

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA INYECCIÓN FACIAL DE TOXINA BOTULÍNICA

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la técnica denominada APLICACIÓN FACIAL DE TOXINA BOTULÍNICA, así como las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos aplicación de toxina botulínica a la técnica que tiene como finalidad el tratamiento de las arrugas que han aparecido por contracción de la musculatura facial.

La técnica consiste en la infiltración de la llamada toxina botulínica en determinados músculos de la cara, como los músculos depresores de la ceja y la porción lateral del orbicular de los ojos, con el fin de paralizarlos y hacer desaparecer las arrugas cutáneas finas generadas por su contracción.

La toxina botulínica es una sustancia que inhibe la contracción muscular y que tiene como efecto la parálisis del músculo. Al cabo de unos meses, el músculo recupera su actividad. La inyección de toxina botulínica no es una técnica indolora; las múltiples inyecciones intramusculares se asocian a un dolor significativo cuya percepción es variable según cada paciente. La utilización de un anestésico local es opcional según las características del paciente.

Después de cada inyección es necesario aplicar una presión suave en el músculo durante unos minutos para evitar la aparición de hematomas. La desaparición de las arrugas no es inmediata, sino que han de transcurrir unos días -de tres días a una semana- para que la toxina haga su efecto y se produzca la parálisis del músculo cuya contracción produce las arrugas de esa zona concreta. El efecto de la parálisis es máximo al cabo de unas semanas y va desapareciendo en un plazo de tiempo variable de entre tres y seis meses. Al cabo de este tiempo el músculo recupera su actividad normal y es necesario volver a inyectar la toxina botulínica para paralizarlo de nuevo.

La aplicación repetida de toxina botulínica, si bien no se asocia a la parálisis definitiva del músculo, sí se asocia a una mayor duración de su efecto. Las dosis de toxina botulínica utilizadas son tan pequeñas que no producen complicaciones en el resto del organismo.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Persistirán las arrugas finas por la contracción de ciertos músculos de la cara.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA INYECCIÓN FACIAL DE TOXINA BOTULÍNICA

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría o desaparición de las arrugas por contracción muscular, fundamentalmente las arrugas conocidas como patas de gallo y las arrugas del entrecejo.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

La frontoplastia endoscópica, y el relleno de arrugas.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La inyección de toxina botulínica es un procedimiento seguro, los riesgos específicos del procedimiento son escasos y transitorios.

Cabe la posibilidad de que se produzca una infección en el área de la inyección.

En el caso de aplicación de toxina botulínica en un área equivocada se puede producir un efecto no deseado, como la caída del párpado superior o inferior, la caída de la comisura labial, la parálisis del movimiento del ojo o la caída de las cejas. Cualquiera de estas deformidades por inyección de la toxina en un área errónea es transitoria.

La aplicación de toxina botulínica puede producir la aparición de hematomas por el propio trauma inducido por la aguja de inyección. Se recomienda no tomar medicación con efecto anticoagulante una semana antes de este procedimiento.

Pueden aparecer cambios en la sensibilidad cutánea, así como cefalea que habitualmente se resuelven espontáneamente, a los pocos días.

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.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA INYECCIÓN FACIAL DE TOXINA BOTULÍNICA

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo 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 ésta, 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 para el equipo que me atiende.

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

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico 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, el equipo médico 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 pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial 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 equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial 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.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA INYECCIÓN FACIAL DE TOXINA BOTULÍNICA

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/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA INYECCIÓN FACIAL DE TOXINA BOTULÍNICA

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/La 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__

Fdo.: _____
El/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: