

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE ELECTROMIOGRAFIA Y VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN DE NERVIOS PERIFERICOS

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las
Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD
N°/2020./INSNSB)

PROCEDIMIENTO: ELECTROMIOGRAFIA Y VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN DE NERVIOS PERIFERICOS

CÓDIGO DE CPMS: 95860; 95861; 95863; 95864; 95887.

**Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades –
Neurología Pediátrica**

Diagnóstico: El estudio de la electromiografía (EMG) y los estudios de neuroconducción (NC) está indicado para el diagnóstico de: patología del sistema nervioso periférico y dar una aproximación a localización anatómica (neurona motora inferior, raíces, plexos, nervios, unión neuromuscular y músculos) y fisiopatología de la enfermedad. En muchos casos será también posible brindar información de la magnitud o gravedad de la misma así como el estado evolutivo (agudo, subagudo o crónico). Toda esta información es de utilidad al clínico para toma de decisiones en cuanto a estudios adicionales a realizar o terapéutica a ser instaurada.

Descripción del Procedimiento:

La electromiografía (EMG) y los estudios de neuroconducción (NC) evalúan la función de músculos y nervios.

Durante la NC o primera parte del estudio se aplicarán pequeñas corrientes en algunas partes del cuerpo para evaluar qué tan rápido viajan los impulsos a través de los nervios. Se le colocarán pequeños discos metálicos o de papel (electrodos) sobre la piel del segmento a estudiar (mano, pierna, etc). Mediante un estimulador el médico le aplicará pequeñas corrientes eléctricas sobre la piel y notará la contracción de los músculos. Esto no le causará daño alguno. La selección de los

nervios a estudiar debe ser individualizada basada en la orden de su médico y los hallazgos clínicos, se puede ir modificando de acuerdo a los datos que se van obteniendo conforme progresa el estudio. Son numerosos los nervios que pueden ser estudiados, sin embargo no resulta ni práctico ni deseable en población pediátrica explorar una cantidad excesiva de nervios. Se realizará estudio de nervios motores y nervios sensitivos, para cada nervio hay una técnica recomendada.

La EMG es la segunda parte del estudio, en la cual se usará un electrodo especial en forma de aguja y se evaluará la función de los músculos. Para esta parte de la prueba se introducirá una aguja muy delgada y estéril en el músculo a estudiar. Esto podrá ser repetido en otros músculos de acuerdo a la solicitud del médico tratante o al criterio del médico que realiza el estudio. Esta aguja permite medir la actividad eléctrica en los músculos. Durante el estudio se registrarán en la computadora algunas ondas que serán luego interpretadas por el médico neurólogo para realizar el informe de la prueba. De acuerdo a la presunción clínica se procederá eligiendo los músculos más importantes para aproximarse al diagnóstico.

Objetivos del Procedimiento:

El objetivo principal del estudio es registrar la velocidad de la conducción de los nervios y el estado funcional de los músculos y nervios para poder detectar la presencia de anomalías que expliquen o estén en relación con los síntomas del paciente.

Beneficios Esperados:

Se espera que con este estudio podamos ayudar a tu médico tratante a llegar al diagnóstico de la enfermedad de tu paciente, a dar una aproximación a localización anatómica (neurona motora inferior, raíces, plexos, nervios, unión neuromuscular y músculos) y fisiopatología de la enfermedad. En muchos casos será también posible brindar información de la magnitud o gravedad de la misma así como el estado evolutivo (agudo, subagudo o crónico). Toda esta información es de utilidad al clínico para toma de decisiones en cuanto a estudios adicionales a realizar o terapéutica a ser instaurada.

Riesgos ó Complicaciones Frecuentes:

Sensaciones lligeramente incómodas y molestias tales como: irritación en la piel en la zona donde se colocó las corrientes eléctricas y dolor o enrojecimiento en las zonas donde colocamos las agujas de electromiografía.

Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes:

Si el paciente sufre de un problema de coagulación o está recibiendo anticoagulantes de cualquier tipo o es portador de marcapasos debe ser informado en este momento, constituye una contraindicación para realizar la NC y EMG. De no informarla o desconocerla al momento de la neuroconducción se podría dañar al marcapasos y al momento de realizarla la electromiografía podría producirse un hematoma, es decir un cúmulo de sangre debajo de la piel, en la zona donde se colocó la aguja de electromiografía.

Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento:

La no realización del procedimiento, posiblemente retrasará el diagnóstico de la enfermedad, sin embargo, la necesidad de este estudio debe ser discutida con su médico tratante, existe la posibilidad de tener otros métodos de diagnóstico alternativos según sea el caso del paciente.

Describir posibilidad de Método diagnóstico Alternativo:

Los estudios de aproximación a un problema neuromuscular son amplios, la NC y EMG podría en algunos casos ser evitado y se reemplazado , según sea el caso, por estudios de laboratorio como creatinkinasa, estudio de resonancia muscular, estudios genético moleculares como MLPA para Duchenne, MLPA para Charcot Marie Tooth y estudios de próxima generación para muchos otros diagnósticos de causa genética. Los estudios neurofisiológicos de ayuda diagnóstica hasta la fecha son importantes en casos de patología de neurona motora, polineuropatía adquirida tipo síndrome de guillain Barré y en algunas miopatías adquiridas.

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

Debemos señalar que en casos en los cuales los niños no colaboren para el estudio porque no lo toleran o se mueven mucho o tienen alteraciones cognitivas, consideraremos que es una limitación técnica, no nos dejaría realizar un estudio completo y por ende en algunos casos excepcionales no podríamos confirmar o descartar el problema por el cual se solicita este estudio de apoyo diagnóstico.

Pronóstico: Bueno (X) Malo () Reservado ()

Recomendaciones/Observaciones:

- Acudir a la cita a la hora indicada.
- Seguir las indicaciones del personal de salud.
- Acudir bañados, habiendo ingerido alimentos ligeros y con ropa cómoda.
- En caso de recibir medicación anticoagulante, el familiar debe preguntarle a su médico tratante la necesidad del retiro, o no, de su medicación previa a la realización del procedimiento.
- Despejar todas sus dudas, antes del inicio del procedimiento.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, con el **Diagnóstico:** patología de neurona motora inferior: atrofia muscular espinal, síndrome post polio o radiculopatías no compresivas o patología a nivel de plexos: plexopatía braquial o lumbosacra traumática o infiltrativa o patología de nervios periféricos: polineuropatías hereditarias o adquiridas o patologías del músculo: miopatías hereditarias o adquiridas u otras patologías del sistema nervioso periférico en estudio

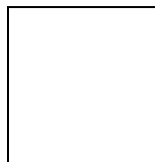
Declaro:

Que el Médico _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del **PROCEDIMIENTO: ELECTROMIOGRAFIA Y VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN DE NERVIOS PERIFERICOS**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para la realización del PROCEDIMIENTO DE ELECTROMIOGRAFIA Y VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN DE NERVIOS PERIFERICOS.

San Borja, de del 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Responsable

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico

CMP N° _____

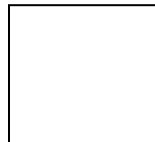
RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha _____ para la realización de _____ y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja, dedel 20.....

Firma del Representante Legal



Huella Digital

Firma del Médico

Responsable

Nombre _____

DNI N° _____

CMP N° _____

RNE N° _____