

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA EN MIGRAÑA CRÓNICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La infiltración de toxina botulínica tipo A (Botox®) en la migraña crónica está indicada cuando los tratamientos por vía oral no han conseguido mejorar suficientemente los síntomas ni reducir el número de días con dolor.

El procedimiento consiste en inyectar esta toxina en distintos puntos de la cabeza y del cuello, con el objetivo de mejorar el dolor de cabeza.

Esta técnica se realiza de forma ambulatoria, en la consulta de Neurología, con el paciente tumbado boca arriba o sentado, según la zona donde se vaya a aplicar la inyección.

La mejoría suele aparecer entre la primera y la segunda semana tras el tratamiento. Sin embargo, sus efectos son temporales y suelen durar entre 3 y 4 meses. Por ello, no es un tratamiento definitivo y debe repetirse de forma periódica para mantener el beneficio.

La finalidad de este procedimiento es reducir la intensidad y la frecuencia de los episodios de dolor de cabeza, 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

- Aparición de pequeños hematomas.
- Infección en el lugar de la punción.
- Caída del párpado, irritación ocular o lagrimeo o visión doble (inyecciones en región frontal).
- Debilidad del músculo orbicular de los ojos dificultando su cierre durante el sueño.

Riesgos menos frecuentes y/o graves

- Complicaciones hemorrágicas.
- Reacciones alérgicas a la toxina.
- Excepcionalmente, riesgo de diseminación de la toxina produciendo trastornos respiratorios, del habla o de la deglución e incluso consecuencias fatales.

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

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "INFILTRACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA EN MIGRAÑA CRÓNICA"

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: