

1. ¿Qué es? Es una técnica que consiste en la inyección de un anestésico local en los lugares cuya palpación desencadena el cuadro de dolor muscular del paciente. El dolor miofascial es el dolor crónico originado en el músculo y su tejido conjuntivo (fascia). La característica de este dolor es la presencia de uno o más puntos gatillo, que son nódulos hiperirritables bien definidos, localizados dentro de bandas tensas musculares. Es una técnica poco dolorosa y muy sencilla.

2. ¿Cómo se realiza? Se inyecta el anestésico local introduciendo una aguja que llega al punto hiperálgico, más doloroso localizado bien por palpación de la banda tensa del musculo o bien por ecografía. Con frecuencia, al acceder al punto hiperálgico se obtiene una respuesta de espasmo local por contracción rápida de las fibras musculares de la banda tensa. Tras la infiltración no es necesario ningún reposo. El efecto beneficioso se aprecia en unos minutos y se prolonga en el tiempo.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes (más del 10%):** reacciones locales leves como enrojecimiento y dolor, que desaparecen en pocos días. En algunas personas muy sensibles a las técnicas médicas o con propensión a marearse, puede aparecer un cuadro vagal (sudor frío, temblor, calor, mareo, desvanecimiento), que no es grave y cede con tratamiento postural y sintomático.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** pueden aparecer reacciones alérgicas (desde cuadros menores hasta la muerte por reacción anafiláctica) a cualquiera de los componentes inyectados, por lo que si supiera de antemano que usted presenta alguna alergia conocida deberá comunicarla a su médico antes de su administración. Otro riesgo poco frecuente que se puede producir al realizar bloqueos de puntos gatillo sobre el tórax es el neumotórax, con entrada de aire a la cavidad pulmonar, que puede requerir la colocación de un tubo de drenaje en el tórax para su evacuación e ingreso hospitalario. A pesar de las medidas de asepsia empleadas, pueden producirse excepcionalmente infecciones de la zona tratada.

4. Consecuencias previsibles de su realización: obtención de alivio o desaparición del dolor y así poder normalizar la actividad habitual. En algunos casos esto nos permite seguir desarrollando el resto del programa rehabilitador.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: persistencia del dolor e incapacidad funcional.

6. Alternativas: con los mismos objetivos terapéuticos pueden utilizarse, vía oral o intramuscular, fármacos analgésicos-antinflamatorios (AINE) y/o relajantes musculares, siempre que no hayan alergias o contraindicaciones al uso de los mismos. También pueden ser indicadas, en algunos casos y según criterio del médico especialista, determinadas técnicas electroterápicas.

7. Riesgos en función de su situación: su uso presenta una contraindicación relativa en pacientes con problemas de coagulación (uso de anticoagulantes, enfermedades de la coagulación, ...).

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales