

Paciente: **BEATRIZ FERNANDEZ SIMON**

Data Nac: 27/03/1975

Sexo: Mujer

NHC: 284418

CIP: 750327FSEI0013

Réxime: REXIMEN XERAL

NSS: 36 10050616 64

Enderezo: **SUB.SAMPAIO CABALARIA, 71 - 36215 VIGO (PONTEVEDRA)**

Teléfono: 986-275317mal

## INFORME MÉDICO

**SERVIZO: ALERGOLOXIA XXIV****MOTIVO DE CONSULTA**

MAP por :

Mujer de 49 años -- tiene que ser sometida a intervencion qx dentista

Comenta que hace años tuviera reacción tras anestesia del dentista.

ITC Alergología.

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Abuelo materno: RAM antihistamínicos.

**ANTECEDENTES PERSONALES**

No DM.HTA. NO DL.

IQX\_ no.

Trat:

FERPLEX 40MG 20 VIALES BEBIBLES 15ML HIERRO ( III ) -PROTEINSUCCINILATO (40.0000 MG) -

MUÑEQUERA: FARMALASTIC TALLA GRANDE EFECTOS Y ACCESORIOS (0.0000 NO APLICA) -

CANDESARTAN 8 MG 28 COMPRIMIDOS

Vivienda actual: casa. Humedad. Deshumidificador. Sin animales.

**ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente de 49 años. Auxiliar socio-sanitario.

Valo rada previamente en este Servicio, con informe de 2013 donde constan los siguientes diagnósticos y recomendaciones ( copio):

**XUÍZO CLÍNICO***- SE DESCARTA HIPERSENSIBILIDAD ALÉRGICA A MEPIVACAÍNA**- REACCION A ANESTESICO LOCAL DESCONOCIDO NO COMPATIBLE CON REACCION ALÉRGICA***PLAN TERAPÉUTICO***EN CASO DE PRECISAR ANESTESIA LOCAL PUEDE USAR MEPIVACAÍNA*

Ahora acude de nuevo aportando nombres de anestésicos locales que empleará su odontólogo actual:

-Scandinibsa: mepivacaína + epinefrina.

-Artinibsa: articaína + epinefrina.

Se programa estudio complementario. Entregado , explicado y firmado consentimiento informado. Copia a paciente y copia a H<sup>a</sup>C<sup>a</sup>**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

Descartada alergia a mepivacaína en el estudio previo realizado.

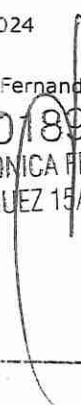
Pendiente de estudio ARTICAÍNA.

**PLAN**

Se programa estudio con ARTICAÍNA.

Vigo, 3 de xullo de 2024

Asdo. Dr./a Monica Fernandez Rodriguez

  
801893  
DRA. MONICA FERNANDEZ  
RODRIGUEZ 15/09965.8



Paciente: BEATRIZ FERNANDEZ SIMON

Data Nac: 27 / 03 / 1975

Sexo: Mujer

NHC: 284418

CIP: 750327FSEI0013

Réxime: REXIMEN XERAL

NSS: 36/10050616/64

Enderezo: SUB.SAMPAIO CABALARIA, 71 - 36215 VIGO (PONTEVEDRA)

Teléfono: 986-275317

## INFORME MÉDICO

**SERVIZO: ALERGOLOXIA XERAL C.EXT.**

### MOTIVO DE ASISTENCIA

sospecha de RAM a anaestésico local

### ANTECEDENTES PERSONAIS

s.i.

anemia ferropénica en tto con Fe

### ENFERMIDADE ACTUAL

Paciente de 37 años que refiere que sobre la edad de 25 años con la administración de AL (?) para 2 exodoncias tuvo un proceso de aparición inmediata (estando en la clínica) con sensación de que se le quedaba una pierna dormida y posteriormente la otra pierna y los 2 brazos. Fue dada de alta con la clínica pero sin notar problemas motores. No presentó clínica cutánea ni respiratoria compatible con proceso alérgico. La clínica cedió espontáneamente a lo largo de unas horas.

Acudió al día siguiente y el odontólogo le dijo que era una reacción de ansiedad y continuaron haciendo nuevos procedimientos dentales con otros anestésicos locales (?). Según la paciente no se puede conseguir la información del AL tolerado.

Actualmente pendiente de nuevo procedimiento dental que va a ser realizado con mepivacaina.

### PLAN DIAGNÓSTICO

- ESTUDIO ALERGOLOGICO AL ANESTESICO LOCAL MEPIVACAINA:

PRUEBAS CUTANEAS EN PRICK E INTRADERMORREACCION A LIDOCAINA, MEPIVACAINA, BUPIVACAINA: negativas

PRUEBA DE EXPOSICIÓN CONTROLADA A MEPIVACAINA SEGUN PROTOCOLO SCHATZ: NEGATIVA

### XUÍZO CLÍNICO

- SE DESCARTA HIPERSENSIBILIDAD ALERGICA A MEPIVACAINA

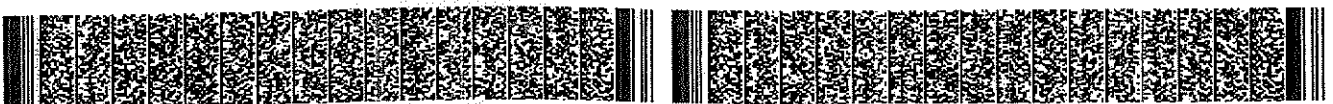
- REACCION A ANESTESICO LOCAL DESCONICIDO NO COMPATIBLE CON REACCION ALERGICA

### PLAN TERAPÉUTICO

EN CASO DE PRECISAR ANESTESIA LOCAL PUEDE USAR MEPIVACAINA

Vigo, 29 de maio de 2014

Asdo. Dr./a Maria Carmen Marcos Bravo



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIO DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS.**



**NHC: 284418**  
**CIP: 750327FSEI0013**  
**FERNANDEZ SIMON**  
**BEATRIZ**  
**DNI: 036084113B**  
**F.N: 27/03/1975**

Nombre del paciente .....  
D.N.I ..... Fecha 3.7.2017  
Nombre del médico que informa .....

**801893**

**INFORMACIÓN**

- \* El estudio de alergias a medicamentos consistirá en la realización de pruebas cutáneas y/o de exposición controlada, además de estudios de laboratorio que precise. La prueba de exposición controlada consiste en la administración de cantidades progresivamente crecientes del fármaco, desde dosis inicial mínima, para valorar la tolerancia del mismo o alternativamente valorar si se producen los síntomas que el paciente atribuye a la administración del mismo. La prueba de exposición controlada se realiza una vez demostrado que las pruebas cutáneas y las pruebas en suero (si procede) son negativas.
- \* Estas pruebas no están libres de riesgo porque, aunque raramente pueden aparecer complicaciones, generalmente menores, excepcionalmente pueden ser graves hasta el punto de comprometer la vida.
- \* Las pruebas se realizarán con el equipo técnico y personal sanitario especializado en las mismas, estando protegido continuamente con la asistencia médica y sanitaria adecuada y con los tratamientos que precise.
- \* En determinadas enfermedades pueden utilizarse otros fármacos alternativos.
- \* Una vez finalizado el estudio y demostrada la tolerancia a un determinado medicamento, no quiere decir que, en un futuro más o menos lejano, no pueda sensibilizarse al mismo.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Declaro que:

- \* He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- \* Estoy satisfecho con la información recibida, pudiendo formular todas las preguntas que he creído conveniente, siendo aclaradas todas mis dudas.
- \* En consecuencia, presto voluntariamente mi consentimiento para la realización del estudio pudiendo, no obstante, revocarlo en cualquier momento.
- \* En caso de no aceptar el estudio, se me deberá suspender el medicamento sospechoso y aquellos pertenecientes a la misma familia farmacológica para evitar reacciones cruzadas. Procediendo en este caso a darme medicación alternativa.

Firma del Paciente

Firma del médico

**801893**  
**DRA. MONICA FERNANDEZ**  
**RODRIGUEZ 15/09965.8**

**CONSENTIMIENTO SUBROGADO**

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para prestar consentimiento, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene ( padre, madre, tutor, etc .)

Nombre..... D.N.I.....

En calidad de ....., autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Firma del representante legal