

**1. ¿Qué es?** Es un procedimiento que pretende mejorar determinados síntomas neurológicos (dolor, angina, trastorno circulatorio, epilepsia, temblor, espasticidad) con la estimulación eléctrica de una porción concreta del sistema nervioso, específica para cada indicación. Si el efecto de la neuroestimulación desaparece, el sistema implantado se desactiva o retira, quedando el sistema nervioso indemne.

El dispositivo sonará en los controles de objetos metálicos (bancos, aeropuertos, etc.), por lo que llevará una tarjeta de identificación. Está contraindicado realizar Resonancia Magnética o tratamiento con aparatos de diatermia (microondas, onda corta, ultrasonidos).

## 2. ¿Cómo se realiza?

- **NEUROESTIMULADOR MEDULAR:** consta de dos fases. En la primera se implanta un electrodo en el espacio epidural, dejándolo en el sitio adecuado, de acuerdo a una estimulación peroperatoria. Tras un periodo de prueba ambulatorio, se implanta el generador o pila, que se conecta al electrodo. Finalmente se programa el sistema.
- **NEUROESTIMULADOR CEREBRAL:** consta de dos fases. En la primera, se implanta un electrodo en un núcleo cerebral. Para ello, se utiliza la técnica estereotáctica y una estimulación peroperatoria de prueba. Tras un periodo de prueba ambulatorio, se implanta el generador o pila, que se conecta al electrodo. Finalmente se programa el sistema.
- **NEUROESTIMULADOR VAGAL:** consiste en colocar un electrodo alrededor del nervio vago en el cuello y de un generador o pila, que se conecta al electrodo. Posteriormente se programa el sistema.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?** Se trata de una intervención compleja y delicada y puede haber complicaciones intra o postoperatorias (hemorragia, infección). Cualquiera de estas complicaciones puede llevar a un empeoramiento neurológico transitorio o permanente de los síntomas del paciente o a la aparición de otros síntomas nuevos. Cuando se coloca un sistema de neuroestimulación, como en toda prótesis mecánica puede aparecer precoz o tardíamente la infección, fractura o deterioro del sistema, lo que puede hacer necesaria la revisión y recambio del mismo. Las pilas se agotan con el uso y deben reemplazarse en ese momento. La mortalidad postoperatoria es excepcional, pero posible en la neuroestimulación cerebral. Toda intervención quirúrgica conlleva un riesgo, pero a la hora de proponerle este tratamiento lo hacemos en la confianza de que el beneficio esperable compensa el riesgo que se asume. De forma regular se le suministrará información de la evolución del paciente y en caso de complicaciones de cuál es su gravedad. *Frecuencia de las complicaciones más habituales:* Estimulo desagradable o no deseado causante de molestias, por lo que necesitará reprogramación o revisión; Rotura o migración de los electrodos, que se comprobará con RX y necesitará una revisión; Infecciones, obligando a la retirada del sistema en los casos más graves; Hematoma; Fístula o salida de líquido cefalorraquídeo; Mortalidad (posible).

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** la neuroestimulación no cura la enfermedad, pero alivia los síntomas o los hace más fácilmente controlables con el tratamiento médico, de forma que aumenta la calidad de vida.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** persistencia o agravamiento de los síntomas actuales, lo que incrementa su riesgo vital, hace más difícil la recuperación funcional y el control de la enfermedad. Las consecuencias previsibles de su no realización son:

**6. Alternativas:** mantener el tratamiento actual.

**7. Riesgos en función de su situación:**

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

**AUTORIZACIONES:**

**Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.**

**Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.**

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

**REVOCACIONES:**

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha \_\_\_\_\_

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:**

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma: