

DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO DEL SUEÑO O POLISOMNOGRAFIA

Paciente	Historia	Habitación
_____	_____	_____
Nombre Paciente:		
Dr:		
C.I.A.:		
Planta:		
F. Ingreso:F. Nacimiento:		

1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La polisomnografía (PSG), es una técnica de estudio para diagnosticar algunas alteraciones que sólo aparecen cuando dormimos, como por ejemplo las paradas respiratorias (apneas), y otras que pueden verse facilitadas por el sueño, como la epilepsia. Durante la exploración se registran una serie de señales fisiológicas como son la actividad cerebral, el ritmo cardíaco, la respiración, la actividad muscular, movimientos corporales, posición del enfermo, la cantidad de oxígeno en sangre, los movimientos de los ojos y los ronquidos. Estos estudios pueden realizarse en distintos momentos aunque siempre se intenta que sean lo más parecido al sueño natural: pueden ser nocturnos realizándose la exploración durante toda la noche, o pueden ser siestas de larga duración por la mañana o la tarde generalmente después de haber reducido las horas de sueño nocturnas (estudios de privación de sueño). En ciertos casos para completar el diagnóstico se necesitan unos estudios especiales que consisten en registrar varias siestas de unos 20 minutos, alternadas con periodos de vigilia (Test de Latencias Múltiples de Sueño). Se colocan una serie de electrodos superficiales en el cuero cabelludo, cara y cuerpo pegados con una sustancia adhesiva, y unas bandas ajustables en el tórax y el abdomen. La información registrada es almacenada y analizada posteriormente por el médico neurofisiólogo.

Cuando se le cite, el personal le dará convenientemente las indicaciones específicas, pero fundamentalmente debe de acudir duchado y con el pelo limpio, sin lacas, cremas hidratantes o maquillaje, afeitados en el caso de los hombres. También es conveniente haber cenado ligeramente en el caso de sueño nocturno, y no consumir alcohol, tabaco o sustancias que contengan cafeína en las horas precedentes. Puede tomar su medicación habitual y no es conveniente acudir en ayunas en el caso de que se realice por la mañana.

Procure no realizar ejercicio físico o tareas muy estresantes en las horas previas. Cuanto más relajado y tranquilo se encuentre mejores serán los resultados obtenidos. En estas exploraciones, a excepción de los niños, el paciente permanecerá solo durante el registro, y no es conveniente llevarse radios, teléfonos móviles, revistas o libros para conciliar el sueño.

2. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El diagnóstico y estudio de las enfermedades que alteran o se manifiestan principalmente durante el sueño.

Aporta una ayuda importante en el diagnóstico de su enfermedad, por lo que es necesario que se la realice si así lo considera su médico responsable.

En la actualidad la polisomnografía es la técnica más asequible, cómoda y segura para estudiar los fenómenos fisiológicos que acontecen durante el sueño y las enfermedades relacionadas.

3. ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

En la actualidad estas pruebas no pueden sustituirse por otras que proporcionen una información similar sobre el estudio del sueño y sus alteraciones.

En el caso de ciertas alteraciones cardiorespiratorias durante el sueño, (apneas del sueño), existen estudios reducidos (estudios cardiorespiratorios), que pueden estudiar parte de la enfermedad, si bien, no son adecuados para el estudio completo del sueño, ni son aceptados por las Sociedades científicas para el correcto ajuste de la CPAP.

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

No producen ninguna consecuencia negativa previsible.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de no realizarse se perdería información diagnóstica o de seguimiento que podría ser importante para el seguimiento y tratamiento correcto de su enfermedad.

6. RIESGOS FRECUENTES

Esta prueba no entraña ningún riesgo en sí misma. No producen ninguna consecuencia importante previsible.

7. RIESGOS POCO FRECUENTES

Los pacientes con epilepsia pueden sufrir alguna crisis debido al fenómeno facilitador del sueño, lo que en cualquier caso ayudaría al diagnóstico y tratamiento. Durante la exploración permanecerá monitorizado y asistido por personal especializado. Raramente ligera irritación de la piel por la colocación de los electrodos, que desaparecerá en horas o días.

8. RIESGOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son
.....
.....
.....

9. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Don/doña..... de.....años de edad, con domicilio en.....,DNI y nº de SIP

Don/doña..... de.....años de edad, con domicilio en..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente.....

DECLARO:

Que el Doctor/a..... me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de.....

En..... a de de 2.....

Fdo.: Don/doña.....

Fdo.: Dr/a..... DNI.....

Nº de colegiado:

10. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... de..... de 2.....y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En..... a de de 2.....

Fdo.: Don/doña.....

Fdo.: Dr/a.....

Nº de colegiado: