

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA DEL NERVIIO AURÍCULOTEMPORAL

Nombre y apellidos:
Edad: D.N.I.: N° historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: N° Colegiado:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la denominada INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA DEL NERVIIO AURÍCULOTEMPORAL, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

El síndrome de Frey aparece, con cierta frecuencia, como un efecto secundario de la cirugía de la glándula parótida, por afectación del llamado nervio auriculotemporal.

Este nervio es una rama colateral del llamado nervio trigémino. Este nervio auriculotemporal contiene fibras que inervan las glándulas sudoríparas del cuero cabelludo y fibras que inervan la parótida. Al afectarse este nervio, en el curso de una intervención quirúrgica, las fibras nerviosas pueden entrecruzarse de forma que el estímulo salival acaba produciendo sudor en la región de la parótida y del cuero cabelludo en lugar de la respuesta salival normal. También pueden aparecer enrojecimiento de la mejilla y el área adyacente a la oreja. Estos síntomas pueden aparecer cuando la persona afectada come, o piensa o habla sobre ciertos tipos de comida que producen una fuerte salivación.

La inyección local de toxina botulínica es una forma de tratamiento de esta situación.

Para ello, se realiza una inyección, en la zona afecta, de una sustancia denominada toxina botulínica, llamada así por proceder de un microbio llamado Botulinum. La cantidad inyectada debe de ser decidida por su médico.

La inyección con toxina botulínica no es un tratamiento definitivo sino sólo un tratamiento sintomático y temporal de estos trastornos, que suele durar unos meses, tras los cuales pueda ser necesario repetir la inyección.

Tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias locales que desaparecen rápidamente.

El efecto terapéutico aparece tras unas 48 horas tras la inyección.

La infiltración no es posible si está embarazada o cree que podría estarlo ni durante la lactancia materna. Asimismo hay que informar al médico si está tomando antibióticos o si tiene problemas nerviosos o musculares. Pueden aparecer trastornos en el electromiograma –estudio de la actividad contráctil de los músculos–.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

cuando está indicada, el paciente continuará con los síntomas previos.

BENEFICIOS ESPERABLES

Desaparición o disminución del enrojecimiento o de la sudoración de la zona.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Pueden utilizarse tratamientos quirúrgicos, que muchas veces alcanzan un resultado temporal o pomadas con medicinas de las llamadas anticolinérgicas o aplicación de soluciones de cloruro de aluminio en alcohol.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN
DE UNA INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA DEL NERVIIO AURÍCULOTEMPORAL

Nombre y apellidos:
Edad: D.N.I.: N° historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: N° Colegiado:

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La infección de estas zonas es poco frecuente. No obstante, de aparecer justifica la presencia de síntomas inflamatorios.

A lo largo del período postoperatorio pueden aparecer dificultad de movimiento en la zona del labio superior que suele ser temporal, recuperándose en un plazo de unos 2 meses.

Excepcionalmente se han señalado casos de debilitamiento de toda la musculatura mímica de esa mitad de la cara.

Cabe la posibilidad de que se produzcan reacciones alérgicas frente a la toxina botulínica que, generalmente, son poco intensas.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA DEL NERVIO AURÍCULOTEMPORAL

Nombre y apellidos:
Edad: D.N.I.: N° historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: N° Colegiado:

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN
DE UNA INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA DEL NERVIIO AURÍCULOTEMPORAL

Nombre y apellidos:
Edad: D.N.I.: N° historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: N° Colegiado:

por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a, con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ___ de _____ de 20__

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN
DE UNA INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA DEL NERVIIO AURÍCULOTEMPORAL

Nombre y apellidos:
Edad: D.N.I.: N° historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: N° Colegiado:

Fdo.: _____
El paciente/representante legal