

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MONITORIZACIÓN INTENSIVA VÍDEO-ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La monitorización intensiva con vídeo-EEG es una prueba que permite estudiar cómo funciona la actividad cerebral durante varios días.

Para ello, se registra de forma continua la actividad eléctrica del cerebro mediante una prueba llamada electroencefalograma (EEG). A la vez, se graba al paciente con una cámara de vídeo.

Para realizar la prueba, se colocan unos pequeños sensores (electrodos) sobre la cabeza. Estos sensores se fijan con un adhesivo especial. La colocación de los electrodos no duele y no requiere cirugía ni pinchazos.

Durante la prueba, el paciente permanece ingresado en una habitación equipada con cámaras. La actividad cerebral y las imágenes se registran las 24 horas del día durante varios días.

En algunos casos, y siempre bajo control médico, puede ser necesario reducir o suspender de forma temporal medicamentos. También se pueden realizar determinadas actividades, como respirar más rápido de lo normal (hiperventilación) o exponerse a la estimulación de luces intermitentes. Estas medidas ayudan a que aparezcan los episodios que se quieren estudiar, para poder analizarlos mejor.

La finalidad de esta prueba es registrar y estudiar las crisis epilépticas u otros episodios similares. Esto ayuda a conocer mejor su causa ya a elegir el tratamiento más adecuado. También permite diferenciar las crisis epilépticas de otros episodios que no están causados por epilepsia.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Irritación o molestias leves en la piel de la cabeza por los electrodos o el adhesivo utilizado.
- Molestias o incomodidad por tener que permanecer ingresado varios días y conectado al equipo de registro.
- Dificultad para dormir o cansancio durante la realización de la prueba.

Riesgos poco frecuentes y/o graves:

- Aparición de crisis epilépticas más frecuentes o más intensas de lo habitual.
- Caídas, golpes o lesiones producidas durante una crisis.
- Crisis prolongadas o varias crisis seguidas que puedan requerir tratamiento urgente.
- En casos muy raros (altamente infrecuentes), durante una crisis puede producirse lo que se llama SUDEP, que es una muerte súbita e inesperada en personas con epilepsia.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces puede

ser necesario recurrir a otro tipo de tratamientos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- ☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión
☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas son:

- Electroencefalograma convencional.
- Electroencefalograma tras privación de sueño.
- Electroencefalograma ambulatorio prolongado realizado en el domicilio.
- Otras pruebas de imagen como la resonancia magnética cerebral.

AUTORIZACIÓN PARA "MONITORIZACIÓN INTENSIVA VÍDEO-ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)"

Yo, D./D^a. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a. _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: _____ revoco el consentimiento previo. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: