

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PUNTOS GATILLO MIOFASIALES (PGM) MEDIANTE TÉCNICAS INVASIVAS (PUNCIÓN SECA)

INTRODUCCIÓN

Esta documentación ha sido elaborada conforme a las previsiones contenidas en la Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de Abril) y la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, reguladora esta última de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Es conveniente que lea este documento con atención y formule las preguntas que crea convenientes para entender el procedimiento para el cual le pedimos su consentimiento para el tratamiento de _____

El propósito de esta información no es alarmarle ni liberar de responsabilidad al Fisioterapeuta que le atiende. Se le proporciona para que usted, a partir de dicho conocimiento, pueda tomar la decisión libre y voluntaria de autorizar o rechazar este tratamiento.

¿QUÉ ES UN PUNTO GATILLO MIOFASCIAL (PGM)?

Un punto gatillo miofascial es un punto altamente irritable de dolor en un nódulo dentro de una banda tensa palpable de músculo esquelético. Es doloroso a la presión y cuando es estimulado puede provocar dolor referido (siempre siguiendo un mismo patrón para el mismo punto gatillo) y restricción del movimiento, así como sudoración y otros fenómenos autonómicos.

¿EN QUÉ CONSISTE EL TRATAMIENTO DE LOS PGM MEDIANTE TÉCNICAS INVASIVAS (PUNCIÓN SECA)?

Consiste en la introducción de una aguja de acupuntura en el punto gatillo realizando varios abordajes sobre éste, sin llegar a extraer la aguja en la mayoría de los casos.

Normalmente, se establece una pauta de una sesión semanal hasta un máximo de 6 sesiones. Si tras la tercera sesión no se observa mejoría, se suspendería el tratamiento y se establecerían como alternativa al mismo, pautas de fisioterapia de tipo conservador (descritas más adelante)

Esta técnica debe ser realizada por Fisioterapeutas formados específicamente para aplicarla con total garantía y deben disponer de la titulación que lo acredite.

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO MEDIANTE PUNCIÓN SECA

Existen técnicas de fisioterapia no invasiva tales como estiramientos, masajes, presión... dirigidas al tratamiento de los PGM, y usted podrá elegir las en lugar de la técnica invasiva que aquí se describe.

OBJETIVO DE LA TÉCNICA DE PUNCIÓN SECA

Fundamentalmente se persigue disminuir el dolor provocado por la existencia de PGM y otros problemas derivados de los mismos, como la limitación del movimiento y la presencia de fenómenos autonómicos.

EFFECTOS SECUNDARIOS O COMPLICACIONES DERIVADOS DE LA TÉCNICA:

- Complicaciones (todas ellas reversibles): espasmo muscular o dolor postpunción momentáneo. Suelen desaparecer tras unas horas.
- Mareos durante la punción en personas muy sensibles.
- Miedo insuperable a las agujas que imposibilitan la aplicación de la técnica.
- Efectos secundarios como dermatitis por contacto, hematomas, infección... aunque son poco frecuentes. Para evitar infecciones, se aconseja dejar transcurrir 24 horas tras el tratamiento para bañarse en una piscina o baño público.
- Los peligros de la técnica son limitados, la probabilidad de que se produzcan es escasa y resultan en su mayoría evitables si se toman las medidas de precaución pertinentes: neumotórax (tratamiento músculos del tórax), mioedema, hemorragia, síncope vaso-vagal y lesión nerviosa.
- En este último caso debe avisar al fisioterapeuta si se produce una sensación eléctrica desagradable para que pueda modificar la zona de introducción de la aguja y así evitar la lesión nerviosa.

RIESGOS DERIVADOS DEL ESTADO DE SALUD PREVIO DEL PACIENTE:

- En las alergias a los metales, especialmente al níquel, no se podrán utilizar las agujas de acupuntura habituales.
- Pacientes con tratamiento con anticoagulantes son más propensos a sufrir hemorragias.
- Pacientes inmunodeprimidos o con linfadenectomías son más propensos a sufrir infecciones.
- Pacientes con hipotiroidismo pueden sufrir de edemas en el músculo tratado.
- Debe evitarse la punción seca en zonas de la piel que presenten algún tipo de herida o cicatriz, así como en enfermedades dérmicas como psoriasis o infecciones. También en tatuajes.
- Se evitará la punción profunda en mujeres embarazadas, especialmente durante los tres primeros meses del embarazo, y después de este período siempre y cuando la zona a tratar pueda afectar al feto.
- Se aconseja no realizar el tratamiento en pacientes con dolor crónico generalizado, como en el caso de la fibromialgia, si anteriormente ya se había utilizado la técnica sin obtener beneficios.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PUNCIÓN SECA

PACIENTE:

D/Dña _____ **con DNI** _____

He leído la información que ha sido explicada en cuanto al consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi examen, valoración y tratamiento. Firmando abajo consiento que se me aplique el tratamiento que se me ha explicado de forma suficiente y comprensible.

Entiendo que tengo el derecho de rehusar parte o todo el tratamiento en cualquier momento. Entiendo mi plan de tratamiento y consiento en ser tratado por un fisioterapeuta colegiado.

Declaro no encontrarme en ninguno de los casos de las contraindicaciones especificadas en este documento.

Declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre estado físico y salud de mi persona que pudiera afectar a los tratamientos que se me van a realizar. Asimismo, decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente a los tratamientos que se me han informado.

_____, a ___ de _____ de _____

AUTORIZACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR:

Ante la imposibilidad de D/Dña _____ con DNI _____ de prestar autorización para los tratamientos explicitados en el presente documento de forma libre, voluntaria y consciente:

D/Dña _____ con DNI _____

En calidad de (padre, madre, tutor legal, familiar, allegado, cuidador) _____ decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad libre, voluntaria y consciente para los tratamientos explicitados en el presente documento.

_____, a ___ de _____ de _____

FISIOTERAPEUTA:

D/Dña: _____ **con DNI** _____

Fisioterapeuta de la Policlínica FisiEnUSAL de Salamanca, declaro haber facilitado al paciente y/o persona autorizada, toda la información necesaria para la realización de los tratamientos expuestos en el presente documento y declaro haber confirmado, inmediatamente antes de la aplicación de la técnica, que el paciente no incurre en ninguno de los casos de contraindicación señalados anteriormente, así como haber tomado todas las precauciones necesarias para que la aplicación de los tratamientos sea la correcta.

_____, a ___ de _____ de _____