

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ DOCUMENTO No: \_\_\_\_\_

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la denominada INYECCIÓN INTRALARÍNGEA DE TOXINA BOTULÍNICA, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

### BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La inyección intralaríngea de toxina botulínica es una forma de tratamiento de las llamadas disfonías espasmódicas, en las que la voz se altera como consecuencia de un trastorno en la inervación y del movimiento de los músculos de la laringe. En ocasiones, esta situación es sólo un síntoma de una afección más extensa y compleja que llamaremos distonía –trastorno en la capacidad de contracción de los músculos–. Para tratar esta situación se realiza una inyección, en los músculos del interior de la laringe, de una sustancia denominada toxina botulínica, llamada así por proceder de un microbio llamado Botulinum. La cantidad inyectada debe de ser decidida por su médico.

La inyección de la toxina botulínica se realiza mediante técnicas muy variables en dependencia de circunstancias diversas: a través de la porción anterior del cuello o a través de la boca, y puede realizarse bajo anestesia local, bajo una sedación y la acción de un analgésico, o bajo anestesia general. En el caso de que se realice a través de la piel del cuello, se utiliza la inyección de un anestésico local que puede completarse con técnicas de sedación y analgesia, En general, durante la intervención quirúrgica, el paciente no debe de toser o tragar para facilitar las maniobras del cirujano.


La inyección con toxina botulínica no es un tratamiento definitivo sino sólo un tratamiento sintomático y temporal de estos trastornos de la voz. Tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias al tragar que desaparecen rápidamente. El paciente puede ser dado de alta tras la intervención quirúrgica, quedar ingresado en el hospital durante unas horas, si la técnica se realiza mediante cirugía sin ingreso o, en ocasiones, quedar hospitalizado hasta el día siguiente.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención persistirán los síntomas laríngeos que la hubieran podido justificar.

### Contacto

jfmv01@gmail.com 

322 56 28 / 300 692 28 50 

Calle 32F 75C - 31 Laureles 

[www.julianmolano.com](http://www.julianmolano.com)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ DOCUMENTO No: \_\_\_\_\_

## BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría de los trastornos de la voz, si bien ésta es sólo temporal.

## PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Existen otros tratamientos para tratar la distonía y la disfonía, tal como la logopedia. No obstante, los mejores resultados se consiguen con esta técnica.

## RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Persistencia de la disfonía -es decir, de las alteraciones de la voz- aun tras la inyección de toxina botulínica o, en otros casos, la aparición de otras formas de ronquera diferentes.

Es posible que aparezca una disfagia o una odinofagia -dificultades y dolor al tragar-, falsas rutas en la deglución -atragantamiento-, hemoptisis o hematemesis -emisión de sangre por la boca, procedente del aparato respiratorio o digestivo- y, excepcionalmente, disnea -sensación de falta de aire- que incluso pueda requerir la realización de una traqueotomía -apertura de la tráquea a nivel del cuello.


Cabe la posibilidad de que se produzcan reacciones alérgicas frente a la toxina botulínica que, generalmente, son poco intensas. Si la intervención se realiza a través de la boca podrían producirse heridas en labios y boca, fractura y/o movilización anormal o incluso pérdida de piezas dentarias, dolor cervical, trismus - dificultad para abrir la boca-, lesión mandibular o de la articulación de la mandíbula. Pueden aparecer trastornos en el electromiograma -estudio de la actividad contráctil de los músculos-.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general, si se ha realizado: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

## Contacto

jfmv01@gmail.com 

322 56 28 / 300 692 28 50 

Calle 32F 75C - 31 Laureles 

[www.julianmolano.com](http://www.julianmolano.com)



# JULIÁN MOLANO

Otorrinolaringólogo



INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA INYECCIÓN DE TOXINA BOTULINICA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ DOCUMENTO No: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica. Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas. Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden. Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso. Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso. Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles. En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas. Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico.

En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Contacto

[jimv01@gmail.com](mailto:jimv01@gmail.com)

322 56 28 / 300 692 28 50

Calle 32F 75C - 31 Laureles

[www.julianmolano.com](http://www.julianmolano.com)

INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA INYECCION DE TOXINA BOTULINICA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ DOCUMENTO No: \_\_\_\_\_

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

FIRMADO EN \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
EI PACIENTE

Fdo.: \_\_\_\_\_  
EI MEDICO

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.<sup>a</sup> ..... , con  
CC: .....y en calidad de ..... ,  
es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.


Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El representante legal /Paciente.

Contacto

jfmv01@gmail.com 

322 56 28 / 300 692 28 50 

Calle 32F 75C - 31 Laureles 

www.julianmolano.com