

1. ¿Qué es? Es un tratamiento que consiste en recibir radiaciones de alta energía en una zona afectada por el tumor. Como no es posible eliminar completamente el tumor, el objetivo es la reducción del tamaño del tumor y así aliviar los síntomas como el dolor o la presión, evitando en lo posible los tejidos sanos cercanos, ya que éstos también sufren los efectos de la radiación y como consecuencia pueden aparecer algunos efectos secundarios.

2. ¿Cómo se realiza? Se utilizará 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, que tendrán unos 10- 20 minutos de duración. El número de días de tratamiento dependerá de la dosis total.

Antes de comenzar el tratamiento se realizan una serie de preparativos:

- Establecer la posición más adecuada y cómoda en la que debe permanecer durante el tratamiento. Cuando sea necesario se utilizarán sistemas de inmovilización.
- Realizar los estudios radiológicos necesarios para definir las zonas a tratar y a proteger, así como la dosis que deben administrarse en cada una de ellas. Este proceso se conoce como simulación.
- Establecer el Plan de tratamiento que mejor se ajuste a su situación y a la intención del tratamiento (dosis adecuada en la zona de tratamiento, respetando la tolerancia de los tejidos sanos). Este proceso se conoce como planificación.
- El día de inicio del tratamiento, así como cuantas veces se estime oportuno, se realizarán las comprobaciones necesarias de posicionamiento, verificaciones radiológicas o de otro tipo, para garantizar que se ajusta a lo planificado.

Durante la sesión de tratamiento no notará dolor ni molestias, estará acostado y solo en la sala de tratamiento. Debe permanecer inmóvil durante los minutos que dura la sesión, para evitar irradiar zonas no deseadas.

3. ¿Cuáles son sus riesgos? Con el aumento progresivo de la dosis se pueden provocar los siguientes efectos secundarios.

❖ **Frecuentes (más del 10%):** en general son poco graves:

- Cansancio, malestar general, pérdida de apetito, dolor de cabeza y náuseas. Sobre la sangre se puede producir una disminución de los glóbulos rojos, blancos y plaquetas, aunque es más frecuente cuando se asocia la quimioterapia a la irradiación. Suelen desaparecer al poco tiempo de finalizar el tratamiento.
- Alteraciones de la piel en la zona irradiada, con irritación de ésta, picor y descamación. Caída del pelo o vello en la zona irradiada.
- En el caso de recibir radioterapia en la cabeza, cavidad oral, faringe, laringe o esófago pueden aparecer alteraciones como: salivación espesa, sequedad de boca y faringe, irritación y ulceración de la mucosa irradiada, que se manifiesta en forma de dolor o dificultad al tragar, alteraciones gustativas (alteración del sabor de los alimentos), alteraciones del olfato, somnolencia, cefalea y náuseas.
- En caso de radioterapia sobre el pulmón puede aparecer tos irritativa.
- Cuando se incluye en la irradiación el aparato digestivo de manera parcial o completa (estómago, intestino delgado o grueso, páncreas, hígado) pueden aparecer alteraciones digestivas como náuseas, vómitos o diarreas.
- En el caso de irradiación de vejiga, próstata, recto, útero, cérvix, vagina, ovarios o testículos, pueden aparecer alteraciones al orinar o al defecar y alteraciones de la función ovárica o testicular.
- En la irradiación de estructuras superficiales, como mama, pared torácica, o extremidades, pueden aparecer edema e inflamación de la zona irradiada, a veces acompañado de punzadas y sensación de quemazón.

❖ **Infrecuentes (menos del 10%):** pueden ser más graves, aunque con las dosis de radiación habituales en los tratamientos paliativos no suelen presentarse efectos 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 mejor control de los síntomas.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: progresión de la enfermedad con empeoramiento de los síntomas.

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 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

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