

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 este caso la próstata. En algunas circunstancias, puede ser necesario asociar radioterapia externa o medicación con tratamiento hormonal para conseguir una mayor eficacia terapéutica.

2. ¿Cómo se realiza?: con el paciente acostado y en la sala de tratamiento se introducen las fuentes radiactivas en la próstata utilizando unos dispositivos o aplicadores específicamente diseñados (catéteres). 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 esté en su domicilio, no existe “riesgo de contaminación” para los familiares. Se puede hacer en una o dos fases:

- En la primera y de forma ambulatoria (sin necesidad de ingresar), se practica una ecografía transrectal con el objeto de calcular la cantidad de catéteres, por tanto, de radiación, y el lugar necesario de colocación de cada uno de ellos. A veces en este estudio se identifica una forma de la próstata o de las estructuras que la rodean que impide llevar a cabo una implantación segura y eficaz de las semillas (fuente radiactiva). En este caso se desestima esta técnica y se hace necesario sugerir al/a la paciente otra alternativa.
- En una segunda fase, con ingreso habitualmente de 24 horas, se llevará a cabo la implantación de los catéteres en la próstata a través del periné (espacio comprendido entre los testículos y el ano) mediante agujas dirigidas con ecografía.
- En algunos casos todo lo anterior se puede realizar en el mismo acto.

El procedimiento requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Mientras se le administra la sesión de tratamiento no notará dolor ni molestias

Cuando la Braquiterapia es el único tratamiento que se va a realizar hay que realizar un segundo implante transcurrido unos días del primero.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?: tras recibir este tratamiento se perciben molestias en la zona del implante que pueden requerir de algún tratamiento analgésico. Igualmente son habituales molestias al orinar. Con el aumento progresivo de la dosis que irá recibiendo se suelen provocar efectos secundarios, que se explican detalladamente a continuación.

- **FRECUENTES (más del 10%):** en general son poco graves y suelen consistir en:
 - Trastornos de la erección que pueden llegar al 25% - 40%.
 - Incontinencia Urinaria permanente en aproximadamente 1 de cada 100 pacientes, si bien es cierto que en los pacientes con antecedentes de cirugía prostática o diabéticos esta posibilidad se puede elevar al 20- 40%.
 - Son frecuentes las molestias y dificultades para orinar en las semanas siguientes. La imposibilidad para vaciar la vejiga de modo adecuado puede exigir colocar una sonda vesical durante unas semanas entre el 5 y 20% de los pacientes.
 - Como consecuencia de la radiación sobre el recto, puede aparecer diarrea, deseo

frecuente de defecar y ocasionalmente sangrado o dolor con la deposición. Estas molestias suelen ser transitorias y se alivian con el uso de medicación.

- Hematoma local que puede afectar al periné y a los genitales externos.
- **INFRECIENTES (menos del 10%):** pueden ser más graves y suelen consistir en:
 - Persistencia de molestias al orinar que pueden llegar a precisar cirugía desobstructiva en caso de estenosis uretral (2-5%).
 - Otras complicaciones más infrecuentes: hemorragia, infección o a causa de la técnica anestésica necesaria para la implantación o de las medicaciones empleadas.
 - Estenosis de uretra que aparece entre 2 y 3 de cada 100 pacientes.
 - Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.
 - De forma excepcional, pueden producirse fístulas rectales (menos del 1%)

La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero, como se ha referido, algunas de ellas pueden requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con un riesgo para su vida.

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. Las posibilidades de curación dependen fundamentalmente de las características del tumor y de los niveles de PSA.

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/a radioterapeuta valorará cuidadosamente la situación clínica específica de cada paciente a fin de identificar posibles patologías que desaconsejan 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	CATEGORÍA 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: _____



GENERALITAT
VALENCIANA

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA

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