

PUNCIÓN SECA

1.- Que é?

A punción seca é unha técnica invasiva no tratamento rehabilitador das alteracións musculares, co obxectivo de diminuír ou facer desaparecer a dor e restablecer a función.

2.- Para que serve?

O tratamento pretende o alivio nos puntos dolorosos e bandas tensas musculares para mellorar a mobilidade e a calidade de vida.

3.- Como se realiza?

A aplicación da técnica efectúase con agullas específicas de punción seca, similares ás agullas de acupuntura, sen infiltrar ningún tipo de substancia no organismo. Nunha mesma sesión poden ser necesarias varias puncións en diferentes localizacións corporais.

4.- Cales son os riscos?

Riscos leves e frecuentes

- Dor durante a punción e despois da mesma. Xeralmente, esta dor non supera as 48 horas.
- Aparición de hematoma sobre a zona.
- Mareo e síncope vasovagal (baixada da tensión arterial e nalgunhas ocasións con perda de consciencia). Non é grave e cede espontaneamente.
- Infección no punto de punción.

Riscos leves e pouco frecuentes:

- Son posibles, pero pouco frecuentes outros efectos secundarios como a dermatite por contacto ou mioedemas.

Riscos graves e pouco frecuentes:

- Se se trata musculatura costal existe o risco de provocar un neumotórax (entrada do aire no espazo pleural que rodea ao pulmón), aínda que devandito risco é mínimo.
- O risco de picar outras zonas sensibles, como o ril no caso de realizar tratamentos sobre a rexión lumbar, é tamén mínimo.
- Se hai compromiso neural, pode provocar sensación eléctrica desagradable. Se é así, debe avisar ao médico para modificar a abordaxe.

5.- Cales son as alternativas?

Habitualmente utilízanse técnicas de fisioterapia (electroterapia, liberación miofascial, liberación do músculo mediante mobilizacións do mesmo), tratamentos farmacolóxicos para reducir a dor (analgésicos, antiinflamatorios, miorrelaxantes), infiltracións musculares (inxección de diversas substancias no músculo) e exercicios específicos.

As consecuencias previsibles de non aplicar esta técnica non permitiría un alivio da dor nin melloraría na mobilidade restrinxida, o que provocaría un empeoramento da capacidade funcional para as súas actividades cotiás.

Con iso sería necesario a aplicación doutros tratamentos.

Se vostede ou algunha persoa autorizada desexa maior información, non dubide en consultar ao seu médico/a responsable ou a calquera do persoal médico do Servizo que o atende.

RISCOS PERSONALIZADOS

.....
.....

CONSENTIMENTO INFORMADO

Lei 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada pola Lei 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D./Dna. maior de idade, con
D.N.I.:, veciño/a de rúa
..... Nº, teléfono

MANIFESTO:

Que fun informado/a polo/pola Dr./Dra. en
data/...../..... (e que me foi entregada unha copia da información) do procedemento:
..... e igualmente dos beneficios que se esperan e
do tipo de riscos que comporta a súa realización (complicacións máis frecuentes) e a súa non realización, así
como das posibles alternativas segundo os medios asistenciais deste Centro.

Comprendo toda a información que se me proporcionou e as miñas dúbidas foron aclaradas
satisfactoriamente.

CONSINTO:

Aos facultativos do Servizo de a que me practiquen o
procedemento referido (descrito no anverso) e as probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de
que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para
manterme con vida ou evitarme un dano.

Sei que en calquera momento podo revogar o meu consentimento.

Por incapacidade ou renuncia á toma de decisión: Persoa que autoriza (familiar ou titor legal)

D./Dna., con D.N.I.:
en calidade de

Asino dous exemplares en A Coruña, a de de

Sinatura do/a paciente

Sinatura do/a representante legal

Sinatura do/a facultativo/a

*Decidín **REVOGAR** o meu consentimento respecto da realización do procedemento referido.*

Sinatura do/a paciente
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do/a facultativo/a

(Asinar só en caso de revogar o consentimento previo).

Data:/...../.....