



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

Consejería de Salud

Hospital

Servicio de Medicina Interna

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Biopsia de nervio

INFORMACIÓN

¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA?

Es una prueba diagnóstica para obtener una pequeña muestra de un nervio, generalmente localizado en la parte posterior de la rodilla.

En primer lugar, se le administrará un anestésico local. Cuando se le inyecte la anestesia puede experimentar un pinchazo o sensación de quemazón, que desaparecerá en pocos segundos.

A continuación se realizará una incisión en la piel con el fin de separarla para acceder al nervio. De este se extraerá un fragmento de 2-3 cm. Es posible que note un cierto dolor al seccionar el nervio. En la mayoría de los casos y en el mismo momento se obtendrá un pequeño fragmento de un músculo próximo al nervio para aumentar las posibilidades diagnósticas.

Posteriormente se procederá a cerrar la incisión mediante puntos de sutura.

La duración total de la exploración es normalmente de unos 60 minutos.

Antes de la prueba debe comunicar si toma algún tratamiento antiagregante (Aspirina® o similar) o anticoagulante (Sintrom®) y si es alérgico a los anestésicos locales.

Durante las 48 horas siguientes a la intervención, es conveniente que haga reposo relativo andando lo mínimo necesario.

Se marchará con unos puntos de sutura que deberán retirarle de forma ambulatoria al cabo de 7-10 días en su CAP. Le recomendamos hacer curas tópicas de la herida con antiséptico (solución de alcohol yodado, por ejemplo) hasta la retirada de los puntos.

¿PARA QUÉ SIRVE?

El estudio microscópico podrá revelar alteraciones que afectan a los nervios, generalmente debidas a una inflamación de los vasos sanguíneos de la zona (vasculitis o arteritis).

¿QUÉ RIESGOS PUEDE HABER?

- En general, los riesgos son pequeños y poco frecuentes (5% de los casos).
- Es frecuente que una zona del pie (talón) quede con menor sensibilidad.
- En el lugar de la incisión puede sentir un dolor leve durante unos días. Además puede aparecer infección, sangrado, hematoma o fallo de la sutura.

Riesgos personalizados:

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

¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO?

La biopsia de nervio es la prueba más adecuada para el diagnóstico de su enfermedad.

¿QUÉ CONSECUENCIAS SON PREVISIBLES DE LA NO REALIZACIÓN?

No llegar a un diagnóstico preciso limita las posibilidades de un tratamiento correcto.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.

Antes de facilitar esta hoja de Consentimiento Informado a su paciente, compruebe si su Centro o Comunidad Autónoma posee un modelo específico para este procedimiento.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

Consejería de Salud

Hospital

Servicio de Medicina Interna

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Biopsia de nervio

CONSENTIMIENTO

Tras haber recibido información verbal clara y sencilla y leer este escrito explicativo sobre la BIOPSIA DE NERVIOS, he podido hacer preguntas y aclarar mis dudas sobre qué es, cómo se hace, para qué sirve, qué riesgos conlleva y por qué es importante en mi caso.

Así, tras haber comprendido la información recibida, doy libremente mi consentimiento para la realización de dicho procedimiento.

También se me ha indicado que puedo tener una copia de este documento y que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento.

Observaciones del paciente

CONSENTIMIENTO Lugar y Fecha

Firma del paciente
(familiar o representante legal en caso de incapacidad)
DNI.....

Firma del médico
(responsable de la información)
N.º Colegiado.....

DENEGACIÓN Lugar y Fecha

Firma del paciente
(familiar o representante legal en caso de incapacidad)
DNI.....

Firma del médico
(responsable de la información)
N.º Colegiado.....

REVOCACIÓN Lugar y Fecha

Firma del paciente
(familiar o representante legal en caso de incapacidad)
DNI.....

Firma del médico
(responsable de la información)
N.º Colegiado.....

Fecha de Validación