

Consentimiento informado para el tratamiento con ultrasonido focal de alta intensidad (HIFU) para temblor esencial

MÉDICO QUE INFORMA:

APELLIDOS: **NOMBRE:**

Usted padece un temblor esencial cuyos síntomas le provocan incapacidad en varias actividades de la vida diaria. A pesar de haber intentado distintos tratamientos farmacológicos, ningún medicamento ha conseguido mejorar de manera significativa su situación. Su neurólogo considera que puede beneficiarse del tratamiento con **Ultrasonido Focal de Alta Intensidad (HIFU)**. Este procedimiento consiste en la provocación por ultrasonidos de una lesión milimétrica en un núcleo del cerebro que se llama **VIM del talámo** (dicha lesión se llama "talamotomía"). El **objetivo** de este tratamiento es reducir la actividad anómala de determinadas zonas cerebrales, con lo que se pretende mejorar sus síntomas y permitirle disfrutar de una mayor calidad de vida. Las lesiones en este núcleo para controlar el temblor se realizan desde hace más de 50 años, sin embargo, la técnica por ultrasonidos permite llevarla a cabo sin acto quirúrgico, con lo que al hacerlo sin ninguna incisión craneal, se reduce significativamente el riesgo de complicaciones.

Del tratamiento que se le ofrece se han comunicado hasta el momento resultados prometedores a corto y medio plazo. También debe saber que la mejoría se producirá casi exclusivamente en el lado contrario al lado del cerebro donde será intervenido.

El **tipo de procedimiento** que le realizaremos tendrá una duración estimada de 4-6 horas y usted estará consciente durante toda la intervención. En primer lugar se deberá rasurar todo el pelo de su cabeza y se le colocará un marco de esterotaxia (una especie de casco para fijar su cabeza a la resonancia magnética e impedir que se desplace). Se le colocarán medias compresivas en las piernas para evitar el riesgo de una trombosis por inmovilidad. Posteriormente se le situará en una máquina de resonancia magnética dónde se llevará a cabo el procedimiento. En todo momento se velará por su comodidad y bienestar y tendrá la posibilidad de comunicarse con el equipo médico de manera directa o avisando inmediatamente presionando un botón de alarma de un mando que tendrá usted en su mano. Será muy importante que esté lo más inmóvil posible cuando nosotros se lo pidamos. Durante el procedimiento, valoraremos en distintos momentos la mejoría de su temblor.

¿Cuáles son los posibles riesgos?

A pesar de la correcta realización de la técnica pueden aparecer complicaciones o efectos indeseados:

- Asociados con la Resonancia Magnética: podría sentir ansiedad o claustrofobia, si fuera así no dude en avisarnos.

- Asociados a los ultrasonidos: podría sentir sensación de calor en la cabeza, dolor de cabeza, desorientación, sensación de mareo o vértigo, hormigueos en la cabeza, náuseas e incluso sufrir vómitos. Deberá informarnos enseguida si siente náuseas.
- Asociados al procedimiento de talamotomía: alteración del habla, desequilibrio, hormigueos o dolor en el lado contrario a la lesión

Aunque generalmente se trata de efectos pasajeros o bien tolerados podrían ocurrir acontecimientos **graves**, como el sangrado intracerebral o infarto cerebral en el área de insonación. Estas complicaciones pueden dejar secuelas o incluso ser causa de fallecimiento. Lo más habitual es que se trate de problemas **poco importantes** o pasajeros, como pequeños hematomas o desorientación transitoria.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos.

El paciente D./Dña. _____, o su representante legal _____, declara que:

- HA RECIBIDO INFORMACIÓN** sobre el procedimiento propuesto y sus posibles alternativas.
- ESTÁ SATISFECHO** con la información recibida y ha tenido posibilidad de aclarar todas sus dudas sobre el tema.
- CONCEDE SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento previsto y conoce su derecho a revocar dicho consentimiento en cualquier momento previo a la realización del mismo, sin necesidad de tener que explicar sus causas.

En _____, a _____ de _____ de 2 _____

EL INTERESADO O RESPONSABLE LEGAL
D.N.I.: _____

EL MÉDICO INFORMANTE

REVOCACION

Don/Dña. _____ con
DNI _____ revoco el consentimiento para realización del
procedimiento previsto.

En _____, a _____ de _____ de 2 _____

EL INTERESADO O RESPONSABLE LEGAL

EL MÉDICO INFORMANTE