

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA EN BLEFAROESPASMO, DISTONÍA OROMANDIBULAR Y SÍNDROME DE MEIGE

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La toxina botulínica es el tratamiento de elección en las distonías focales, que son enfermedades en las que algunos músculos se contraen de forma excesiva e involuntaria.

El procedimiento consiste en la inyección de la toxina en los músculos afectados con el objetivo de disminuir su contracción y mejorar los síntomas.

En la distonía oromandibular, la toxina se inyecta en los músculos de la cara que están afectados, según se determina en la exploración clínica. En algunos casos, esta distonía se asocia a blefaroespasma, que es una contracción involuntaria y repetitiva de los músculos de los párpados. Cuando ambas condiciones aparecen juntas, se denomina síndrome de Meige. En estos casos, también se inyecta la toxina en los músculos de los párpados.

La mejoría suele comenzar en los primeros días tras la inyección. El efecto es temporal, con una duración aproximada de 3 a 6 meses, por lo que el tratamiento debe repetirse periódicamente.

La dosis inicial puede ajustarse en sesiones posteriores hasta conseguir un efecto adecuado.

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.

La finalidad de este procedimiento es disminuir la intensidad de los síntomas, reduciendo la contracción excesiva de los músculos tratados y mejorando la calidad de vida del paciente.

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:

- Debilidad para masticar.
- Parálisis facial, con asimetrías.
- Dolor local.
- Hematoma en la zona de inyección.
- Inflamación facial.
- Dolor de cabeza.
- Aparición de habla nasal.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Dificultad mayor o menor para tragar.

- En el síndrome de Meige y en el blefaroespasma, al pinchar la toxina en el músculo orbicular de los ojos puede aparecer enrojecimiento ocular, caída del párpado, visión borrosa, visión doble y sequedad de ojos.
- Cierre incompleto del ojo durante el sueño debido a la excesiva debilidad del músculo orbicular.
- Reacciones alérgicas 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

- Enfermedades neuromusculares (como la miastenia gravis).

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

- Uso de fármacos que tienen efecto muy limitado.

AUTORIZACIÓN PARA "INFILTRACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA EN BLEFAROESPASMO, DISTONÍA OROMANDIBULAR Y SÍNDROME DE MEIGE"

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: