

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 unos pacientes a otros. En cualquier caso ceden poco después de finalizado el tratamiento.

- Efectos locales que pueden ser:

- Agudos: Aparecen típicamente a la tercera o cuarta semana de tratamiento y se resuelven poco tiempo después de finalizado el mismo (días-semanas).

Consisten en enrojecimiento de la piel y descamación seca, que en algunas zonas, como los pliegues, puede llegar a ser una descamación húmeda. Si se irradian las cadenas ganglionares puede presentar dificultad para tragar. Más raramente puede existir una inflamación del tejido pulmonar (neumonitis) que no suele dar síntomas, aunque a veces cursa con tos seca, dolor a la inspiración profunda y fiebre. Su presentación depende de la cantidad de tejido pulmonar irradiado, tiene un tratamiento

sencillo y se resuelve en el transcurso de pocas semanas.

- Tardíos: Aparecen entre tres meses y un año después de finalizada la radioterapia. Son poco frecuentes (menos de un 5%), excepto los que se producen a nivel de la piel: atrofia cutánea, con cambios en la coloración, pérdida del vello, dilatación de las venitas superficiales (telangiectasias) y fibrosis subcutánea con mayor sensibilidad a traumatismos e infecciones. Fibrosis pulmonar generalmente asintomática y solo visible en radiografías. La inflamación del brazo o linfedema aparece con cierta frecuencia cuando se ha realizado un vaciamiento quirúrgico de la axila (linfadenectomía axilar) siendo poco frecuente cuando se ha realizado biopsia selectiva del ganglio centinela. Retirada de la prótesis o el implante mamario. Alteraciones estéticas.

- **INFRECIENTES (menos del 10%):** pueden ser más graves y suelen consistir en:

- Necrosis de la cabeza humeral, fracturas costales, costocondritis (inflamación del cartílago algo molesta a la palpación),
- Alteraciones cardiacas (aumento de la incidencia de infarto e insuficiencia cardiaca)
- y plexopatía braquial (alteración de los nervios del brazo).

En caso de reirradiación todos estos efectos pueden ser más frecuentes y graves.

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: prácticamente siempre que se realiza una cirugía conservadora de la mama es necesario la aplicación de radioterapia, no obstante, puede elegir someterse a una cirugía más radical con extirpación de toda la mama. En este caso podría no necesitar este tratamiento. Sin embargo, no está garantizado ya que, si tiene afectación de los ganglios linfáticos u otros factores de riesgo asociados es posible que, a pesar de esa cirugía radical necesite radioterapia.

7. Riesgos en función de la situación 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 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	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

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:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

RADIOTERAPIA EXTERNA EN EL CÁNCER DE MAMA

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