

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: es un tratamiento que consiste en recibir radiaciones de alta energía en la zona afectada por el tumor, o regiones donde se sospeche que existe riesgo de que el tumor se reproduzca. La finalidad de este tratamiento es la destrucción de las células tumorales, evitando en lo posible los tejidos sanos cercanos, ya que estos también sufren los efectos de la radiación y como consecuencia pueden aparecer algunos efectos secundarios.

2. ¿Cómo se realiza?: mediante la utilización de un equipo productor de radiaciones, acelerador lineal de electrones, que se sitúa a cierta distancia del cuerpo y tiene capacidad de girar a su alrededor. La dosis de radiación necesaria varía dependiendo de cada caso y generalmente se administra en forma de sesiones diarias, de lunes a viernes, que tendrán unos 10 ó 20 minutos de duración. El número de días de tratamiento dependerá de la dosis total.

Mientras se le administra la sesión de tratamiento no notará dolor ni molestias. Estará acostado/a y solo/a en la sala de tratamiento y debe permanecer inmóvil durante los minutos que dura la sesión, para evitar irradiar zonas no deseadas. Antes de comenzar el tratamiento se realizan una serie de preparativos:

1º Establecimiento de la posición más adecuada y cómoda en la que debe permanecer durante el tratamiento previsto. Cuando sea necesario se utilizarán sistemas de inmovilización.

2º Realización de los estudios radiológicos que precise y sobre las imágenes obtenidas, el oncólogo radioterápico definirá las zonas que hay que tratar y las que hay que proteger, así como la dosis que deben administrarse en cada una de ellas. Este proceso se conoce como simulación.

3º Una vez realizados los cálculos que aseguren la dosis adecuada en la zona de tratamiento y respeten la tolerancia de los tejidos sanos, se aprueba el plan de tratamiento que mejor se ajuste a su situación y a la intención del tratamiento. Este proceso se conoce como planificación.

4º El día que se inicia el tratamiento, se realizarán las comprobaciones necesarias de posicionamiento, verificaciones radiológicas o de otro tipo, con el fin de garantizar que el tratamiento realizado se ajusta a lo planificado, que las zonas a irradiar se abarcan correctamente y que las zonas sanas cercanas están adecuadamente protegidas.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?: la mayor parte de las veces no se producen daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces y con el aumento progresivo de la dosis que irá recibiendo, se pueden producir los siguientes efectos secundarios:

• **FRECUENTES (más del 10%):** en general son poco graves y suelen consistir en:

- Efectos agudos que afectan al organismo en general. Ceden poco después de finalizado el tratamiento:
 - Cansancio, malestar general, pérdida de apetito, náuseas y vómitos. No se presentan siempre y la intensidad varía mucho de unas personas a otras. En la sangre se pueden producir disminución de los glóbulos rojos (anemia), de las plaquetas y de los glóbulos blancos que suelen ser más frecuentes cuando recibe quimioterapia asociada a la irradiación.
- Efectos agudos locorregionales que afectan a la zona tratada y a los órganos internos que

contiene:

- Enrojecimiento de la piel y descamación seca, que en algunas zonas, como los pliegues, puede llegar a ser una descamación húmeda. Caída del vello.
 - Afectación del recto y/o intestino: Diarrea, sensación de ganas de defecar (tenesmo rectal) y defecación dolorosa, sangrado moderado por recto y expulsión de mucosidad.
 - Afectación del aparato genital-urinario: irritación y dolor de la vejiga de la orina con necesidad de orinar con más frecuencia, en menor cantidad y con dolor-escozor al orinar (cistitis). Con menor frecuencia retención de orina, escapes involuntarios de orina (incontinencia), sangre en la orina (hematuria). En hombres disminución de la función sexual y ligero edema de genitales. En mujeres irritación vaginal y trastornos en la regla.
- Con poca frecuencia, y en relación con el lugar en que se encuentra el tumor, puede aparecer obstrucción del flujo de orina desde el uréter a la vejiga obligando a considerar algún tipo de intervención para evitar daño al riñón.
 - Más frecuentes en las mujeres con la desaparición definitiva de la regla e infertilidad, algún grado de estrechez y sequedad vaginal. Si está en edad fértil el médico le ofrecerá la posibilidad de preservar células reproductoras por si en un futuro quisiera utilizarlas.
- **INFRECIENTES (menos del 10%):** pueden ser más graves y suelen consistir en:
- Episodios de diarrea, estrechez rectal que puede llegar a la obstrucción, infecciones y fístulas.
 - Cistitis crónica con aumento de la frecuencia en la micción y ocasionalmente sangre en la orina.
 - Necrosis de los huesos de las caderas.
 - Isquemia (disminución del riego sanguíneo), trombosis u obstrucción venosa.
 - Esterilidad en varones. El médico le ofrecerá la posibilidad de preservar células reproductoras por si en un futuro quisiera utilizarlas.
 - 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.

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 su situación: Previo al tratamiento el/la oncólogo/a radioterapeuta valorará 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 | 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