

TOXINA BOTULÍNICA EN PUNTOS DOLOROSOS O CONTRACTURAS

1.- ¿Qué es?

La toxina botulínica es una neurotoxina (toxina que actúa sobre la estimulación nerviosa) elaborada por una bacteria denominada *Clostridium botulinum*. Se utiliza mediante aplicación por inyección en músculo y es el tratamiento de elección en la afectación de un músculo o grupo muscular por contracción mantenida o retorcimiento (disonías focales), entre las que se encuentra la distonía cervical, produciendo la mejoría (eficaz) en alrededor del 70 % de los casos.

2.- ¿Para qué sirve?

La toxina inyectada en el músculo actúa impidiendo la liberación de acetilcolina, que es la sustancia que interviene en la contracción muscular y ocasiona una parálisis parcial del músculo, aliviando el exceso de contracción de los músculos. Se utiliza en la fascitis plantar, la epicondilitis, puntos dolorosos miofasciales, síndrome del piramidal y otros síndromes miofasciales.

La mejoría obtenida, que habitualmente se manifiesta entre el primer y el tercer día, es transitoria, es decir, solamente se mantiene durante un tiempo determinado que, oscila entre 1 y 6 meses. Esto implica que no es un tratamiento definitivo, sino que debe administrarse periódicamente.

3.- ¿Cómo se realiza?

El tratamiento se lleva a cabo introduciendo con una aguja, la toxina en los músculos que se contraen en exceso y que provocan los síntomas que presenta el paciente. En la distonía cervical se inyecta la toxina botulínica en los músculos del cuello que producen la desviación del mismo. Habitualmente se pincha en diferentes puntos de uno o más músculos.

La primera vez que se pincha toxina botulínica a un paciente no se conoce con exactitud la dosis adecuada, por lo que se administra una dosis baja. Esta dosis en general corresponde con la dosis eficaz (dosis que consigue la mejoría) pero en ocasiones es insuficiente y hay que aumentarla en la siguiente revisión. A veces la dosis, a pesar de ser baja, es excesiva para el paciente y le aparecen efectos secundarios.

4.- ¿Cuáles son los riesgos?

Leves y frecuentes:

Los efectos secundarios que pueden aparecer tras el tratamiento son habitualmente leves y transitorios y están en relación con el mecanismo de acción de la medicación:

- Dolor o hematomas en el punto de inyección que desaparecen en pocos días (12,8%)
- Debilidad en los músculos del cuello (12% de los pacientes).
- Dificultad para tragar (13,5% de los pacientes), que puede requerir el uso transitorio de sonda nasogástrica.
- Formación de anticuerpos anti-toxina botulínica (sustancias que produce el organismo del paciente como respuesta a la inyección de toxina y que impide la actuación de la misma) que hacen que disminuya la eficacia (que no se alcance los resultados esperados) cuando se realizan inyecciones sucesivas (de modo muy poco frecuente).

Graves y poco frecuentes:

Tras el tratamiento con toxina botulínica en los pacientes con distonía cervical pueden aparecer efectos secundarios algo más graves y menos frecuentes:

- Ocasionalmente una reacción alérgica en la piel o inflamación (3,5% de los pacientes)
- De forma imprevisible se han descrito reacciones alérgicas al fármaco, potencialmente graves y generalizadas. Su aparición es excepcional.

5.- ¿Cuáles son las alternativas?

Otras alternativas de tratamiento médico con anticolinérgicos o relajantes musculares tienen escasa eficacia.

Las consecuencias previsibles de la no aplicación del procedimiento podría producir.....

Si usted o alguna persona autorizada desean mayor información, no duden en consultar a su médico responsable o a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.

RIESGOS PERSONALIZADOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ley 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada por Ley 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D./Dña. mayor de edad, con
D.N.I.:, vecino/a de calle
..... Nº,teléfono

MANIFIESTO:

Que he sido informado/a por el/la Dr./Dra. en
fecha/...../..... (y que me ha sido entregada una copia de la información) del procedimiento:
..... e igualmente de los beneficios que se esperan
y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes) y su no realización, así
como de las posibles alternativas según los medios asistenciales de este Centro.

Comprendo toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas
satisfactoriamente.

CONSENTO:

A los facultativos del Servicio de a que me practiquen el
procedimiento referido (descrito en el anverso) y las pruebas complementarias necesarias. Soy conecedor/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.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión: Persona que autoriza (familiar o tutor legal)
D./Dña., con D.N.I.:
en calidad de

Firmo dos ejemplares en A CORUÑA, a de de

Firma del paciente

Firma del representante legal

Firma del facultativo

*He decidido **REVOCAR** mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido.*

Firma del paciente
(o persona autorizada)

Firma del testigo

Firma del facultativo

(Firmar sólo en caso de revocar el consentimiento previo).

Fecha:/...../.....