

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACION CON TOXINA BOTULINICA

Este es un documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO que ha sido preparado por la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial para ayudar a su cirujano a informarle sobre los posibles riesgos y beneficios de la INFILTRACION CON TOXINA BOTULINICA EN LA PARALISIS FACIAL

Según la Legislación Española usted tiene el derecho a ser informado acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento, posibles alternativas, y beneficios y riesgos asociados a las mismas. Es importante que lea la siguiente información de forma cuidadosa y completa, y consulte las dudas que pueda tener, antes de firmar el documento.

La toxina botulínica es una sustancia que impide la liberación de activos que intervienen en la contracción muscular, con lo cual se consigue la relajación del músculo. Se mejora la simetría de la cara, tanto en reposo como en movimiento en los músculos que se contraen en exceso para producir su relajación.

En la parálisis facial puede utilizarse en cualquier momento de la evolución: fase inicial hipotónica, fase de reinervación parcial y fase de secuelas.

Es un tratamiento de eficacia probada en varias alteraciones neurológicas que cursan con espasticidad focal. Sus efectos positivos, terapéuticos, pueden tardar hasta dos semanas en aparecer y desaparecen al cabo de 2 a 6 meses, debiendo repetirse entonces la administración para mantener el efecto.

Se requieren inyecciones periódicas de la toxina en los músculos de la cara. La respuesta a la toxina puede variar en cada paciente. Por ello, al inicio, se administran dosis bajas, que pueden ser aumentadas en inyecciones posteriores. Este procedimiento dura pocos minutos, pero depende del número de zonas a infiltrar.

Este procedimiento se realiza con el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo no está exento de POSIBLES COMPLICACIONES, algunas de ellas inevitables en casos excepcionales, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Debilidad de los músculos tratados, con la consiguiente pérdida de la función de esos músculos, que duraría de 2 a 4 meses.
- Pueden aparecer dolor y hematomas en la zona de inyección.
- Puede no observarse efecto si la dosis ha sido inferior a la necesaria.
- A veces, el organismo fabrica anticuerpos contra la toxina botulínica, que hace que disminuya su eficacia con las inyecciones sucesivas.
- Raras veces, se produce un cuadro de malestar general, similar a una gripe, que dura entre 24 y 48 horas y depende de la dosis administrada.
- Excepcionalmente se produce neuritis (inflamación de los nervios).
- De forma imprevisible se han descrito reacciones alérgicas al fármaco, potencialmente graves. La aparición de estas reacciones es excepcional.
- La dosis de toxina botulínica que puede provocar riesgos potencialmente muy graves es 10 veces mayor que la dosis máxima.

Riesgos específicos en su caso

.....
La intervención puede realizarse con SIN ANESTESIA O BAJO ANESTESIA LOCAL CON O SIN SEDACIÓN con el riesgo inherente asociado a las mismas, que serán informados por su anestesta; y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del tratamiento propuesto, así como sus riesgos conocidos y las alternativas terapéuticas. Además en conversación personal con mi cirujano he tenido la oportunidad de consultar y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de valorar debidamente tanto los posibles riesgos como la utilidad y beneficios que puedo obtener.

Yo, D/Doña.
.....
(nombre y apellidos, a mano, o pegatina del centro sanitario)

COMO PACIENTE (o su representante legal), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el cirujano abajo firmante, y en consecuencia, le AUTORIZO junto con sus colaboradores, para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado.....
.....

En ocasiones excepcionales, durante la cirugía pueden surgir situaciones imprevistas que obliguen al cirujano a realizar algún procedimiento adicional o distinto al planificado. En ese caso, autorizo al cirujano a tomar las decisiones que crea más justificadas y convenientes para mi salud.

Este consentimiento puede ser revocado discrecionalmente por mí, sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....
.....
.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En.....a.....de.....de.....

Firma del paciente
(o su representante legal
en caso de incapacidad)
D.N.I.

Firma del médico responsable
Nombre y N° de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento
Firma del testigo. D.N.I.