

**1. ¿Qué es?** Es un procedimiento que consiste en administrar una dosis de radiación en la zona de la lesión craneal. Con dicha radiación se pretende detener el crecimiento, disminuir el tamaño, desaparición de la lesión del cerebro o aliviar síntomas dependiendo del tipo de enfermedad que presente.

**2. ¿Cómo se realiza?** Para realizar este tratamiento se precisa de:

- **Sistema de Estereotaxia**, que sirve para localizar la lesión del cerebro y para inmovilizar mientras dura el tratamiento. Generalmente se utiliza un marco y un sistema de localización. El marco se fija a su cabeza con 4 tornillos especiales por lo que se le administra anestesia local en la zona de la fijación, y analgesia por si tiene dolor, aunque habitualmente esta técnica no produce dolor ni molestia alguna. En algunas ocasiones se puede emplear una máscara termoplástica en lugar del marco.
- **Resonancia magnética cerebral, arteriografía, o Tomografía computerizada.** Dependiendo de la enfermedad a tratar se le realizará una de estas pruebas, para poder delimitar con mayor precisión la lesión a tratar.
- **Programa de planificación de Radiocirugía**, que permite realizar el cálculo de los campos o arcos de tratamiento, y de las dosis que recibe la zona de tratamiento. También facilita evaluar el riesgo de complicaciones y disminuirlas al máximo. La dosis de radiación tiene que ser ajustada con gran precisión, teniendo en cuenta el volumen cerebral a tratar determinado en base a la enfermedad que presente
- **Acelerador lineal o Gamma Knife.** Son los diferentes tipos de máquina de tratamiento necesarios para administrar la dosis de radiación indicada. La administración de la dosis de radiación puede realizarse en una o varias sesiones, que duran habitualmente entre 45-120 minutos, aunque en ocasiones puede aumentar el tiempo.

En la sala de tratamiento estará solo/a, controlado/a por cámaras de vídeo y sistemas de audio. Acostado/a sobre un dispositivo que facilita que permanezca en la misma posición y sin moverse durante el tiempo que dura la sesión, para evitar irradiar zonas no deseadas. Para que el tratamiento se realice en las mismas condiciones en cada sesión, a veces y al inicio del tratamiento, es necesario realizar marcas en su piel mediante tatuajes con tinta china del tamaño de un punto, que pueden resultar ligeramente dolorosas al realizarlas.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?** Dado que también recibe radiaciones en parte de tejido sano, pueden ocasionarse molestias y efectos secundarios que hagan necesaria la administración de medicamentos destinados a disminuir los síntomas o resolver las alteraciones surgidas. Algunas complicaciones pueden requerir intervenciones quirúrgicas.

- **FRECUENTES (más del 10%):** en general son poco graves y suelen consistir en *lesiones en el cerebro*, que dependen de la localización de la zona irradiada: *lesiones de las vías ópticas y/o alteración de la función hipofisaria* en caso de tumores hipofisarios o del seno cavernoso. *Hipoacusia* con sordera definitiva, *alteraciones del equilibrio y lesiones del nervio trigémino y facial*, en el tratamiento de los neurinomas del nervio estatoacústico y meningiomas del ángulo pontocerebeloso. *Vómitos y alteraciones del equilibrio* en caso de tumores de fosa posterior. *Edema cerebral secundario* en lesiones del cerebro que obliguen a tratamientos con corticoides de larga duración. *Afectación de tejidos blandos:* hinchazón de los tejidos de alrededor de los ojos en las primeras 24 horas. Síntomas generales como cansancio, malestar, náuseas y vómitos, son menos frecuentes.
- **INFRECUENTES (menos del 10%):** pueden ser más graves y suelen consistir en *radionecrosis* que es la muerte del tejido cerebral alrededor de la lesión tratada cuando la dosis empleada es alta. Dicho riesgo es bajo con las dosis habitualmente utilizadas. Para su resolución puede requerir de una intervención quirúrgica, o bien de tratamiento con corticoides y/o con antiangiogénicos.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** mejora o desaparición de la enfermedad, y/o disminución de los síntomas. En el caso de que haya sido operado del tumor, se espera que el riesgo de que aparezca el tumor en las zonas irradiadas disminuya, y pueda tener una mayor probabilidad de supervivencia a largo plazo.

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

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

- No     Cirugía     Tratamiento sistémico (quimioterapia o inmunoterapia)     Otras

**7. Riesgos en función de la situación del paciente:** previo al tratamiento se valorará cuidadosamente la situación clínica 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**

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

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

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

**AUTORIZACIONES:**

**Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.**

**Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.**

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.  
Firma:

Profesional sanitario  
Firma:

**REVOCACIONES:**

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha \_\_\_\_\_

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.  
Firma:

Profesional sanitario  
Firma:

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:**

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.  
Firma:

Profesional sanitario  
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*