



Sociedad Norte
del Dolor

1º APELLIDO _____

2º APELLIDO _____

NOMBRE _____

FECHA _____ N° HISTORIA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INYECCIÓN DE PUNTOS DOLOROSOS GATILLO (“TRIGGER POINTS”)

EN QUÉ CONSISTE LA INYECCIÓN DE PUNTOS GATILLO

Esta técnica se emplea en el tratamiento de una entidad amplia conocida como dolor miofascial. Consiste en la infiltración de un medicamento (anestésico local, corticoide o toxina botulínica) o incluso a veces se emplea la “punción seca” (sin nada) o con suero fisiológico en unos lugares cuya palpación desencadena el cuadro de dolor muscular del paciente. Es una técnica poco dolorosa y muy sencilla. Se realiza en unos 5-10 minutos dependiendo del número de puntos gatillo encontrados. El bloqueo puede ser diagnóstico con anestésico local y efecto pasajero (para localizar el origen del dolor), o terapéutico con un esteroide y de mayor duración (para tratamiento del dolor). Se puede emplear un ecógrafo para realizar la prueba

COMPLICACIONES

Las complicaciones de la técnica son mínimas. Las más frecuentes son:

- *Molestias locales* en el lugar de punción. Ceden en pocas horas.
- *Síncope vasovagal*. Es un “mareo” que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, agujas, dolor, etc.) Se acompaña de sensación de calor, sudor, y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede con atropina (que se puede administrar de forma preventiva)

Muy raros, pero mas graves:

- *Hematomas* en la zona de punción
- *Neumotórax*, (entrada de aire en la cavidad de los pulmones, se puede producir al realizar bloqueos de puntos gatillo sobre el tórax, puede requerir la colocación de un tubo para extraer el aire e ingreso hospitalario.

RIESGOS PERSONALIZADOS

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son:

DECLARO que he sido informado/a por el médico de los riesgos de la infiltración de puntos gatillo, y sé QUE, EN CUALQUIER MOMENTO, PUEDO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO.

ESTOY SATISFECHO/A con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice la infiltración de puntos gatillo.

Firma del paciente

.....

Firma del médico

Dr. D. _____

.....

Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que intervienen (padre, madre, esposo/a, tutor, etc.)

Firma DNI

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DEL BLOQUEO DE PUNTOS GATILLO

Revoco el consentimiento para la realización del Bloqueo de Puntos gatillo

Firma del paciente

Fecha