

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE SOBRE EL TEST DE LIORESAL® INTRATECAL

El test de Lioresal® es una prueba que se utiliza en pacientes que padecen dolor y/o espasticidad de las extremidades que resulta invalidante y que no ha respondido a otros tratamientos menos agresivos como el mismo Lioresal® oral solo o en combinación con otros fármacos, incluida la inyección intramuscular de toxina botulínica. La importancia de este test es que en caso de obtener una respuesta positiva (mejoría del dolor y/o de la espasticidad), el paciente puede beneficiarse de la colocación de un sistema que infunde el fármaco directamente en el sistema nervioso, evitando los efectos secundarios generales que tiene este fármaco cuando se administra en dosis equivalentes por vía oral.

Para la realización de este test es necesaria la realización de una punción lumbar y la infusión posterior de baclofeno (Lioresal®) a través de dicha aguja en dosis progresivamente crecientes durante tres días. En caso de que el paciente note mejoría tras la primera o la segunda perfusión, el test se considera positivo y se detiene su realización para plantearle al enfermo la colocación definitiva del sistema de perfusión intratecal. Si tras la tercera dosis (el tercer día) el paciente no hubiera notado mejoría, el test se considera negativo y el paciente no será subsidiario de la colocación de la bomba de perfusión intratecal del fármaco. Para la realización del test el paciente deberá permanecer en posición de decúbito lateral, con una aguja de punción lumbar a través de la que se infundirá la dosis correspondiente de Lioresal®.

El test de Lioresal® está contraindicado en pacientes que sufren alteraciones graves de la coagulación, alergia a los diferentes fármacos o material utilizado, anemia aplásica, dolor psicógeno, historia de abuso de alcohol y drogas y malformaciones anatómicas.

Las complicaciones potenciales de este test son similares a las descritas para la punción lumbar (cefalea post punción, hematoma, seroma, fuga de líquido cefalorraquídeo, infección meníngea y/o de la herida quirúrgica y la posible descompensación de la enfermedad neurológica), aunque también pueden existir complicaciones derivadas de la perfusión del Lioresal®: hipotensión, excesiva relajación de extremidades o depresión respiratoria por sobredosis.

BIBLIOGRAFÍA:

- Burchiel KJ, Frank PK.; Pain and Spasticity After Spinal Cord Injury. Mechanisms and Treatment. Spine 2001; 26:S146-S160.
- Davidoff RA. Antispasticity drugs: mechanisms of action. Ann Neurol 1985; 17: 107-16.
- Lazorthes Y, Sallerin-Caute B, Verdier JC et al. Chronic intrathecal baclofen administration for control of severe spasticity. J Neurosurg 1990; 72:393-402.
- Hassenbusch SJ, Portenoy RK, Cousins M et al. Polyanalgesic Consensus Conference 2003 : An Update on the Management of Pain by Intraspinal Drug Delivery: report of an Expert Panel. J Pain Symptom Manage 2004;27:540-563.
- Bennett G, Burchiel K, Buchser E et al. Clinical Guidelines for Intraspinal Infusion: report of an Expert Panel. J Pain Symptom Manage 2000;20:S37-S43.
- Bennett G, Serafín M, Burchiel K et al. Evidence-Based Review of the Literature on Intrathecal delivery Of Pain Medication. J Pain Symptom Manage 2000;20:S12-S36.
- Du Pen SD, Du Pen A, Hillyer J. Intrathecal Hydromorphone for Intractable Nonmalignant Pain : A Retrospective study. Pain Med 2006 ;7,1 :10-15.
- PaiceJA, Penn RD, Shott S. Intraspinal morphine for chronic pain: a retrospective, multicenter study. J Pain Symptom Manage 1996;11(2):71-80.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL TEST DE LIORESAL® INTRATECAL

NOMBRE DEL PACIENTE:

Nº Historia

DIRECCION DEL PACIENTE (o representante legal):

.....

.....

He sido informado de forma satisfactoria por el Dr/Dra.
adscrito a la Unidad/Servicio de Neurología del procedimiento para la realización del Test de Lioresal® Intratecal, e igualmente de los beneficios que se esperan y del tipo de riesgos, alguno de ellos grave que comporta su realización y su no realización, así como de las posibles alternativas según los medios asistenciales de este Centro. He tenido oportunidad de aclarar todas mis dudas, he podido realizar cuantas preguntas he estimado procedentes y he recibido respuesta a todas ellas por lo que CONSIENTO a los facultativos a que me practiquen el procedimiento mencionado y descrito en el anverso y las pruebas complementarias necesarias. Soy conocedor/a de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán realizarse las actuaciones médicas necesarias para mantenerme con vida o evitarme un daño.

Nombre del paciente: DNI/Pasaporte:	Nombre del testigo: DNI / Pasaporte:	Nombre del médico: DNI/Pasaporte:
		Num. de colegiado:
Firma paciente / representante y/o tutor Fecha:	Firma del testigo: Fecha:	Firma del médico Fecha:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D. / D ^a .:		
con DNI / Pasaporte nº		
D. / D ^a .:		
con DNI / Pasaporte nº		
como representante y/o Tutor del paciente		
REVOCO el consentimiento prestado en día de de 2....., y no deseo proseguir con la realización del procedimiento referido en este documento.		
Firma paciente / representante y/o tutor Fecha:	Firma del testigo: Fecha:	Firma del médico Fecha: