

# PUNCIÓN SECA

## 1.- ¿Qué es?

La punción seca es una técnica invasiva en el tratamiento rehabilitador de las alteraciones musculares, que consiste en el empleo de agujas sobre los puntos que desatan el dolor (puntos gatillos) para tratar el dolor músculoesquelético (miofascial).

## 2.- ¿Para qué sirve?

El tratamiento pretende el alivio de puntos dolorosos y restablecer la actividad funcional con la aplicación posterior de bandas tensas musculares para mejorar la movilidad y la calidad de vida.

## 3.- ¿Cómo se realiza?

La aplicación de la técnica se efectúa con agujas específicas de punción seca, similares a las agujas de acupuntura, sin infiltrar ninguna sustancia en el organismo. En una misma sesión pueden ser necesarias varias punciones en diferentes localizaciones corporales.

## 4.- ¿Cuáles son los riesgos?

### Riesgos leves y frecuentes:

- Dolor durante la punción y después de la misma. Generalmente, dicho dolor no supera las 48 horas.
- Aparición de hematoma sobre la zona.
- Mareo y síncope vasovagal. No es grave y cede espontáneamente.
- Infección en el punto de punción.
- Son posibles, pero poco frecuentes otros efectos secundarios como la dermatitis por contacto o mioedemas.
- Si se trata 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.
- Si hay compromiso neural, puede provocar sensación eléctrica desagradable. Si es así, debe avisar al médico para modificar el abordaje.

## 5.- ¿Cuáles son las alternativas?

Habitualmente se utilizan técnicas de fisioterapia (electroterapia, liberación miofascial liberación del músculo mediante movilizaciones sobre el mismo), tratamientos farmacológicos para reducir el dolor (analgésicos, antiinflamatorios, miorrelajantes), infiltraciones musculares (inyección de diversas sustancias en el músculo) y ejercicios específicos.

Las consecuencias previsibles de no aplicar dicha técnica no permitiría un alivio del dolor ni mejoraría en la movilidad restringida, lo que provocaría un empeoramiento de la capacidad funcional para sus actividades cotidianas.

Con ello sería necesario la aplicación de otros tratamientos.

*Si usted o alguna persona autorizada desean mayor información, no duden en consultar a su médico responsable o a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.*

### **RIESGOS PERSONALIZADOS**

.....  
.....

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

D./Dña. .... mayor de edad, con  
D.N.I.: ....., vecino/a de ..... calle .....  
..... Nº .....,teléfono .....

### MANIFIESTO:

Que he sido informado/a por el/la Dr./Dra. .... en  
fecha ...../...../..... (y que me ha sido entregada una copia de la información) del procedimiento:  
..... e igualmente de los beneficios que se esperan  
y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes) y su no realización, así  
como de las posibles alternativas según los medios asistenciales de este Centro.

Comprendo toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas  
satisfactoriamente.

### CONSENTO:

A los facultativos del Servicio de ..... a que me practiquen el  
procedimiento referido (descrito en el anverso) y las pruebas complementarias necesarias. Soy conocedor/a  
de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán realizarse las actuaciones médicas necesarias  
para mantenerme con vida o evitarme un daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión: Persona que autoriza (familiar o tutor legal)

D./Dña. ...., con D.N.I.: .....  
en calidad de .....

Firmo dos ejemplares en A CORUÑA, a ..... de ..... de .....

Firma del paciente

Firma del representante legal

Firma del facultativo

He decidido **REVOCAR** mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido.

Firma del paciente  
(o persona autorizada)

Firma del testigo

Firma del facultativo

**(Firmar sólo en caso de revocar el consentimiento previo).**

Fecha: ...../...../.....