



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO TOXINA BOTULINIKOA EMATEA ESPASTIKOTASUNA DAGOENEAN ADMINISTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA EN ESPASTICIDAD

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Toxina botulinikoa ematea da espastikotasuna tratatzeko dagoen aukeretako bat. Toxina botulinikoak lortzen duena da muskuluak ahultzea.

Tratamenduaren oinarria da aldiro-aldiro toxina zizatzea kaltetutako muskuluetan; injekzio horien eraginak 1 eta 6 hilabete artean irauten du.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- **Kontraindikazioak:** aminoglukosidoen bidezko tratamendua jasotzen duten pazienteak; neuronen eta muskuluen arteko loturan eragin dezaketen beste botika batzuen bidezko tratamendua jasotzen duten pazienteak; miastenia gravis dutenak; Eaton-Lamberten sindromea dutenak, alboko esklerosi amiotrofikoa dutenak; beste gaixotasun neuromuskular batzuk dituztenak; eta, haurdun daudenak.
- Albo-ondorioak arinak eta aldi-batekoak izan ohi dira:
 - a) **Ondorio lokalak:**
 - Tratatutako muskuluak ahultzea; eta, horren ondorioz, muskulu horien funtzioa aldi baterako galtzea.
 - Mina; hematoma; injekzioaren ingurunean, azalaren sentikortasun-gorabeherak, eta/edo infekzioak agertzea.
 - b) **Ondorio sistemikoak:**
 - Koadro sasi-gripala
 - Ahultasun orokorra
 - Logura
 - Gernu-inkontinentzia
 - Irensteko zailtasuna
 - Xurgapen-pneumonia; arnasketa-muskuluen paralisia
 - Botikarekiko erreakzio alergikoak (larriak izan daitezke)

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

La administración de toxina botulínica es una de las alternativas de tratamiento existentes para la espasticidad. Actúa produciendo debilidad muscular.

El tratamiento consiste en inyecciones periódicas de la toxina en los músculos afectados y la duración del efecto se sitúa entre 1 y 6 meses.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Contraindicaciones: Pacientes en tratamiento con aminoglucósidos u otros fármacos que puedan interferir en la unión neuromuscular, miastenia gravis, síndrome de Eaton-Lambert, esclerosis lateral amiotrófica, otras enfermedades neuromusculares, embarazo.
- Generalmente los efectos secundarios son leves y transitorios:
 - a) **Efectos locales:**
 - Debilidad de los músculos tratados, con la consiguiente pérdida transitoria de la función de esos músculos.
 - Dolor, hematoma, alteración de la sensibilidad cutánea y/o infección en el lugar de la inyección.
 - b) **Efectos sistémicos:**
 - Cuadro pseudogripal
 - Debilidad generalizada
 - Somnolencia
 - Incontinencia urinaria
 - Dificultad para tragar
 - Neumonía por aspiración; parálisis de los músculos respiratorios
 - Reacciones alérgicas al fármaco, potencialmente graves



- **Oso-oso gutxitan izan arren, konplikazio hauen ondorioz heriotza ere gerta daiteke.**
- **Batzuetan, toxinaren aurkako antigorputzak sortzen dira, eta, horien ondorioz, tratamendua ez da hain eraginkorra hurrengo injekzioetan.**
- Muy raramente, como consecuencia de algunas de estas complicaciones, se produce un desenlace mortal
- En algunas ocasiones se forman anticuerpos anti-toxina que hacen que disminuya la eficacia del tratamiento en inyecciones sucesivas

D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:

<~~ ~>

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~~ ~>

E.BESTELAKO AUKERAK:

Botikak hartzea ahotik, edo bide intratekaletik; nerbioak blokeatzea; kirurgia.

E. ALTERNATIVAS:

Fármacos por vía oral o intratecal, bloqueos nerviosos, cirugía.



<--

Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:
Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetzako langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

Pazientea/k / El Paciente/s

Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



Medikua/k / El/La Médico/s

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

Sinadura eta data

Firma y fecha

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legetzko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal

Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

Sinadura eta data

Firma y fecha