

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PARÁLISIS CEREBRAL

(DS. N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842. RD N°/20 /INSNSB)

Nombre del Procedimiento: Aplicación de Toxina Botulínica en pacientes con diagnóstico de Parálisis Cerebral.

Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades – Medicina Física y Rehabilitación.

Diagnóstico: (definitivo y/o presuntivo)

Diagnóstico	CIE 10
Parálisis Cerebral tetraplégica espástica	G80.0
Parálisis Cerebral dipléjica espástica	G80.1
Parálisis Cerebral hemipléjica espástica	G80.2
Parálisis Cerebral discinética	G80.3
Hemiplejía espástica	G81.1
Otras parálisis cerebrales	G80.8
Paraplejía espástica	G82.1

Descripción del Procedimiento: La administración de toxina botulínica para el tratamiento de la espasticidad es una de las alternativas terapéuticas existentes. EL tratamiento consiste en inyecciones periódicas de la toxina en los músculos con contracturas dinámicas. Los resultados se manifiestan habitualmente días después de la infiltración entre el 7mo al 14avo día, con una duración de 4 a 6 meses, por lo que el tratamiento hay que administrarlo periódicamente.

Objetivos del Procedimiento: Mejorar la calidad de vida del paciente con Parálisis Cerebral a través de la reducción focalizada de la espasticidad facilitando la reeducación motora y/o el manejo postural del paciente, logrando una mayor independencia funcional, evitar o disminuir las complicaciones musculo esqueléticas y la reducción de la carga del cuidador.

Beneficios Esperados:

- Mejora en el crecimiento y el balance muscular entre agonistas y antagonistas.

- Mejor control motor selectivo.
- Mejor fuerza muscular y movilidad.
- Retrasa y reduce las cirugías ortopédicas.
- Evita el dolor y espasmos musculares
- Mejora la independencia y Autonomía.
- Retarda la aparición de contracturas articulares y torsiones óseas.
- Mejora estabilidad y el patrón de marcha.
- Facilita el cuidado, higiene y prevenir.

Riesgos y/o Complicaciones Frecuentes:

- Dolor en la zona de aplicación
- Hematoma con equimosis
- Debilidad muscular transitoria
- Malestar general y mialgias
- Sequedad bucal.

Riesgos y/o Complicaciones poco Frecuentes:

- Aparición de anticuerpos antitoxina que hacen disminuir la eficacia del tratamiento con infiltraciones repetidas.
- Rara vez se produce un cuadro de sensación pseudogripal.
- Improvisiblemente pueden aparecer reacciones de hipersensibilidad graves (reacción alérgica grave).
- Debilidad muscular exagerada, disfagia o neumonía por aspiración

Consecuencias Previsibles de su NO Realización:

- Aparición de contracturas articulares y torsiones Oseas
- Dolor y espasmos musculares
- Poca tolerancia al uso de ortesis
- Dificultad para el cuidado e higiene
- Aumentan las cirugías ortopédicas
- Limitación en el patrón de marcha
- En pacientes con GMFCS nivel 5, cadera espástica
- Problemas en el crecimiento y balance muscular entre agonistas y antagonistas.

Tratamiento Alternativo:

- Fenol intramuscular, que no se está usando actualmente en el Perú, debido a la poca evidencia científica

Riesgo en función de las Particularidades del Paciente:

- Riesgo en pacientes con Enfermedades neuromusculares preexistentes.
- Enfermedad de motoneurona.
- En pacientes que están tomando aminoglucósidos.

Pronóstico

Bueno ()

Malo ()

Reservado ()

Recomendaciones:

- No masajear las zonas de aplicación del medicamento durante las 24 horas
- Respetar los intervalos de tiempo entre las sesiones.
- No administración conjunta de Toxina Botulínica con Aminoglucosidos y las quinolonas.
- Si el paciente presenta dificultad para tragar o hablar, problemas respiratorios debe recibir atención médica inmediata, teniendo en cuenta que estos efectos pueden ocurrir desde el 1er día hasta semanas después del tratamiento.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico _____.

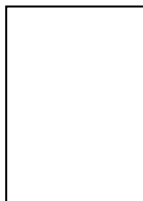
Declaro:

Que el Médico _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento de: **Aplicación de Toxina Botulínica** sobre los cuales he sido informado(a). Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para la realización del procedimiento de **Aplicación de Toxina Botulínica**.

San Borja, dedel 20.....



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

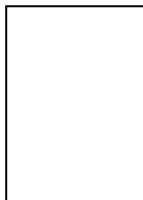
Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, de forma libre y consciente he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha _____ para la realización del procedimiento de **Aplicación de Toxina Botulínica** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

San Borja, dedel 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____