

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE PRUEBAS CUTÁNEAS CON VENENO DE HIMENÓPTEROS

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Las pruebas cutáneas con extractos de veneno de himenópteros (abeja y avispa) se utilizan para conocer si una persona con historia de reacción a su picadura es alérgica al veneno inoculado por estos insectos. El estudio es muy importante porque las picaduras de himenópteros en pacientes alérgicos a sus venenos pueden producir reacciones graves e incluso mortales.

El procedimiento consta de dos técnicas:

- 1) El extracto comercial de veneno purificado se deposita sobre la piel del antebrazo y después se hace una pequeña punción para que penetre (prueba en prick).
- 2) El veneno se coloca debajo de la capa superficial de la piel mediante una aguja (prueba intradérmica).

En ambos casos se producirá una liberación de sustancias químicas que causarán la formación de un habón y el enrojecimiento de la zona, cuyo tamaño se mide y permite valorar el grado de alergia.

Las pruebas se llevan a cabo en el hospital en condiciones óptimas de seguridad para el paciente y, para evitar reacciones alérgicas graves, se emplean cantidades ínfimas de veneno.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Lo habitual es que se produzcan efectos localizados en la zona de la prueba. No obstante, existe la posibilidad, aunque rara, de que se provoque una reacción generalizada más importante (sensación de ahogo, bajada de la tensión, mareo, pérdida de conciencia), que puede requerir un tratamiento. También existe el riesgo de contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Las pruebas se realizarán con el equipo técnico y personal sanitario especializado en las mismas. El paciente estará protegido continuamente con la asistencia médica y sanitaria adecuada y con los tratamientos que precise.

### 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.

“En los pacientes con enfermedades graves o crónicas y/o en tratamiento farmacológico activo se tendrá en cuenta, tras valoración personalizada del caso, si los beneficios superan los riesgos de la realización del procedimiento”.

### CONTRAINDICACIONES

No tiene.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En algunos casos la indicación de un tratamiento específico (vacuna), puede realizarse sólo con la determinación de las inmunoglobulinas E (IgE) específicas en sangre, pero en general estas pruebas son necesarias para poder decidir el tratamiento más apropiado.

### AUTORIZACIÓN PARA “REALIZACIÓN DE PRUEBAS CUTÁNEAS CON VENENO DE HIMENÓPTEROS”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me 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 padezco, 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 \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

### Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: \_\_\_\_\_, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente: