

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA EN DISTONÍA CERVICAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La distonía cervical es un problema en el que los músculos del cuello se contraen sin que la persona pueda evitarlo. Esto hace que la cabeza adopte posturas anormales, como inclinarse hacia un lado, girarse o moverse sin control. A menudo se acompaña de temblores y dolor.

El tratamiento consiste en inyectar toxina botulínica mediante una aguja en los músculos que están trabajando en exceso.

Estas inyecciones se aplican en uno o varios puntos del músculo. Su efecto es hacer que el músculo se relaje, reduciendo su actividad excesiva.

En la distonía cervical, la toxina se inyecta en los músculos del cuello que causan la desviación.

Se realiza de forma ambulatoria en consulta, sin ingreso. El paciente estará sentado o tumbado boca arriba, según la zona a tratar.

La mejoría suele empezar entre el primer y tercer día después de la inyección. El efecto no es permanente y dura aproximadamente entre 3 y 4 meses, por lo que el tratamiento debe repetirse periódicamente.

La primera vez no se sabe con exactitud qué cantidad es la más adecuada, por lo que se empieza con dosis bajas. Si es necesario, se ajusta en las siguientes sesiones hasta conseguir el mejor efecto.

La finalidad del tratamiento es reducir las contracciones involuntarias de los músculos afectados, disminuir el dolor y mejorar la postura del cuello.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a cualquier intervención y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la técnica son:

- Debilidad en los músculos del cuello.
- Dolor y hematomas en el punto de inyección.
- Dificultad para tragar (riesgo poco frecuente, pero puede ser grave).
- Sensación general parecida a una gripe leve.
- Que el cuerpo genere defensas contra la toxina, haciendo que el tratamiento sea menos eficaz en inyecciones posteriores.
- De forma excepcional pueden aparecer reacciones alérgicas.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces puede ser necesario recurrir a otro tipo de tratamientos.

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.

CONTRAINDICACIONES

- Enfermedades neuromusculares (como la miastenia gravis).

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Tratamiento médico con anticolinérgicos o relajantes musculares.

AUTORIZACIÓN PARA "INFILTRACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA EN DISTONÍA CERVICAL"

Yo, D./D^a. , como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: _____ revoco el consentimiento previo. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: