

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Orden de la Generalitat de Catalunya, (DOGC nº 1477 de 7-8-1991)

### TRATAMIENTO PERIOcular CON TOXINA BOTULÍNICA

#### ¿QUÉ ES LA TOXINA BOTULÍNICA?

La toxina botulínica es producida por el Clostridium Botulinum en forma de ocho serotipos, de los cuales la toxina A es la más potente, y la utilizada en clínica.

Fue utilizada por primera vez en el tratamiento del estrabismo por el oftalmólogo estadounidense Alan B. Scott en 1973. En 1987 se empleó por primera vez en cosmética por Carruthers y en 1989, la FDA, el organismo regulador de los medicamentos en Estados Unidos, aprobó su uso como tratamiento para controlar el blefaroespasmó.

#### ¿CÓMO ACTUA LA TOXINA BOTULÍNICA?

La toxina se emplea en pequeñas inyecciones repetidas y a bajas dosis para relajar el músculo, bloqueando su respuesta a los estímulos nerviosos que recibe. Esto da como resultado una relajación de la zona tratada, lo que será de contrastada efectividad en algunas patologías.

#### ¿QUIÉN PUEDE BENEFICIARSE DE UN TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA?

En la oftalmología la toxina se ha utilizado en el tratamiento de algunos tipos de estrabismo, en el blefaroespasmó y otras distonías, y en la cosmética. En el caso de pacientes con blefaroespasmó o patologías similares, se produce una excesiva contracción de la musculatura periorcular, por lo que la toxina actúa provocando la desaparición de los molestos espasmos de párpados y frente que tanto les molestan. Asimismo, y, como consecuencia también de la relajación muscular, se produce una franca disminución de las arrugas de expresión periorcular ("patas de gallo"), así como las de la frente y base de la nariz.

#### ¿ES UN TRATAMIENTO EFECTIVO?

La toxina es un fármaco, por lo que su efecto es temporal, a pesar de muy efectivo. Produce el efecto deseado en más del 90% de pacientes, iniciando su acción a los 4 ó 5 días después de su inyección. Su acción tiene un máximo de efectividad a las dos semanas, y persiste en el tiempo entre cuatro y seis meses, tras los cuales debe ser reinyectada.

#### ¿ES UN TRATAMIENTO SEGURO?

Las complicaciones de la inyección de toxina botulínica son mínimas, muy poco frecuentes y, en todo caso, como su efecto, temporales. Entre ellas cabe destacar, sólo en algunos pacientes, un ligero enrojecimiento de la zona tratada, o pequeños hematomas e hinchazón. Si existe una difusión no deseada de la toxina hacia zonas palpebrales más profundas puede existir ptosis (caída) del párpado o de la ceja, aunque éstas son complicaciones que se observan en un porcentaje prácticamente despreciable y son, en todo caso, reversibles.

D/ª: .....

Fecha: .....

- He comprendido la naturaleza de la operación que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico oftalmólogo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.
- La cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema, no existiendo contraindicación para su realización.
- He sido informado de los métodos alternativos de tratamiento, en caso de que los hubiese, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.
- He informado al médico oftalmólogo de mis enfermedades generales y oculares, para la valoración de las posibles contraindicaciones.
- Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello repercuta en los cuidados médicos.
- Soy consciente de los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los derivados de la anestesia que en su caso se aplique.
- Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial: .....

Así pues, de forma voluntaria, **doy mi consentimiento:**

- Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención.
- Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas.
- Para que se puedan realizar fotografías o/y grabar la intervención, así como su utilización con fines didácticos o científicos. Nunca se identificará el nombre del paciente o sus familiares en las grabaciones.
- Para que pueda asistir personal autorizado a la cirugía.
- Para que, en caso de que exista un contacto accidental (pinchazo o salpicadura) de mi fluido biológico (sangre, orina, etc) con uno de los profesionales del Centro, se me practique como Medida de Prevención de Riesgos Laborales, una extracción de sangre y una posterior analítica para determinar VIH, Hepatitis B y Hepatitis C.

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA DEL PACIENTE

Dr./Dra. ....

**TUTOR LEGAL o FAMILIAR:**

D/ª: .....

DNI: .....

FIRMA DEL TUTOR o FAMILIAR