

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA INTRALARÍNGEA**

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

Existen ciertos problemas de voz llamados disfonías espasmódicas que ocurren cuando los músculos de la laringe (la parte de la garganta que usamos para hablar) no funcionan bien por un problema en los nervios. A veces, esto forma parte de una enfermedad más compleja llamada distonía, que afecta el movimiento de los músculos.

La técnica consiste en introducir una aguja fina, guiada mediante electromiografía o endoscopia, para inyectar una pequeña dosis de toxina botulínica directamente en los músculos de la laringe que presentan actividad excesiva. Esta sustancia bloquea temporalmente la contracción de dichos músculos, lo que ayuda a reducir los espasmos.

La inyección puede realizarse diferentes formas, dependiendo del caso. Puede aplicarse en la parte delantera del cuello o a través de la boca.

Normalmente se hace con anestesia local (solo se adormece la zona), junto con un sedante y un medicamento para el dolor. En algunos casos menos comunes se usa anestesia general.

Si la inyección se hace a través de la piel del cuello es importante no toser ni tragar durante el procedimiento.

La finalidad es mejorar la calidad vocal, reducir la tensión muscular y facilitar la comunicación del paciente, aunque el efecto es temporal y suele durar entre 3 y 6 meses. Puede requerir repeticiones periódicas.

### **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:

- La voz puede seguir igual o cambiar de forma no deseada (por ejemplo, ronquera).
- Dolor o dificultad al tragar, o atragantamiento.
- Salida de sangre por la boca, ya sea del aparato respiratorio o digestivo.
- Sensación de falta de aire (disnea), que en casos muy raros puede requerir una traqueotomía (abrir un orificio en la tráquea para respirar).
- Reacciones alérgicas a la toxina botulínica.
- Si la intervención se realiza a través de la boca, podrían aparecer: heridas en labios o dentro de la boca, dolor en el cuello o dificultad para abrir la boca (trismo), lesión en la mandíbula o pérdida de dientes.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a otro tipo de tratamientos para resolverlos.

### 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

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

### AUTORIZACIÓN PARA "INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA INTRALARÍNGEA"

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:  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: