

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**1. ¿Qué es?:** Es una prueba que consiste en la administración del medicamento llamado Tensilón® (cloruro de edrofonio) o, como alternativa, el Anticude® (bromuro de edrofonio) y en la observación de la respuesta muscular. Se usa para ayudar a diagnosticar la miastenia gravis (una enfermedad de la unión neuromuscular crónica, progresiva, caracterizada por fatiga y debilidad de los músculos voluntarios). Es útil para diferenciarla de otras enfermedades que pueden dar síntomas parecidos.

**2. ¿Cómo se realiza?:** Mediante la administración del fármaco a través de una vena. Es posible que antes su médico/a intente fatigar los músculos haciéndole realizar varios ejercicios como abrir y cerrar los párpados, contar hasta 100 en voz alta hasta que la voz disminuya o mantener los brazos levantados por encima de los hombros hasta que se caigan. Una vez administrado el medicamento usted y su médico/a deben estar muy atentos para ver si disminuye la fatiga del músculo. La prueba se considera positiva si la fatiga muscular disminuye. La prueba se puede repetir con dosis adicionales de Tensilón® si fuera necesario. Generalmente no se necesita ningún tipo de preparación. Previamente puede ser necesario dejar de tomar algún medicamento.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?:**

- **Frecuentes (más del 10%):** Se siente un pinchazo agudo al insertar la aguja en la vena (generalmente en brazo). Puede notar alguno de los efectos secundarios del fármaco como aumento de salivación, náuseas, sudoración, fasciculaciones (pequeños temblores bajo la piel), retortijones y molestias abdominales o ligero temblor en párpados. En ocasiones hay sensación de palpitaciones. Estos efectos son de corta duración.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** En ocasiones hay sensación de palpitaciones y pueden existir trastornos del ritmo cardiaco potencialmente graves. La prueba se realiza teniendo siempre a mano un antídoto del Tensilón® que es la atropina.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** La respuesta a este medicamento puede variar en cada paciente. Por eso al inicio se administran dosis bajas que puede ser necesario aumentar en inyecciones sucesivas. No tiene efectos nocivos a largo plazo.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** Si no se realiza el procedimiento podría ocurrir que el diagnóstico de la enfermedad se retrasara o dificultara.

**6. Alternativas:** Esta prueba suele complementarse con un estudio electromiográfico y con análisis de sangre donde se determinan otras sustancias que pueden estar alteradas en la miastenia gravis.

**7. Riesgos en función de su situación:** Una historia de asma bronquial o arritmias cardiacas son contraindicaciones relativas para esta prueba.

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

# NEUROLOGIA

## PRUEBA DEL TENSILÓN

### 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 DE NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	---------------------	---------------

#### DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. 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 darme 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:

NO AUTORIZO:

Paciente/ su representante:

Profesional sanitario/a:

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

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

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

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

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

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