

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** es una técnica de punción, sin medicación, cuyo objetivo es el alivio del dolor y mejora de la función. Se realiza sobre puntos dolorosos miofasciales o puntos gatillo. También puede realizarse sobre otras estructuras musculoesqueléticas dolorosas.
2. **¿Cómo se realiza?:** esta técnica se realiza mediante la introducción de una o varias agujas estériles de calibre muy fino directamente sobre la zona de origen del problema o sobre zonas reflejas a distancia. El alivio puede aparecer a partir de la primera sesión o una vez completado el ciclo de tratamiento, que puede incluir varias sesiones.
3. **¿Cuáles son los riesgos?:**
  - **Riesgos frecuentes (más del 10%):** en el punto de inyección puede aparecer una molestia, hematoma localizado y dolor post-punción que se puede prologar durante el primer día, para después desaparecer.
  - **Riesgos poco frecuentes (menos del 10%):** en algunas personas muy sensibles a las técnicas médicas o con propensión a marearse, puede aparecer un cuadro vago (sudor frío, temblor, calor, mareo, desvanecimiento), que no es grave y cede con tratamiento postural y sintomático. Se pueden producir hematomas post-punción, mioedema, lesiones en estructuras cercanas nerviosas o viscerales, riesgo de infección local, rotura de la aguja. En pacientes anticoagulados se pueden producir hematomas extensos.
4. **Consecuencias previsibles de la realización:** en general, alivio del dolor, mejoría de la función y mejor tolerancia a los ejercicios de rehabilitación. Se pueden desencadenar respuestas reflejas, a través del sistema nervioso, que produzcan beneficios adicionales.
5. **Consecuencias previsibles de la no realización:** no mejoría del dolor.
6. **Alternativas:** aplicar diferentes corrientes analgésicas, termoterapia, ejercicio terapéutico, técnicas manuales no invasivas, infiltraciones, etc. No tienen por qué ser independientes de la punción seca, sino que se pueden combinar. Otra opción sería tomar fármacos analgésicos y relajantes musculares, que también se pueden asociar a la punción seca.
7. **Riesgos en función de su situación:** está contraindicada la punción seca en caso de miedo insuperable a las agujas, alergia a los metales (especialmente al níquel), lesiones cutáneas locales (erupción, infección, neoplasia), pacientes anticoagulados, inmunodepresión, linfadenectomías, hipotiroidismo, epilepsia, enfermedades infecciosas (Hepatitis, VIH...).

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

**DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

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

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento  No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_