

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: Es la administración de la toxina botulínica para tratar a pacientes con espasmo hemifacial. Actúa impidiendo la liberación de acetilcolina, la sustancia que interviene en la contracción muscular produciendo una parálisis parcial del músculo y evitando de esa manera el exceso de contracción.

2. ¿Cómo se realiza?: En el espasmo hemifacial se inyecta la toxina botulínica en el músculo orbicular y el frontal afectados. Puede también pincharse en los músculos de la mitad inferior de la cara pero la incidencia de efectos adversos aumenta. Habitualmente, se pincha en diferentes puntos de uno o más músculos. La primera vez que se pincha toxina botulínica a un/a paciente no se conoce con exactitud la dosis adecuada, por lo que se administra una dosis baja. Esta dosis, en general, corresponde con la dosis eficaz pero en ocasiones es insuficiente y hay que aumentarla en la siguiente revisión. A veces, la dosis, a pesar de ser baja, es excesiva para el/la paciente y le aparecen efectos secundarios.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** Los efectos secundarios que pueden aparecer tras el tratamiento son habitualmente leves y transitorios y están en relación con el mecanismo mismo de acción de la medicación. Los efectos secundarios más frecuentes son: Enrojecimiento ocular. Caída del párpado. Visión borrosa. Visión doble. Sequedad de ojos. Excesiva debilidad del músculo orbicular de los ojos, que puede impedir el cierre completo de los ojos durante el sueño, por lo que e/lal paciente debería aplicarse para dormir una pomada epitelizante y ocluirse los ojos. Si se administra la toxina también en los músculos de la región inferior de la cara puede aparecer caída del ángulo de la boca con la consiguiente asimetría facial. Hematomas en los puntos de inyección.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** De forma imprevisible se han descrito reacciones alérgicas al fármaco, potencialmente graves . Su aparición es excepcional.

4. Consecuencias previsibles de su realización: La mejoría obtenida, que habitualmente se manifiesta entre el primer y el tercer día, es transitoria, es decir solamente se mantiene durante un tiempo determinado que suele entre 1-4 meses en el espasmo hemifacial. Esto implica que no es un tratamiento definitivo, sino que debe administrarse periódicamente. De cualquier forma se evitará en general repetir infiltraciones antes de las 10-12 semanas para evitar el desarrollo de resistencias a la toxina.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: Ausencia de mejoría clínica.

6. Alternativas: No existen alternativas terapéuticas.

7. Riesgos en función de su situación: No está recomendado el tratamiento con toxina botulínica en pacientes embarazadas o en períodos de lactancia. Tampoco es conveniente administrarlo a pacientes con enfermedades neuromusculares como la miastenia gravis o la esclerosis lateral amiotrófica ni en aquellos pacientes en tratamiento con aminoglucósidos u otros fármacos que pueden interferir con la unión neuromuscular.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP		DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	---------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Semeha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Semeha informado

de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento

No autorizo la realización de este procedimiento

_____ de _____ de _____

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por _____ razones _____ personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad y lo que implique que no pueda darme mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ de _____ de _____

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente/ su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____