



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PUNCIÓN SECA

D./Dña. \_\_\_\_\_ en calidad de paciente o, en su defecto,  
D./Dña. \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_, como  
representante y /o tutor del paciente, mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, acudo a  
esta consulta con diagnóstico de \_\_\_\_\_, manifiesto que he sido informado de  
forma satisfactoria por el fisioterapeuta de los siguientes puntos sobre la **Punción Seca**.

La **Punción Seca** es una técnica invasiva que tiene como objetivo principal disminuir o hacer desaparecer el dolor y disfunción de los Puntos Gatillo Miofasciales (PGM), comúnmente conocidos como contracturas. Estos PGM se sitúan dentro de una banda tensa muscular, y se caracterizan por ser dolorosos a la compresión (pudiendo provocar dolor referido a otras zonas del cuerpo), y por su capacidad para provocar disfunciones. La técnica consiste en la introducción de una fina aguja estéril habilitada para dicha técnica, con el objetivo de llegar directamente al PGM que anteriormente se ha localizado mediante la palpación, y con la finalidad de reproducir, tratar y eliminar el dolor muscular del paciente, ya sea local o referido.

Las **contraindicaciones** a tener en cuenta: pacientes con previas reacciones adversas a las agujas, tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes, alteraciones en el sistema inmunitario, enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis...), problemas epilépticos, procesos neoplásicos (cáncer). También punción sobre zonas con linfedema, enfermedades dérmicas (psoriasis, infecciones...), heridas, erosiones o cicatrices. Posibles problemas de alergia a los metales (especialmente al níquel) y a los guantes de látex. Se deberá evitar la punción durante los 3 primeros meses de embarazo y posteriormente zonas que puedan afectar al feto. No disponer del consentimiento informado por parte de los pacientes o tutores de menor de edad.

**Si usted se encuentra en alguna de las anteriores circunstancias, deberá comunicarlo al fisioterapeuta.**

Las **reacciones adversas** son escasas, su mayoría se pueden evitar con las medidas pertinentes: dolor a la punción y pospunción que no normalmente no supera las 48 horas, sangrado, hematoma, mioedema, rotura de la aguja, neumotórax, quemaduras (aplicación de electricidad asociada a la punción), sensación eléctrica por contacto con un nervio, lesión en órganos o nervios, shock anafiláctico, infección del paciente y del fisioterapeuta por punción accidental con una aguja infectada y reacciones vegetativas leves (palidez, sudoración, piloerección...) y excepcionales (síncope vasovagal).

*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, informarle y solicitar su autorización siempre que la urgencia lo permita.*

**Declaro** que he sido informado de los riesgos del tratamiento por parte del fisioterapeuta y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Estoy **satisfecho** con la información recibida (de forma verbal y por este documento escrito), he podido formular todas aquellas preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, **doy mi consentimiento**.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma paciente/representante y/o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del fisioterapeuta.

Fdo: JORDI FRANCESC PASTOR SILLA

Nº de colegiado: 4.222

Firma:

**Revocación:**

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

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

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