

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN CUTÁNEA DE TOXINA BOTULÍNICA EN PARÁLISIS FACIAL**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

Este tratamiento se utiliza en la fase crónica de la parálisis facial periférica, especialmente cuando persisten secuelas funcionales o estéticas. Entre las condiciones que pueden abordarse con este tratamiento se incluyen las sincinesias (movimientos involuntarios), la hiperactividad del lado sano de la cara o los espasmos residuales.

La técnica consiste en inyectar pequeñas cantidades de toxina botulínica en puntos específicos del rostro, utilizando una aguja muy fina. Para aumentar la precisión y reducir riesgos. La infiltración puede realizarse bajo control ecográfico o electromiográfico.

El efecto comienza a notarse a los pocos días y suele mantenerse entre tres y seis meses. El tratamiento puede repetirse según la evolución.

Es una técnica mínimamente invasiva y se realiza de forma ambulatoria.

La finalidad de este tratamiento es mejorar la simetría y la expresión facial. No tiene como objetivo recuperar la movilidad de los músculos faciales afectados.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

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

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Dolor local.
- Hematoma en la zona de la inyección.
- Debilidad leve transitoria del músculo tratado, que puede producir asimetrías faciales.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Difusión no deseada de la toxina a otros músculos, debilitándolos.
- Dificultad para cerrar el ojo.
- Reacción alérgica a la toxina.

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

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres en periodo de lactancia
- Enfermedades neuromusculares graves.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Fisioterapia facial especializada.
- Cirugía de reanimación facial.
- Tratamiento médicos complementarios.

### AUTORIZACIÓN PARA "INFILTRACIÓN CUTÁNEA DE TOXINA BOTULÍNICA EN PARÁLISIS FACIAL"

Yo, D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, 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<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, 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:    DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra.   Col. Nº: Servicio de
--	---



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD  
Servicio de  
Otorrinolaringología

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: .....

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: