

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**H.C. N<sup>o</sup>** \_\_\_\_\_

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

##### **TOXINA BOTULÍNICA**

La toxina botulínica es una neurotoxina sintetizada por un microorganismo llamado Clostridium. Comercialmente se puede encontrar en nuestro país bajo el nombre de DYSPORT® (francesa), BOTOX® (estadounidense), NEURONOX® SIAX (coreana) y XEOMIN® (alemana).

La toxina botulínica, al inhibir la liberación de una sustancia llamada acetilcolina (neurotransmisor) no permite que el músculo tratado se contraiga, evitando de esta manera la aparición de líneas y posteriores surcos en los sitios de pliegue-

#### **INDICACIONES**

- Arrugas a nivel de la frente, entrecejo, porción externa del ojo ("pata de gallina"), nariz ("arrugas de conejo"), región supralabial ("código de barras"), comisuras del labio inferior ("surcos de marioneta"), mentón y escote. Cejas caídas.
- Exposición de encías con la sonrisa.
- Bandas del cuello.
- Bruxismo o hipertrofia de maseteros
- Hiperhidrosis (sudoración excesiva)

#### **CONTRAINDICACIONES**

De acuerdo con el criterio médico este procedimiento puede no ser indicado en aquellos pacientes que tengan o presenten alguna de las siguientes condiciones:

- Hipersensibilidad conocida a la toxina botulínica o a la albúmina (en el huevo).
- Uso de anticoagulantes o sustancias que produzcan fragilidad capilar (p. Ej. Cumadin, heparina, Clexane, Aspirina, Ginko-Biloba, extracto de ajo, vitamina E, entre otros).
- Infecciones cutáneas activas en el área a tratar (p. Ej. Herpes)-
- Trastornos de coagulación.
- Uso de relajantes musculares
- Trastornos neuromusculares (p- Ej. Miastenia Gravis, esclerosis múltiple, síndrome de Eaton- Lambert)
- Embarazo y lactancia.

#### **EVOLUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

En los primeros días post-tratamiento no va a observar ningún cambio, después de transcurridos tres (3) a cinco (5) días empezará a observar de manera progresiva como el músculo tratado va perdiendo su capacidad para contraerse con la consecuente atenuación de las arrugas dinámicas en el área tratada. El efecto máximo de la dosis aplicada se evalúa 2 o 3 semanas después en el control y se determina según criterio médico la necesidad de más dosis.

Al cabo de cuatro (4) a cinco (5) meses en promedio, el músculo tratado habrá recuperado su capacidad de contracción con la consecuente reaparición de las arrugas dinámicas.

#### **EVENTOS ADVERSOS Y/O COMPLICACIONES**

La aplicación de la toxina botulínica es un tratamiento que presenta una baja incidencia de complicaciones siempre y cuando sea aplicada por un médico debidamente entrenado y el paciente siga las instrucciones dadas por éste. Dentro de los efectos secundarios más frecuentes se encuentran: **morados, inflamación de párpados, ardor de ojos, ojo seco, dolor de cabeza; efectos que, en caso de presentarse, generalmente persisten por corto tiempo.**

De forma ocasional se puede presentar debilidad muscular por migración de la toxina (p. Ej- **Párpado o ceja caída, comisura labial caída, visión doble**, dificultad para tragar, entre otras), síntomas gripales, muy infrecuente se pueden presentar **asimetrías, ptosis palpebral, mejillas flácidas, infección, resistencia inmunogénica y reacciones alérgicas localizadas o generalizadas**

La mayoría de las complicaciones mencionadas están relacionadas al sitio de aplicación y por lo general resuelven espontáneamente una vez el efecto de la toxina botulínica desaparece.

Yo (Nosotros) \_\_\_\_\_ identificado(s) como aparece al pie de la firma, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento y autorizo desde ahora a Dr(a). \_\_\_\_\_ para que por medio de el en ejercicio legal de su profesión, se practique al paciente arriba indicado, la siguiente intervención (es) y/o procedimiento (s) **TOXINA BOTULÍNICA**

debido a que se ha hecho la (s) impresión (es) diagnóstica (s) de:

**FOTOCRONOENVEJECIMIENTO** \_\_\_\_ **RITIDES DINAMICAS** \_\_\_\_ **BRUXISMO** \_\_\_\_  
**HIPERHIDROSIS** \_\_\_\_

habiéndoseme explicado las alternativas de tratamiento existentes y los riesgos previstos, si no se realiza ningún tratamiento.

---

Fecha

Firma y cédula del paciente o persona responsable

---

Fecha

Firma y Registro del profesional