



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Los potenciales evocados (PE) son la técnica diagnóstica que sirve para explorar las vías nerviosas que llevan la información desde los órganos de los sentidos hasta el cerebro.
2. **¿Cómo se realiza?:** La forma de realizarlos depende de la vía sensorial que se quiera explorar, por lo que hay distintos tipos de potenciales evocados. En casi todos se colocarán unos electrodos de registro en el nivel de cuero cabelludo que pueden ser de superficie pegados con una pasta conductora, o pueden ser unas agujas muy finas, desechables y sin ningún riesgo de contagios, que se colocan bajo de la piel. Dependiendo del tipo de potencial también se pueden poner electrodos en otros puntos del cuerpo. Para realizar esta prueba es necesario que acuda con el pelo lavado, sin llevar fijador, laca o cualquier otro producto cosmético. No debe venir en ayunas, se puede desayunar o comer normalmente. En los estudios visuales si lleva habitualmente gafas o lentillas debe traérselas consigo y utilizarlas durante la exploración. La sedación del/de la paciente es necesaria para asegurar que se mantiene inmóvil. El efecto de sedación puede durar entre 4 y 12 horas.

### Tipos de potenciales evocados:

- **Visuales:** sirven para explorar el funcionamiento del nervio óptico y las vías visuales cerebrales. El/la paciente mira una pantalla de ordenador con unos cuadros cambiantes o una luz en forma de flash. Electrorretinograma: sirve para estudiar la retina. Se realiza una estimulación visual con destellos de luz de distintos colores, y se registra la respuesta en unos electrodos en forma de hilos muy finos en el párpado o en forma de lentillas. En ocasiones se administrará un colirio anestésico para que el electrodo no produzca molestias. Deberá estar unos 20 minutos en reposo adaptándose a la oscuridad y después a la luz.
  - **Auditivos:** estudian la vía auditiva hasta el cerebro. Se colocan al/a la paciente unos auriculares mediante los cuales escuchará un sonido a distintas intensidades. Las respuestas se registran con unos electrodos pegados al cuero cabelludo y lóbulos de las orejas.
  - **Somatosensoriales:** estudian las vías de las sensaciones cutáneas desde la mano o el pie, pasando por los nervios, la médula espinal hasta llegar al cerebro. Se estimula la piel con corriente eléctrica, que el/la paciente siente como una especie de latidos o golpes rápidos en la muñeca o el tobillo. También puede estimularse en otros niveles, en función de los nervios a explorar.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** Esta prueba no entraña ningún riesgo en sí misma. Suele ser poco molesta, y generalmente bien tolerada. No produce ninguna consecuencia importante previsible. La sedación presentará los riesgos inherentes a la misma (el/la médico/a o el/la enfermero/a que realice la prueba, le indicará en cada caso el sedante utilizado, y los posibles riesgos asociados a éste y contestará a las dudas que usted tenga).
    - **Frecuentes (más del 10%):** La estimulación eléctrica utilizada en los potenciales somatosensoriales puede resultar incómoda, pero totalmente soportable.
    - **Infrecuentes (menos de 10%):** Muy rara vez los electrodos del cuero cabelludo pueden dejar una mínima irritación que desaparece espontáneamente en pocos días.
  4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La realización de estas pruebas 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 un tratamiento correcto.
  6. **Alternativas:** En la actualidad estas pruebas no pueden sustituirse por otras que proporcionen una información similar sobre la función de las vías y los centros nerviosos que se estudian.
  7. **Riesgos en función de su situación:** Es importante que indique al personal responsable las medicaciones que está consumiendo para que pueda valorar la posible interferencia con los resultados obtenidos.



**GENERALITAT VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

## POTENCIALES EVOCADOS SI PRECISA SEDACIÓN

### DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

#### DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP		DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

#### DATOS REPRESENTANTE LEGAL

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

#### DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento  No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

### REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_