



Consentimiento Informado  
para Tratamiento  
Radioterapéutico De  
Braquiterapia Prostática

## **Consentimiento Informado para Tratamiento Radioterapéutico de Braquiterapia Prostática**

## Consentimiento Informado para Tratamiento Radioterapéutico de Braquiterapia Prostática

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. ....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una  
**BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA.**

## INFORMACIÓN

La cual es una alternativa válida para el tratamiento del cáncer prostático que padezco, ya que en el estudio practicado (análisis, ecografía, TAC, radiografía de tórax y gammagrafía ósea) el tumor parece confinado a la próstata.

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 la ecografía transrectal y la biopsia) y de los niveles de PSA. 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.

Los médicos me han explicado que 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 radiofísicos 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, generalmente epidural, 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.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables. Entre estos se encuentran:

- **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 des obstructiva 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 ó de las medicaciones empleadas. (Reacciones alérgicas o efectos indeseables asociados a antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios, alfabloqueantes, anestésicos etc.).

El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica es necesaria una preparación previa, así como de la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, edad avanzada, ingesta de ciertos medicamentos etc.) puede aumentar el riesgo o la incidencia de complicaciones como:

.....

El médico me ha explicado que existen otras alternativas terapéuticas en mi caso, como la cirugía, la radioterapia externa o el tratamiento hormonal y que en mi situación la braquiterapia constituye una buena opción terapéutica.



He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

**BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr: .....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).