

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO
RADIOTERAPÉUTICO DE BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

El Tratamiento Radioterapéutico de Braquiterapia Prostática, es una alternativa válida para el tratamiento del cáncer prostático localizado.

Mediante este tratamiento se pretende la eliminación de las células tumorales situadas en la próstata y tiene intencionalidad curativa a largo plazo. Las posibilidades teóricas de curación dependen básicamente de las características del tumor (evaluadas por examen físico, estudios de imágenes y la biopsia) y de los niveles de antígeno prostático. En cualquier caso, las posibilidades de curación están por encima del 85% para los tumores de bajo riesgo, del 70% para los de riesgo intermedio y del 50% para los de riesgo alto. Por ello, en algunas circunstancias, dependiendo de las características del tumor, puede ser necesario asociar a la braquiterapia sesiones de radioterapia externa o medicación con tratamiento hormonal para conseguir una mayor eficacia terapéutica.

El procedimiento habitualmente se hace en dos sesiones:

Una primera sesión en la que, de modo generalmente ambulatorio, mediante ecografía a través del recto se me practicará por parte del urólogo un estudio detallado del volumen y de las características de mi próstata (volumetría), para que los oncólogos-radioterapeutas y radio físicos puedan calcular la dosis de radiación necesaria y la distribución de las semillas radioactivas que se han de implantar.

Ocasionalmente, el estudio volumétrico puede poner de manifiesto que la configuración anatómica de la próstata o su localización en relación a otras estructuras próximas impediría llevar a cabo una implantación segura y eficaz de las semillas, por lo que al paciente le será sugerida la elección de otra alternativa terapéutica más adecuada a su caso particular (radioterapia externa, Prostatectomía radical, bloqueo hormonal).

En una segunda sesión, con ingreso habitualmente de 24 horas y bajo anestesia, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella, se llevará a cabo la implantación de múltiples semillas radioactivas en la próstata a través del periné mediante agujas dirigidas con ecografía. En este procedimiento el urólogo lleva a cabo la localización del

lugar de implantación, siendo las semillas depositadas en la próstata por el oncólogo-radioterapeuta.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- **Molestias urinarias:** Son frecuentes las molestias y dificultades para orinar en las semanas siguientes a la implantación de las semillas, debido al traumatismo de la implantación y al efecto de la radiación. La imposibilidad para vaciar la vejiga de modo adecuado puede exigir llevar un catéter vesical durante unas semanas entre el 5-20% de los pacientes. Esta circunstancia es más frecuente en los pacientes que previamente presentaban ya molestias miccionales. En un intento de reducir estas molestias se usan medicamentos anti-inflamatorios y que facilitan la micción (alfa-bloqueantes). Ocasionalmente estas molestias al orinar pueden prolongarse durante más tiempo. Entre un 2-5% de los pacientes pueden precisar posteriormente cirugía desobstructiva sobre el cuello de la vejiga o la próstata. Aproximadamente un 2-3% de los pacientes tratados con braquiterapia pueden desarrollar estenosis de uretra. Por otra parte, un escaso número de pacientes (1%) puede presentar incontinencia urinaria, si bien es cierto que en los pacientes con antecedentes de cirugía prostática o diabéticos esta posibilidad se puede elevar al 20-40%.
- **Complicaciones rectales:** Su frecuencia oscila del 2-19% y se debe al efecto de la radiación sobre el recto, generando 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 medicaciones tópicas. Excepcionalmente pueden producirse fístulas rectales.
- **Alteraciones de la potencia sexual:** La afectación de la potencia sexual inducida por la braquiterapia es menos frecuente que la inducida por la cirugía, estando próxima al 25%.
- **Otras complicaciones:** De modo infrecuente pueden presentarse complicaciones derivadas de la migración de las semillas, hemorragia, infección, de la técnica anestésica necesaria para la implantación o de las medicaciones empleadas. (Reacciones alérgicas o efectos indeseables asociados a antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios, alfabloqueantes, anestésicos etc.).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Existen otras alternativas terapéuticas como la cirugía, la radioterapia externa o el tratamiento hormonal, pero en su caso, la braquiterapia constituye una buena opción terapéutica.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Tratamiento Radioterapéutico de Braquiterapia Prostática** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO RADIOTERAPÉUTICO DE BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA, por el Dr.(a) _____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)