

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta información no es alarmarle ni liberar de responsabilidad al fisioterapeuta que le atiende. Simplemente representa un esfuerzo para que usted conozca mejor los hechos y pueda tomar la decisión libre y voluntaria de autorizar o rechazar dicho procedimiento.

Sepa usted que es norma de obligado cumplimiento por dicho fisioterapeuta que le atiende, informarle y solicitar su autorización siempre que la urgencia lo permita.

AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE PUNTOS GATILLO MIOFASIALES (PGM) CON TÉCNICA INVASIVA - "PUNCIÓN SECA"

¿Qué es un punto gatillo miofascial (PGM)?

Un punto gatillo miofascial (PGM), es una zona de contractura situada dentro de una banda tensa muscular. El punto resulta doloroso a la compresión, y cuando es estimulado puede evocar un dolor referido característico de dicho músculo.

¿En qué consiste el tratamiento de puntos gatillo miofasciales con técnica invasiva – "punción seca"?

El tratamiento se lleva a cabo utilizando una aguja de acupuntura (estériles y desechables), con la que, previa asepsia cutánea de la zona a tratar, se incide directamente el punto gatillo miofascial (PGM), realizando varios abordajes sobre éste sin llegar a extraer la aguja. Se establece una pauta de una sesión semanal durante un máximo de 6 sesiones. Si tras la tercera sesión no se alcanza ninguna mejoría, el tratamiento se suspendería, y se establecerían como **alternativa** al mismo, pautas de fisioterapia de tipo conservador. La técnica en cuestión es realizada por fisioterapeutas que han sido formados para poder aplicarla con plenas garantías, y que disponen de la titulación correspondiente que lo acredita.

¿Qué objetivos persigue esta técnica?

El objetivo principal de esta técnica es acabar con aquellos problemas ocasionados por patologías de tipo agudo o crónico derivados de los puntos gatillo miofasciales (PGM).

¿Puedo tener efectos secundarios o alguna complicación al ser tratado con esta técnica?

Las complicaciones son escasas, al igual que las contraindicaciones y los peligros.

▪ **Contraindicaciones absolutas:**

- Belonefobia (miedo insuperable a las agujas)
- Punción profunda de músculos profundos en personas con alteraciones de la coagulación.

▪ **Contraindicaciones relativas:**

- Pacientes con problemas de coagulación o tratamiento con anticoagulantes
- Inmunodepresión o inmunosupresión
- Linfadenectomías
- Hipotiroidismo
- Punción sobre zonas de la piel que presenten algún tipo de herida o cicatriz; enfermedades dérmicas como psoriasis o infecciones, máculas, o tatuajes.
- Problemas de alergia a los metales (especialmente al níquel); guantes (látex, vinilo).

- Se evitará la punción profunda en mujeres embarazadas, especialmente durante los primeros 3 meses del embarazo, y después de este periodo, siempre y cuando la zona a tratar pueda afectar al feto

Por otra parte, no siendo propiamente contraindicaciones, se aconseja:

- Dejar pasar 24 horas después del tratamiento antes de bañarse en una piscina o en unos baños públicos
 - No indicar el tratamiento en personas que presentan problemas de dolor crónico generalizado, como es el caso de la fibromiálgia, si anteriormente ya se había utilizado la técnica sin obtener beneficios.
- Los **peligros** son limitados, la probabilidad de que se produzcan es escasa y resultan en su mayoría evitables si se toman las precauciones pertinentes: neumotórax, lesión nerviosa, síncope vasovagal, mioedema, hemorragia y riesgo de infección del fisioterapeuta por punción accidental con una aguja contaminada.
 - Con respecto a las **complicaciones**, apenas existe documentación, pero se podrían citar la dermatitis de contacto, el espasmo muscular, dolor postpunción en las siguientes 48 horas y en raras ocasiones puede provocar un cuadro pasajero vasovagal (mareos, palidez, sudoración, sensación de frío...).

RIESGOS PERSONALIZADOS

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son:

.....

DECLARO:

Que he sido informado de los riesgos del tratamiento (no he omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente en relación con enfermedades, alergias u otros riesgos personales), que me han explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Estoy satisfecho de la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia doy mi consentimiento:

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del fisioterapeuta

Fdo.:

Fdo.:

Fecha:

Número de colegiado:

Nombre del representante legal en caso de incapacidad o minoría de edad del paciente con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.)

Firma:

DNI.....

REVOCACIÓN

He decidido revocar mi anterior autorización y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha finalizado.

Fecha y firma:

DNI.....