

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## BRAQUITERAPIA

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos. Entiendo que puedo negarme al tratamiento o rechazar mi consentimiento en cualquier momento. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado y da conformidad acerca del mismo.

**Nombre y Apellido** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_

**Ud. ha recibido información sobre su DIAGNÓSTICO de** \_\_\_\_\_

Debido a la patología, que presenta, consideramos que necesita el siguiente tratamiento con BRAQUITERAPIA.

La BRAQUITERAPIA consiste en el tratamiento de lesiones tumorales por medio de una fuente radiactiva, que se aplica desde superficies cercanas o directamente dentro del tumor.

Para conseguirlo, el tratamiento se realiza con la colocación de aplicadores especiales en la zona que se necesita irradiar.

Estos procedimientos se llevan a cabo en una sala especial denominada radioquirófano en condiciones estériles y con sedación o anestesia raquídea/peridural.

Tras la colocación de los aplicadores se realiza una tomografía y/o resonancia que se utilizará para la planificación del tratamiento previo a la administración del mismo.

La administración de la dosis de tratamiento se realiza en el mismo radioquirófano donde fueron colocados los aplicadores y su duración es de unos minutos.

El propósito del tratamiento con braquiterapia es administrar una dosis precisa de irradiación a un volumen previamente definido, originando el mínimo daño posible a los tejidos sanos circundantes, con el fin de obtener el máximo control posible de la enfermedad.

La misma se administra de manera fraccionada en forma de sesiones. Lo esperado con este tratamiento es la mejoría o curación de su proceso, sin embargo no podemos asegurar que se consiga alcanzar siempre este objetivo.

Si usted está embarazada o piensa que pueda estarlo, debe comunicarlo de forma inmediata. No se debe quedar embarazada durante, el tratamiento de radioterapia y si desea embarazos posteriores debe consultarlo previamente con su médico.

### LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS:

Existe la posibilidad de sufrir una serie de efectos secundarios a corto plazo (efectos agudos) o a largo plazo (efectos tardíos o crónicos) tras la realización del tratamiento. La aparición de estos efectos adversos no siempre es predecible, ya que son muchos los factores individuales que intervienen (naturaleza de la enfermedad, la asociación con otros tratamientos o a la susceptibilidad de cada paciente).

Los efectos secundarios de este, tratamiento vienen determinados por la localización de la zona que va a ser irradiada, siendo detallados más adelante. La intensidad de los mismos suele ser leve o moderada, aunque en algunos pacientes puede ser severa e incluso requerir ingreso hospitalario.

La mayoría de los efectos secundarios mejoran después de finalizar el tratamiento, aunque en algunas ocasiones son irreversibles. Excepcionalmente puede producir la muerte o ser motivo de la inducción de otro tumor.

**PIEL: Agudos:** enrojecimiento, pigmentación, descamación, ulceración, depilación. **Crónicos:** alteración de la coloración, atrofia, fibrosis, edema, sequedad, depilación, ulceración.

**GINECOLÓGICOS: Agudos:** Dolor abdominal, cólicos, urgencia con la deposición, dolor y picazón al orinar, urgencia miccional, incontinencia urinaria, sangre en la orina o en la deposición, infecciones urinarias. Dolor con las relaciones sexuales. Durante el proceso de implante: infección urinaria, sangrado, infección quirúrgica, perforación uterina y/o intestinal, en colocación de sondas intrauterinas.

**Crónicos:** sangre en la orina, infecciones urinarias, incontinencia, fístulas, esterilidad, estrechez y sequedad vaginal, mayor tendencia a infecciones por hongos, bridas o pegado de paredes vaginales, obstrucción de uréteres o uretra, disminución de la libido.

**UROLÓGICOS: Agudos:** Dificultad para la micción secundaria a obstrucción, sangre con la micción, dolor perineal, trombosis venosa profunda. Durante el implante: Perforación rectal o vesical. **Tardíos:** estrechamiento de la uretra, incontinencia e infección de orina, ritmo miccional aumentado, sangre con la deposición o en la orina, fístulas rectovaginales.

OTROS: \_\_\_\_\_

#### AL DAR MI CONSENTIMIENTO:

1. Sé que debo realizarme una serie de exámenes de sangre, radiografías, ecografías o tomografías, entre otros, para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta enfermedad.
2. Entiendo mi estado de salud y que por indicación médica, dicho procedimiento supone beneficios esperados para mejorar la situación que me afecta. Se me explicó acerca de los métodos diagnósticos alternativos si los hubiese.
3. Tengo conocimiento que no es posible garantizar el buen resultado de las prácticas que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que puedan surgir en el curso de los mismos y de las condiciones imprevistas que, tal vez, requieran procedimientos adicionales para mi mejoría.
4. Acepto recibir transfusiones de productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan. SI  NO
5. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO  SI  Cuál: \_\_\_\_\_
6. Me comprometo a brindar la información veraz cuando sea solicitada por los miembros del equipo de salud y a cumplir con las indicaciones médicas que me sean indicadas y también a informar aquellas que no he de cumplir.
7. Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser relevados ante la solicitud de la obra social o empresa de medicina prepaga que cubre las prestaciones. (Ley Provincial N°3012 de Recupero Financiero).
8. Acepto que el material de mi historia clínica, imágenes o cualquier otro tipo de información sea publicado en una revista médica o congreso médico con fines científicos y docentes, resguardando mi identidad.

SI  NO

## MUY IMPORTANTE

Este procedimiento es voluntario. Usted tiene derecho a elegir lo que considere mejor para sus intereses, teniendo en cuenta la información recibida. Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber. Si decidiera no realizarse la intervención, puede rechazarla cuando lo desee y con total libertad.

Al prestar conformidad, usted aceptará las pautas y condiciones de la internación o procedimiento que le fueran debidamente informadas, entre las que rige la posibilidad de ser derivado a otro efector de salud por necesidad de servicio.

Yo \_\_\_\_\_, confirmo que se me informó en qué consiste la práctica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.  
(Marque con una x)

DOY MI CONSENTIMIENTO

NO ACEPTO  (En el caso de menores, el Hospital podrá dar intervención al Juzgado si lo considere necesario).

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/la paciente  
y/o del representante legal  
(En caso de menor de edad o incapacidad)

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración  
del/los profesionales intervinientes

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_:\_\_\_ hs.

## REVOCACIÓN

RECHAZO Y EN CONSECUENCIA REVOCO MI CONSENTIMIENTO ASUMIENDO LOS RIEGOS PARA MI SALUD QUE ME FUERAN EXPLICADOS (LEY PROVINCIAL N° 2611).

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/la paciente  
y/o del representante legal  
(En caso de menor de edad o incapacidad)

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración  
del/los profesionales intervinientes

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_:\_\_\_ hs.

## IMPORTANTE - PROFESIONALES

**Para evitar extravíos y preservar este documento en la historia digital del paciente, una vez firmado agregarlo a la HUDS de ANDES como archivo adjunto.**