Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PUNCIÓN SECA.

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.
Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

1.1. LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:
La 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. Está indicada principalmente en la lumbalgia crónica, cefalea, epicondilitis, hombro doloroso y cervicalgia entre otros.

CÓMO SE REALIZA:
El paciente se coloca tumbado o sentado, según la técnica que se vaya a realizar, se desinfecta la zona donde se van a realizar la punción. 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.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ Y EN QUÉ SE BENEFICIARÁ:
En la gran mayoría de los casos, los síntomas mejorarán o desaparecerán. Consiguiendo el control o alivio del dolor, disminución del consumo de analgésicos, 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.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:
Según el caso en particular: se pueden aplicar diferentes corrientes analgésicas, termoterapia, ejercicio terapéutico, técnicas manuales no invasivas, infiltraciones, etc. No tienen porqué 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.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

▪ 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 vagal (sudor frio, 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.

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

- Si usted ha tenido alguna vez desmayos, vértigos o convulsiones.
- Si tiene usted marcapasos u otros implantes metálicos o equipos eléctricos.
- Si tiene usted una alteración de la coagulación.
- Si usted está tomando anticoagulantes o cualquier otra medicación.
- Si tiene algún daño en las válvulas del corazón o riesgos particulares de infección.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

La punción seca está contraindicada en caso de:

· Miedo insuperable a las agujas.

· Alergia a los metales (especialmente al níquel).

· Lesiones cutáneas locales (erupción, infección, neoplasia),

· Estar en tratamiento con anticoagulantes.

· Inmunodepresión, linfadenectomías, hipotiroidismo, epilepsia, enfermedades infecciosas (Hepatitis, VIH…).

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Si es donante de sangre, cuando done, debe advertir que esta recibiendo acupuntura y puede ser rechazada la donación mientras esté en tratamiento.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

---

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)
(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña , manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En a de de

EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: Fdo.:

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. , no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En a de de

EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña , de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En a de de

EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: Fdo.: