



Consentimiento informado para tratamiento con toxina botulínica en pacientes con migraña crónica

D. / D^a: y DNI N^o.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

D. / D^o: y DNI N^o.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

En calidad de de D./ D^o.....
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

DECLARO

Que el DOCTOR/A con N^o Colegiado.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

me ha explicado en qué consiste el tratamiento a realizar (INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA PARA MIGRAÑA CRÓNICA), cómo se realiza, para qué sirve, riesgos existentes, posibles molestias o complicaciones y alternativas de tratamiento.

1.- Descripción del procedimiento terapéutico y beneficios que se esperan obtener

La toxina botulínica es un tratamiento que ha demostrado su utilidad en el manejo de las migrañas crónicas, asociado a un tratamiento preventivo farmacológico.

El tratamiento se lleva a cabo pinchando la toxina botulínica en distintos puntos pericraneales, a nivel frontal, temporal y occipital y cervicales.

La primera vez que se pincha toxina botulínica a un 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 paciente y le aparecen efectos secundarios.

2.- Riesgos específicos del procedimiento

Tras el tratamiento con toxina botulínica en los pacientes con migraña crónica pueden aparecer efectos secundarios transitorios. Dichos efectos secundarios están en relación con el mecanismo de acción de la medicación. En el tratamiento de la migraña crónica estos efectos secundarios son habitualmente leves y transitorios.

- 1.- Dolor o hematomas en el punto de inyección que desaparecen en poco días (12,8%).
- 2.- Debilidad en la musculatura facial (12% de los pacientes).
- 3.- Ocasionalmente una reacción alérgica en la piel o inflamación (3,5% de los pacientes).
- 4.- Formación de anticuerpos anti-toxina botulínica que hacen que disminuya la eficacia con inyecciones sucesivas.

3.- Riesgos pocos frecuentes

De forma imprevisible se han descrito reacciones alérgicas al fármaco, potencialmente graves. Su aparición es excepcional.

4.- Riesgos propios del paciente

No está recomendado el tratamiento con toxina botulínica en pacientes que están 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.

Si surgiese alguna situación imprevista urgente, que requiriese la realización de algún procedimiento distinto de los que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo.

5.- Alternativas terapéuticas

Las alternativas a este tratamiento son diferentes tratamientos farmacológicos preventivos.

6.- 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 oscila entre 1 y 6 meses. Esto implica que no es un tratamiento definitivo, sino que debe administrarse periódicamente.

7.- Consecuencias previsibles de su no realización

Si no se realiza el procedimiento, podría ocurrir

õ ..
õ ..

CONSIENTO

A que me administren TOXINA BOTULÍNICA PARA TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA CRÓNICA

En.....

(LUGAR Y FECHA)

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

DENEGACIÓN / REVOCACIÓN

D. / D^a:.....y DNI N^o.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

D. / D^o:.....y DNI N^o.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

En calidad dede D./ D^o.....
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

DENIEGO / REVOCO (táchese lo que no proceda) el consentimiento prestado en fechay no deseo participar en el estudio.

En.....

(LUGAR Y FECHA)

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: LA PACIENTE

N^o Colegiado _____ -

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)