente / su representante:  
Firma: \_\_\_\_\_

**NO AUTORIZO:**

Profesional sanitario/a:  
Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:  
Firma: \_\_\_\_\_

Profesional Sanitario/a:  
Firma: \_\_\_\_\_

*En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*