

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-169

Punción Seca

Rev.00

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

La punción seca es una técnica de fisioterapia invasiva aplicada en el tratamiento de las alteraciones musculares, con el objetivo de disminuir o hacer desaparecer el dolor y restablecer la función. La aplicación de la técnica la realizan Kinesiólogos formados específicamente para aplicarla y que disponen de la titulación que así lo acredita.

CARACTERÍSTICAS DE LA PUNCIÓN SECA (En qué consiste)

La técnica se realiza con agujas específicas de punción seca, similares a las agujas de acupuntura, sin infiltrar ningún tipo de sustancia en el organismo. En una misma sesión pueden ser necesarias varias punciones en diferentes localizaciones corporales de acuerdo a la patología diagnosticada por su médico tratante, la mayoría de las veces se aplican diversos pinchazos sin extraer la aguja.

La frecuencia de este tratamiento se establece mediante una pauta de una a dos sesiones semanales, hasta un máximo de 6 sesiones, dependiendo del estado de la patología del paciente.

RIESGOS POTENCIALES DE LA PUNCIÓN SECA

La aplicación de la técnica ha demostrado que el paciente habitualmente puede experimentar molestias en el lugar de punción, dicha molestia no supera las 48 hrs. A veces puede aparecer un pequeño sangrado sobre la zona, pudiendo ocasionar un pequeño hematoma.

Cabe la posibilidad de que las personas muy sensibles puedan sufrir mareos durante la punción, pero como siempre se aplica con el paciente acostado en la camilla, esta complicación no presenta ningún riesgo para la salud.

Otros posibles efectos secundarios pueden ser: dermatitis por contacto, hematomas, espasmo muscular, mioedema, infección, sin embargo estos son muy poco frecuentes.

Al tratar la musculatura costal existe el riesgo de provocar un neumotórax (entrada de aire en el espacio Pleural), aunque dicho riesgo es mínimo. El riesgo de pinchar otras zonas sensibles, como el riñón en caso de realizar tratamientos sobre la región lumbar, es también mínimo.

Al tratar en zonas donde hay compromiso neural, la penetración de la aguja puede provocar una sensación eléctrica desagradable. Debe avisar al profesional kinesiólogo para que pueda modificar la zona o la forma del abordaje para evitar que el nervio afectado se lesione.

En las alergias a los metales, especialmente al níquel, no pueden utilizarse las agujas de acupuntura normales. El embarazo no constituye una contraindicación, pero si usted está embarazada, debería comunicárselo al Kinesiólogo tratante. Los pacientes tratados con anticoagulantes son más propensos a sufrir hematomas, así como los inmunodeprimidos o linfadenectomizados lo son a sufrir infecciones. En hipotiroidismo pueden provocarse edemas en el musculo pinchado y debe evitarse la punción en enfermedades dérmicas como la psoriasis.

Si usted se encuentra en alguna de estas circunstancias comuníquese al/a la fisioterapeuta.

Debe avisar en caso de: embarazo, alergia a metales, hipotiroidismo, neumotórax anterior, uso de anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, procesos neoplásicos, enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis) u otro tipo de patología que el terapeuta deba conocer.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Si el paciente no puede o no quiere que le apliquen la punción seca, existen dentro de la fisioterapia manual otras técnicas no invasivas como son el masaje, estiramientos, movilizaciones, que podrían ser utilizadas. Las técnicas de fisioterapia manual descritas anteriormente pueden alternarse con la punción seca.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-169

Punción Seca

Rev.00

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Punción Seca.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Punción Seca.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Punción Seca** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)