

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 de su cuerpo, 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 por el radiofísico los cálculos que aseguren la dosis adecuada en la zona de tratamiento y respeten la tolerancia de los tejidos sanos, el oncólogo radioterápico 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 inicie el tratamiento, así como cuantas veces el oncólogo radioterápico estime oportuno, 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 generales: cansancio, malestar general, pérdida de apetito, dolor de cabeza y náuseas. No se presentan siempre y la intensidad varía mucho de unas personas a otras. En la sangre pueden disminuir los glóbulos rojos (anemia), las plaquetas y los glóbulos blancos que suelen ser más frecuentes cuando recibe quimioterapia asociada a la irradiación. En cualquier caso ceden poco después de finalizado el tratamiento.
 - Efectos loco-regionales: Se producen como consecuencia de la irradiación del esófago, pulmón, corazón y áreas vecinas.

Cuando se irradian estas zonas pueden aparecer efectos secundarios agudos, a partir de la 3ª ó 4ª semana de inicio del tratamiento como alteraciones de la piel en la zona irradiada (enrojecimiento, picor, descamación seca, erosiones y más raramente úlceras transitorias) tos seca, aumento de la expectoración, dificultad para tragar, disfonía (voz ronca), inflamación del estómago con molestias parecidas a una gastritis e inflamación del hígado casi siempre asintomática.

Como efectos secundarios tardíos, a partir del 2º ó 3º mes de la irradiación, puede presentarse inflamación del tejido pulmonar, que no suele dar síntomas la mayoría de las veces, si bien puede asociarse a tos seca y expectoración, aumento de la frecuencia de las respiraciones y ocasionalmente fiebre. Calambres al flexionar el cuello, irradiados a brazos, tronco y piernas, que son debidos a inflamación de la médula espinal, y excepcionalmente pérdida de fuerza en las extremidades. Fibrosis de la parte pulmonar irradiada, dejando de ser útil para el intercambio de oxígeno con la sangre, aunque los tratamientos se diseñan para que la parte fibrosada no impida la vida normal o la altere lo menos posible. Linfedema (hinchazón) del brazo.

- **MENOS FRECUENTES (menos del 10%):** pueden ser más graves y suelen consistir en: Infarto de miocardio, afectación de la médula espinal, fistula, lesiones cardiacas y estenosis del esófago. Algunos de estos efectos secundarios pueden aparecer a más largo plazo (9 meses a 1 año), como son fístula broncoesofágica (comunicación del bronquio con el esófago), lesiones cardiacas como infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, pericarditis o derrame pericárdico. Igualmente puede aparecer estenosis esofágica, que puede dar lugar a dificultad para tragar los alimentos, y necesitar en ocasiones dilataciones mediante endoscopia.

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 de la situación del paciente: 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