

INFORMACIÓN PARA O PACIENTE SOBRE O TEST DE LIORESAL® (BACLOFENO) INTRATECAL

O test de Lioresal® é unha proba que se utiliza en pacientes que padecen dor e/ou espasticidade das extremidades que resulta invalidante e que non respondeu a outros tratamentos menos agresivos como o mesmo Lioresal® oral só ou en combinación con outros fármacos, incluída a inxección intramuscular de toxina botulínica. A importancia deste test é que en caso de obter unha resposta positiva (melloría da dor e/ou da espasticidade), o paciente pode beneficiarse da colocación dun sistema que infunde o fármaco directamente no sistema nervioso, evitando os efectos secundarios xenerais que ten este fármaco cando se administra en doses equivalentes por vía oral.

Para a realización deste test é necesaria a realización dunha punción lumbar e a infusión posterior de baclofeno (Lioresal®) a través de dita agulla en doses progresivamente crecentes durante tres días. No caso de que o paciente note melloría tras a primeira ou a segunda perfusión, o test considérase positivo e detense a súa realización para exporlle ao enfermo a colocación definitiva do sistema de perfusión intratecal. Se tras a terceira dose (o terceiro día) o paciente non notase melloría, o test considérase negativo e o paciente non será subsidiario da colocación da bomba de perfusión intratecal do fármaco. Para a realización do test o paciente deberá permanecer en posición de decúbito lateral, cunha agulla de punción lumbar a través da que se infundirá a dose correspondente de Lioresal®.

O test de Lioresal® está contraindicado en pacientes que sofren alteracións graves da coagulación, alerxia aos diferentes fármacos ou material utilizado, anemia aplásica, dor psicóxena, historia de abuso de alcol e drogas e malformacións anatómicas.

As complicacións potenciais deste test son similares ás descritas para a punción lumbar (cefalea post punción, hematoma, seroma, fuga de líquido cefalorraquídeo, infección menínxea e/ou da ferida cirúrxica e a posible descompensación da enfermidade neurolóxica), aínda que tamén poden existir complicacións derivadas da perfusión do Lioresal®: hipotensión, excesiva relaxación de extremidades ou depresión respiratoria por sobredose.

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, Verdie 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.
- Bennet G, Serafín M, Burchiel K et al. Evidence-Based Review of the Literature on Intratecal 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 Manage1996;11(2):71-80.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA A REALIZACION DO TEST DE LIORESAL® INTRATECAL

NOME DO PACIENTE:

Nº Historia

ENDEREZO DO PACIENTE (ou representante legal):

.....
.....

Fun informado de forma satisfactoria polo Dr/Dra.
adscrito á Unidade/Servizo de Neuroloxía do procedemento para a realización do Test de Lioresal® intratecal, e igualmente dos beneficios que se esperan e do tipo de riscos, algún deles grave que comporta a súa realización e a súa non realización, así como das posibles alternativas segundo os medios asistenciais deste Centro. Tiven oportunidade de aclarar todas as miñas dúbidas, puiden realizar cantas preguntas estimei procedentes e recibín resposta a todas elas polo que CONSINTO aos facultativos a que me practiquen o procedemento mencionado e descrito no anverso e as probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para manterme con vida ou evitarme un dano.

Nome do paciente: DNI/Pasaporte:	Nome da testemuña: DNI / Pasaporte:	Nome do médico: DNI/Pasaporte:
		Num. de colexiado:
Sinatura paciente / representante e/ou titor Data:	Sinatura da testemuña: Data:	Sinatura do médico Data:

REVOGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D. / D ^a .:		
con DNI / Pasaporte nº		
D. / D ^a .:		
con DNI / Pasaporte nº		
como representante e/ou titor do paciente		
REVOGO o consentimento prestado o día de de 2....., e non desexo proseguir coa realización do procedemento referido neste documento, que dou por finalizado nesta data.		
Sinatura paciente / representante e/ou titor Data:	Sinatura da testemuña: Data:	Sinatura do médico Data: