

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
CIRUGIA DE ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA**

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**

**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.

Existen 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. Hay 3 localizaciones principales en que la estimulación puede controlar los síntomas incapacitantes: tálamo, subtálamo, núcleo pálido.

**¿En qué consiste la operación?**

La intervención quirúrgica consiste en la implantación, con técnicas estereotáxicas, de un electrodo al nivel de uno de los núcleos mencionados anteriormente. Este electrodo se conectará posteriormente, en la misma intervención o en una segunda intervención, a un estimulador que se coloca en la parte superior del pecho. Es una intervención compleja, de larga duración y que precisa de su colaboración mientras se lleva a cabo.

**En primer lugar**, a Ud. se le colocará, con anestesia local, un marco metálico especial fijado al cráneo. Según se precise, se le realizan las pruebas radiológicas (Resonancia Magnética, TAC, Radiografías) que permiten localizar con precisión el lugar en donde colocar la punta del electrodo.

**En un segundo tiempo**, se le lleva al quirófano. Allí permanece despierto, aunque el anestesista estará ayudándole para hacer que el procedimiento le resulte lo más confortable posible. Con anestesia local se le realiza un pequeño orificio en el cráneo y se introduce un electrodo especial que permite registrar la actividad de las neuronas y estimularlas.

Es importante que Ud. esté despierto y colabore con nosotros en la observación de los síntomas que note (hormigueo, movimientos, disminución o desaparición del temblor, etc.) y que un médico comentará continuamente con Ud. En ningún momento este registro y estimulación neuronal produce dolor.

Si estamos en el núcleo deseado, bajo control radiográfico, se llevará el electrodo al punto localizado y se finaliza a intervención. En ocasiones se procede directamente a la implantación

del estimulador (que se coloca subcutáneamente en la parte superior del pecho), bajo anestesia general, tras retirar el marco estereotáxico.

En otras ocasiones el electrodo se deja conectado a un cable que sale por la piel, para permitir observar los efectos de la estimulación en los días posteriores. En caso de ser favorable, en una segunda intervención, se conecta el electrodo al estimulador.

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

### **¿Cuáles son los riesgos, complicaciones y secuelas posibles?**

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, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento**:

1. Tras implantación de un estimulador cerebral profundo existen riesgos de que se aparezcan déficits neurológicos. Los más específicos son: alteraciones en el habla, sensaciones molestas durante la estimulación, sensación de miedo.
2. Rara vez las complicaciones anteriormente descritas no se toleran y obligan a retirar el electrodo y el estimulador.
3. No es habitual, pero a veces estas complicaciones, a pesar de la retirada del sistema, son definitivas.
4. Es excepcional, pero, a consecuencia de la manipulación quirúrgica, se pueden producir hemorragias que pueden ser muy graves y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.
5. Los riesgos de infección no son habituales, pero si aparecen y no se soluciona con antibióticos, es necesaria otra intervención para retirar todo el sistema.
6. En el postoperatorio van a seguir presentándose otros síntomas de la enfermedad, que no son controlables con la estimulación.
7. Reacciones alérgicas. Si tiene antecedentes alérgicos comuníquenoslo.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### **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 **Cirugía de Estimulación Cerebral Profunda** 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 LA CIRUGIA DE ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA**, 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:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
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)