

## Consentimiento informado para la intervención de estimulación cerebral profunda

PACIENTE.....  
.....

*Como paciente usted tiene derecho a ser informado/a acerca de la patología que padece, así como de los beneficios y riesgos derivados de la realización de técnicas diagnósticas o terapéuticas necesarias para su salud y bienestar. Para, finalmente, estar de acuerdo y asumir los criterios de su médico, al cual ha elegido libremente.*

*El objeto de este documento no es alarmarle, pero no puede ni debe ocultarse que, con independencia de la pericia profesional o de los medios de los que dispone el Hospital, pueden existir complicaciones o resultados no satisfactorios que obedecen al factor de inexactitud característico de las ciencias médicas.*

Ud. ha recibido información sobre su:

DIAGNOSTICO.....

TIPO DE INTERVENCION.....

CIRUJANO.....

En el cerebro hay dos grandes zonas de agrupamientos de neuronas. En la parte más superficial se encuentra la corteza cerebral, que asume las funciones conscientes (movilidad, sensibilidad, visión, habla, etc.). En la parte más profunda hay una serie de núcleos de neuronas que tienen como misión coordinar, facilitar y hacer que estas funciones conscientes se puedan desarrollar de forma automática. Son los llamados núcleos grises de la base, el tálamo y el subtálamo.

La función de estos núcleos es muy compleja pero cada vez se va conociendo mejor. Esto está permitiendo diseñar intervenciones quirúrgicas que consiguen controlar síntomas incapacitantes en diferentes enfermedades mediante la estimulación crónica y mantenida a lo largo de años de determinados grupos de neuronas localizados en estos núcleos. Como ejemplo de aplicación está la EPILEPSIA.

La epilepsia es una enfermedad de la corteza cerebral que precisa tratamiento médico para su control. Cuando la epilepsia no responde al tratamiento médico, es oportuno estudiar si alguno de los tipos de intervención quirúrgica puede ayudar a controlarla.

En los casos en que se aprecia que hay múltiples focos en la corteza cerebral no es posible diseñar una extirpación quirúrgica para extirpar los focos, debido a que se produciría una gravísima lesión neurológica. En otros casos se conoce el origen de la epilepsia, pero su localización en zonas de corteza cerebral funcionalmente muy importantes hace inviable la intervención, por la misma razón de provocar con alta seguridad déficits neurológicos inaceptables. En estos casos se pueda ayudar a controlar la epilepsia estimulando de forma bilateral el núcleo subtalámico.

La intervención quirúrgica consiste en la implantación, con técnicas estereotáxicas, de un electrodo al nivel del núcleo subtalámico. Este electrodo se conectará posteriormente, en la misma intervención, a un estimulador que se coloca en la parte superior del pecho. Es una intervención



El abajo firmante D/Dña. ....de..... años de edad, o por incapacidad legal su representante..... con DNI..... reconoce haber sido informado/a de forma clara y sencilla de los detalles sobre el procedimiento al que voluntariamente se va a someter, del pronóstico, secuelas y otras consecuencias derivadas del mismo, así como de los posibles procedimientos alternativos, si los hubiere, con sus efectos y riesgos, y de haber recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas que hubiere formulado.

Por tanto da libremente su consentimiento al médico y al Hospital para la realización de la intervención de **IMPLANTACION DE ESTIMULADOR CEREBRAL PROFUNDO** asumiendo la posibilidad de que puedan ocurrir, sin que medie error, impericia u omisión las complicaciones explicadas.

Asimismo autorizo a mis médicos a tomar las medidas que estimen oportunas en beneficio de mi salud que, por la urgencia de las mismas, no permitan demora para solicitar nuevo consentimiento, incluyendo: la hemoterapia (lo que implica que, a pesar de que cada donación es analizada exhaustivamente, puede ser portadora de enfermedades transmisibles en muy baja frecuencia), sueroterapia, variaciones de la anestesia, técnicas instrumentales diagnósticas o terapéuticas.

Autorizo a que el Hospital disponga de los tejidos y otros elementos de mi cuerpo que precisan ser extirpados durante la intervención, para su oportuno estudio anatómico-patológico. Así como que puedan ser empleados en futuros estudios de investigación médica, guardando el correspondiente secreto médico sobre su procedencia.

Doy mi consentimiento para la observación de mi intervención por personal relacionado con la medicina, por razones docentes. De igual forma doy mi consentimiento para que sean tomadas fotos, cintas de vídeo, etc., del campo quirúrgico, para su utilización en actividades docentes y de investigación médica, guardando el correspondiente secreto médico sobre su procedencia.

He comprendido que esta cirugía no tiene la finalidad de curar la epilepsia. Pero, dada la gravedad de la epilepsia que padezco y que, en el momento actual, la Medicina no tiene otra alternativa mejor, esta intervención puede ayudar a disminuir la cantidad y violencia de las crisis epilépticas que padezco. También entiendo, por tanto, que hay probabilidades de fracaso de la intervención y de que no se consiga la desaparición o una disminución muy importante del número de crisis epilépticas.

Entiendo además que no puedo abandonar la medicación antiepiléptica, que he de seguir tomando hasta nuevas órdenes médicas.

*Por último se le recuerda que tiene el derecho, en cualquier momento de retirar la autorización.*

En consecuencia, de forma expresa autorizo y doy mi consentimiento:

Firma del paciente o representante

Firma del médico

Colegiado número:.....

En ..... de ..... de ..

*En caso de no firmar el paciente, sino el representante indíquese la causa:*

- Por ser menor de edad o estar incapacitado
- Por delegación voluntaria
- Porque la situación del paciente no lo permita

