

BOTOX

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INYECCIONES DE TOXINA BOTULINICA

Este es un documento de consentimiento informado recopilado de varias fuentes y preparado para los pacientes del MIEMBRO TITULAR DE LA SPACPRE Dr. _____ por la Sociedad Paraguaya de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética en base a libros, artículos y publicaciones por Internet para informarles sobre la **INYECCION DE TOXINA BOTULINICA** sus riesgos y los tratamientos alternativos. Es importante que lea ésta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga su firma o media firma en cada página, indicando así que la ha leído, y firme el consentimiento para la cirugía elegida. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico. La práctica de la Medicina y Cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse. La firma de este documento sólo tiene como objetivo demostrar que Ud. está informado del procedimiento que ha elegido y solicitado; y de las posibles complicaciones y riesgos de la operación. No implica nada más.

TRATAMIENTO CON INYECCIONES DE TOXINA BOTULÍNICA

TOXINA BOTULINICA

La toxina botulínica tipo A, es una toxina purificada, que en grandes cantidades, esta toxina bloquea las señales nerviosas que van desde el cerebro al músculo produciendo una parálisis generalizada llamada botulismo.

Sin embargo, mediante la inyección de cantidades mínimas, diluidas y controladas en un músculo facial específico, únicamente se bloqueará la señal nerviosa de este determinado músculo, originando una relajación local. De esta manera, la toxina botulínica inmoviliza la causa subyacente de la indeseada arruga, es decir, los músculos que tiran y arrugan la piel y eliminan esta determinada expresión. No hay cambios en la sensación percibida por la piel después de la inyección de la toxina botulínica.

La toxina botulínica ha sido utilizada desde el año 1980 para tratar muchas alteraciones musculares, como los tics en los párpados o el parpadeo incontrolado. También la inyección de toxina puede ser utilizada para disminuir la sudoración excesiva de las axilas, palmas de las manos o planta de los pies.

ARRUGAS FRONTALES

Las líneas frontales (de la frente) son el resultado de fruncir el tejido entre las cejas en un pliegue. Esos pliegues y arrugas inestéticas son causadas por la acción contractora repetitiva de los músculos subyacentes a la piel. Por la acción de años de entrecerrar los ojos y fruncir la frente, se producen arrugas profundas en la piel situada entre las cejas y encima de la nariz - glabella, y en la región frontal. En la mayoría de la gente estas arrugas producen una apariencia de tristeza o preocupación en la cara, que disminuye la sensación de una apariencia agradable. Estas arrugas se pueden eliminar hoy día sin la necesidad de cirugía y sin cicatrices, mediante la simple inyección de toxina botulínica.

AREAS QUE PUEDEN SER TRATADAS

La toxina botulínica se inyecta directamente en el músculo facial específico para tratar las líneas verticales entre las cejas, las patas de gallo, las arrugas frontales y en el músculo cutáneo del cuello.

Una vez que el músculo se relaja no puede contraerse por lo que no se puede producir esa expresión facial no deseada. Como consecuencia, las líneas se van suavizando gradualmente y se previene la formación de nuevas arrugas. Los otros músculos que se necesitan, por ejemplo para elevar los párpados, no se afectan por lo que la expresión natural de la cara se mantiene. La toxina botulínica no puede utilizarse para las líneas o arrugas situadas alrededor de la boca ya que la acción de los músculos en esta área se necesitan para la expresión y para otras funciones importantes, como la de comer.

TRATAMIENTO MEDIANTE LA INYECCION DE TOXINA BOTULÍNICA

El tratamiento supone la inyección de pequeñas cantidades de toxina botulínica en los músculos subyacentes para producir la relajación de estos. Este tratamiento se puede realizar en unos minutos sin necesidad de periodos de recuperación y solamente con unas mínimas molestias, las que produce la inyección de una aguja extremadamente fina en la piel que previamente se puede insensibilizar con una pomada anestésica. La toxina botulínica comienza a hacer efecto a los 3-7 días después de su inyección. La mejoría permanece durante 4-6 meses, después de los cuales el efecto se disipa gradualmente y vuelve a recobrase la acción muscular. Mediante las inyecciones repetidas se consigue una relajación muscular mantenida y así los efectos deseados a largo plazo, que son la desaparición o atenuación importante de estas arrugas. De esto podemos deducir que el mecanismo de acción de la toxina botulínica es muy diferente a la inyección de sustancias rellenas de surcos como el colágeno o el ácido hialurónico.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios son mínimos y están en relación con la inyección local. Con relativa infrecuencia se pueden sentir molestias o pequeños hematomas alrededor del sitio de inyección. Se pueden utilizar maquillajes después del tratamiento, pero se debe tener cuidado de no presionar o masajear el área tratada durante unas 6-8 horas después de la inyección. En raras ocasiones algunos pacientes pueden desarrollar debilidad de los músculos vecinos como una relajación temporal de las cejas o dolor de cabeza, pero son pasajeros y desaparecen solos.

Todos estos posibles efectos secundarios son siempre moderados y temporales y en la mayoría de los casos no existe ninguna limitación para realizar las actividades rutinarias.

CONSENTIMIENTO:

He recibido y leído el precedente folleto informativo: **Consentimiento informado de la SPACPRE, para INYECCION DE TOXINA BOTULINICA**

Me ha sido explicado de forma comprensible y se me han dado las posibilidades de preguntar todo lo que quería saber para decidir libremente por la realización del procedimiento. Entendí los procedimientos alternativos y los riesgos y consecuencias del procedimiento o tratamiento elegido por mi propia voluntad.

Me facilitaron toda la literatura y fuentes de información requeridas además de este informe previo y se me ha preguntado si quiero una información más detallada, pero estoy satisfecho/a con la explicación y no necesito mas información.

Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos y medicamentos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de COMPLICACIONES inclusive con riesgo de vida. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los planeados. Autorizo al cirujano citado y a su equipo de profesionales a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable.

La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

Entiendo que al tratarse de un procedimiento médico quirúrgico no se puede controlar totalmente el procedimiento ni la recuperación del paciente, y consiento ser transferido a cualquier hospital a elección y criterio del equipo médico si es que dicha transferencia la consideran necesaria.

Me haré cargo de todos los gastos económicos que requieran estas situaciones y tratamientos, así como de los gastos de las cirugías adicionales y asociadas tanto para la corrección de las complicaciones como de los resultados insatisfactorios.

Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi nombre no será revelado en las imágenes que serán de propiedad del cirujano. Doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano con fines de avances en la educación médica.

He elegido libremente la anestesia a ser utilizada y la localización de las incisiones y drenajes.

Autorizo al cirujano que disponga a su criterio de los tejidos y materiales retirados de mi cuerpo para su estudio o desecho.

DECLARO QUE HE INFORMADO AL CIRUJANO DE TODOS LOS DETALLES DE MI HISTORIAL CLINICO PASADO y PRESENTE, INCLUYENDO LAS PATOLOGÍAS Y HABITOS QUE PODRIAN SUPONER ALGUNA CONTRAINDICACION O AUMENTAR EL RIESGO PARA ESTE TIPO DE CIRUGIA INCLUSIVE A LARGO PLAZO.

He leído con anterioridad este consentimiento y recibido una copia del mismo.

Autorizo y requiero al

Dr. _____

y su equipo de colaboradores a realizar en mí el siguiente procedimiento médico:

Todos los espacios han sido llenados previamente y todas las páginas llevan mi firma o media firma.

Paciente:

Doc. Id.:

Testigo:

Doc. Id:

Lugar y Fecha: