

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Este documento informativo pretende explicar de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA**, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

Llamamos aplicación de toxina botulínica a la técnica que tiene como finalidad el tratamiento de las arrugas que han aparecido por contracción de la musculatura facial.

La técnica consiste en la infiltración de la llamada toxina botulínica en determinados músculos de la cara, como los músculos depresores de la ceja y la porción lateral del orbicular de los ojos, con el fin de paralizarlos y hacer desaparecer las arrugas cutáneas finas generadas por su contracción. La toxina botulínica es una sustancia que inhibe la contracción muscular y que tiene como efecto la parálisis del músculo. Al cabo de unos meses, el músculo recupera su actividad.

La inyección de toxina botulínica no es una técnica indolora; las múltiples inyecciones intramusculares se asocian a un dolor significativo cuya percepción es variable según cada paciente. La utilización de un anestésico local es opcional según las características del paciente. Después de cada inyección es necesario aplicar una presión suave en el músculo durante unos minutos para evitar la aparición de hematomas.

La desaparición de las arrugas no es inmediata, sino que han de transcurrir unos días -de tres días a una semana- para que la toxina haga su efecto y se produzca la parálisis del músculo cuya contracción produce las arrugas de esa zona concreta. El efecto de la parálisis es máximo al cabo de unas semanas y va desapareciendo en un plazo de tiempo variable de entre tres y seis meses. Después el músculo recupera su actividad normal y es necesario volver a inyectar la toxina botulínica para paralizarlo de nuevo. La aplicación repetida de toxina botulínica, si bien no se asocia a la parálisis definitiva del músculo, sí se asocia a una mayor duración de su efecto. Las dosis de toxina botulínica utilizadas son tan pequeñas que no producen complicaciones en el resto del organismo.

En caso de tomas de biopsias, se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Mejoría o desaparición de las arrugas por contracción muscular, fundamentalmente las arrugas conocidas como patas de gallo y las arrugas del entrecejo.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La frontoplastia endoscópica y el relleno de arrugas.

C. INFORMADO PARA LA INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de no efectuarse este procedimiento, persistirán las arrugas finas por la contracción de ciertos músculos de la cara.

RIESGOS FRECUENTES

La inyección de toxina botulínica es un procedimiento seguro, los riesgos específicos del procedimiento son escasos y transitorios.

En el caso de aplicación de toxina botulínica en un área equivocada se puede producir un efecto no deseado, como la caída del párpado superior o inferior, la caída de la comisura labial, la parálisis del movimiento del ojo o la caída de las cejas.

Cualquiera de estas deformidades por inyección de la toxina en un área errónea es transitoria.

La aplicación de toxina botulínica puede producir la aparición de hematomas por el propio trauma inducido por la aguja de inyección.

Se recomienda no tomar medicación con efecto anticoagulante una semana antes de este procedimiento.

No hay que ignorar, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades y con la gravedad de las mismas.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA