CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL (EMT)

Fecha: ____/____/_____

---

1. Naturaleza del procedimiento

La Estimulación Magnética Transcraneal (EMT) es un procedimiento **no invasivo** que utiliza una bobina colocada sobre el cuero cabelludo para generar pulsos magnéticos que estimulan regiones específicas del cerebro. Su objetivo es modular la actividad cerebral con fines **terapéuticos**, de acuerdo con la indicación médica.

Cada sesión puede durar entre **3 y 40 minutos**, dependiendo del protocolo. Usualmente se requieren entre **20 y 30 sesiones**, aplicadas de forma ambulatoria y programadas según criterio del especialista.

Este procedimiento debe ser indicada por su médic@ tratante y valorado por **médicos especialistas** en CIFEL.

---

2. Beneficios esperados

La EMT ha demostrado beneficios clínicos en patologías como:

- **Depresión mayor resistente:** mejoría del estado de ánimo, energía y funcionamiento.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):** disminución de compulsiones y obsesiones.

Nota: La respuesta terapéutica puede variar entre individuos. **No se garantiza mejoría completa**, pero existe evidencia científica que respalda su uso en estas condiciones.

---

3. Posibles molestias y riesgos

Durante o después del procedimiento pueden presentarse:

Frecuentes (10–40%)

- Dolor leve o presión en cuero cabelludo

- Movimientos musculares involuntarios de la cara o manos
- Cefalea leve
- Molestia por el sonido del equipo

Ocasionales (1–5%)

- Mareo transitorio
- Fatiga
- Ansiedad o inquietud leve

Raros pero serios (<0,1%)

- **Crisis convulsiva**, especialmente en personas con factores de riesgo
- **Cambios del estado del ánimo**, como activación o irritabilidad en casos aislados

Con base en guías internacionales de seguridad (IFCN, Rossi 2021), la EMT es considerada un procedimiento seguro cuando se realiza bajo parámetros adecuados.

---

4. Contraindicaciones y precauciones

Es necesario informar al médico tratante si presenta alguna de las siguientes situaciones:

- Implantes metálicos o eléctricos en cabeza y cuello (excepto titanio)
- Implantes cocleares, marcapasos o neuroestimuladores
- Antecedentes de epilepsia, convulsiones, traumatismo craneoencefálico severo
- Embarazo o posibilidad de estarlo
- Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas
- Uso de medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo (ej.: antipsicóticos, antidepresivos tricíclicos, bupropión, tramadol, estimulantes, entre otros)

La EMT **no debe administrarse** sin valoración médica previa en estos casos.

---

5. Alternativas terapéuticas

De acuerdo con la valoración clínica, existen otras alternativas como:

- Manejo farmacológico
- Psicoterapia
- Programas de rehabilitación en salud mental
- Otras intervenciones según la patología

El médico tratante explicará las opciones disponibles, sus beneficios y riesgos.

---

6. Qué sucede si decido no realizar el procedimiento

No realizar la EMT no afectará mi acceso a otros servicios, pero puede implicar **persistencia o progresión de mis síntomas**, dependiendo de mi condición clínica.

---

7. Forma de realización

- Me ubicaré sentado/a en una silla clínica.
- Se aplicarán pulsos magnéticos sobre áreas específicas del cráneo.
- Escucharé un sonido repetitivo, para lo cual se usarán **tapones auditivos**.
- Puedo solicitar pausas si siento molestias.
- Durante la sesión habrá supervisión médica directa y personal entrenado.
- Algunos procedimientos pueden contar con apoyo de médicos en formación (Residentes), **siempre bajo supervisión de un especialista**.

---

8. Acompañante

Para mi seguridad y bienestar, se recomienda asistir con acompañante. El acompañante **no ingresa a la sala de procedimiento**, pero permanece disponible en el área asignada durante la sesión.

---

9. Derechos del paciente

Declaro que:

- He recibido información clara, suficiente y comprensible sobre la EMT.
- Se me dio tiempo para hacer preguntas y reflexionar.
- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin perjuicio en mi atención.
- Puedo solicitar una **copia de este consentimiento**.
- Este documento hará parte de mi **historia clínica**.

---

10. Signos de alarma posteriores a la sesión

Debo consultar por urgencias o con mi médico tratante en caso de presentar:

- Dolor de cabeza intenso que no mejora
- Crisis convulsiva
- Confusión o pérdida de conciencia
- Debilidad súbita, dificultad para hablar o alteraciones visuales
- Empeoramiento notable del estado del ánimo o pensamientos de autolesión

---

11. Confidencialidad

Mis datos serán tratados de forma confidencial conforme a la **Ley 1581 de 2012** y el **Decreto 1377 de 2013**.

Solo serán utilizados para mi atención y seguimiento clínico.

CONSENTIMIENTO CLÍNICO

Declaro que he leído (o me han leído) este documento, que comprendo la información entregada y que autorizo de manera libre, voluntaria e informada la realización del procedimiento de Estimulación Magnética Transcraneal (EMT) en CIFEL.

Firma del paciente: _____

Firma del médico tratante: _____

Fecha: _____

---

12. AUTORIZACIÓN SEPARADA PARA USO DE DATOS CON FINES DE INVESTIGACIÓN

(Esta sección NO es obligatoria para acceder al procedimiento asistencial)

De manera independiente al consentimiento clínico, **autorizo de forma voluntaria** que parte de los resultados obtenidos durante mi proceso de atención (escalas, parámetros técnicos, evolución clínica, registros operativos) puedan ser utilizados con fines **académicos o investigativos** por CIFEL, siempre de forma **anónima**, sin incluir información que permita identificarme.

Esta decisión:

- **Es opcional** y no afecta mi atención
- Puede ser **revocada en cualquier momento**
- Será utilizada únicamente en proyectos aprobados conforme a las normas éticas de investigación en salud (Resolución 8430 de 1993)

☐ **Sí autorizo**

☐ **No autorizo**

Firma del paciente: _____

Fecha: _____