

Consentimiento Informado *Braquiterapia*

Espacio reservado para a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA.**

Los datos personales se recaban al final del documento

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE

Es una forma de tratamiento del cáncer de próstata mediante la implantación de múltiples semillas radioactivas cuyo objetivo es el intento de curación del tumor.

Las posibilidades de curación dependen fundamentalmente de las características del tumor y de los niveles de PSA. En algunas circunstancias, puede ser necesario asociar radioterapia externa o medicación con tratamiento hormonal para conseguir una mayor eficacia terapéutica.

CÓMO SE REALIZA

Se puede hacer en una o dos fases:

- En la primera y de forma ambulatoria (sin necesidad de ingresar), se practica una ecografía transrectal con el objeto de calcular la cantidad de semillas, por tanto de radiación, y el lugar necesario de colocación de cada una de ellas. A veces en este estudio se identifica una forma de la próstata o de las estructuras que la rodean que impide llevar a cabo una implantación segura y eficaz de las semillas. En este caso se desestima esta técnica y se hace necesario sugerir al paciente otra alternativa.
- En una segunda fase, con ingreso habitualmente de 24 horas, se llevará a cabo la implantación de las semillas radioactivas en la próstata a través del periné (espacio comprendido entre los testículos y el ano) mediante agujas dirigidas con ecografía.

En algunos casos todo lo anterior se puede realizar en el mismo acto.

El procedimiento requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Tras recibir este tratamiento se perciben molestias en la zona del implante que pueden requerir de algún tratamiento analgésico. Igualmente son habituales molestias al orinar.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Ayudará al intento de curación de su tumor.

OTRAS ALTERNATIVAS

Son la cirugía, la radioterapia externa o la observación vigilada. Cada una de ellas tiene ventajas y complicaciones específicas, pero en su caso la mejor opción es el tratamiento mediante braquiterapia.

En su caso: _____.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**
 - Trastornos de la erección que pueden llegar al 25% - 40%.
 - Incontinencia Urinaria permanente en aproximadamente 1 de cada 100 pacientes, si bien es cierto que en los pacientes con antecedentes de cirugía prostática o diabéticos esta posibilidad se puede elevar al 20-40%.
 - Son frecuentes las molestias y dificultades para orinar en las semanas siguientes a la implantación de las semillas. La imposibilidad para vaciar la vejiga de modo adecuado puede exigir colocar una sonda vesical durante unas semanas entre el 5 y 20% de los pacientes.
 - Entre el 2-19% de los casos, como consecuencia de la radiación sobre el recto, aparece diarrea, deseo frecuente de defecar y ocasionalmente sangrado o dolor con la deposición. Estas molestias suelen ser transitorias y se alivian con el uso de medicación.
- **LOS MÁS GRAVES:** Suelen ser los menos frecuentes.
 - Persistencia de molestias al orinar que pueden llegar a precisar cirugía desobstructiva (2-5%).
 - Otras complicaciones más infrecuentes: migración de las semillas, hemorragia, infección o a causa de la técnica anestésica necesaria para la implantación o de las medicaciones empleadas.

Consentimiento Informado *Braquiterapia*

- *Estenosis de uretra que aparece entre 2 y 3 de cada 100 pacientes.*
- *Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.*
- *De forma excepcional, pueden producirse fístulas rectales.*

La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero, como se ha referido, algunas de ellas pueden requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con un riesgo para su vida.

➤ **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:** _____.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas.

Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

Consentimiento Informado *Braquiterapia*

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **BRAQUITERAPIA**.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

Denegación o Revocación

D./D^a. _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.

Firma médico e interesado/s en todas las páginas