

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA EN LA ESPASTICIDAD

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La espasticidad es un problema en el que los músculos se contraen sin que la persona pueda evitarlo. Esto puede causar dolor, dificultad para mover las articulaciones, espasmos y posturas anormales, lo que dificulta hacer las actividades del día a día y llevar una vida lo mejor posible dentro de la enfermedad.

El tratamiento consiste en inyectar toxina botulínica mediante una aguja en los músculos que están demasiado contraídos y que causan los síntomas. Normalmente se aplica en varios puntos de uno o más músculos.

Los efectos no son inmediatos. Suelen notarse unos días después de la inyección. Su duración es temporal, entre 3 y 6 meses, por lo que el tratamiento debe repetirse de forma periódica.

La toxina actúa reduciendo la contracción del músculo, haciendo que esté más relajado.

La primera vez que se utiliza este tratamiento no se conoce con exactitud la dosis adecuada para cada paciente, por lo que se empieza con una dosis baja. En muchos casos es suficiente, pero en otros puede ser necesario aumentar la dosis en revisiones posteriores.

El procedimiento se realiza generalmente de forma ambulatoria, en la consulta. El paciente puede estar tumbado boca arriba o sentado, dependiendo de la zona donde se vaya a aplicar la inyección.

El objetivo del tratamiento es disminuir la contracción involuntaria de los músculos afectados y mejorar los síntomas.

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.
- Náuseas-vómitos.
- Somnolencia.
- Debilidad leve transitoria del músculo tratado.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Dificultad para tragar si la infiltración se realiza en la zona del cuello.
- Difusión no deseada de la toxina a otros músculos, debilitándolos.
- Reacción alérgica a la toxina.
- A dosis excesivas: debilidad de músculos distantes al lugar de infiltración, pudiendo afectar a la musculatura respiratoria.

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. Otras alternativas al tratamiento son:

- Uso de medicamentos por vía oral, como anticolinérgicos y relajantes musculares.
- En los casos más graves, uso de medicamentos administrados mediante bombas de perfusión implantadas en la médula espinal, lo que requiere una intervención quirúrgica para su colocación.

AUTORIZACIÓN PARA "INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA EN LA ESPASTICIDAD"

Yo, D./Dª. _____, 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./Dª. _____, 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: