



Asociación Andaluza-Extremeña de Anestesiología,  
Reanimación y Terapéutica del Dolor (A.A.E.A.R.)



## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

### CENTRO SANITARIO

### SERVICIO

## 1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) ACUPUNTURA, MOXIBUSTIÓN Y AURICULOTERAPIA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

### 1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

#### EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La Acupuntura es una forma de tratamiento en la que se insertan agujas muy finas de un solo uso en lugares específicos del cuerpo. A veces se emplean corrientes eléctricas sobre las agujas, y se calientan los puntos con una planta llamada Artemisa (Moxibustión). En otras ocasiones se emplean estímulos parecidos sobre el pabellón de la oreja (Auriculoterapia). En el tratamiento del dolor la Acupuntura está indicada principalmente en la osteoartrosis de rodilla, lumbalgia crónica, cefalea, epicondilitis, hombro doloroso y cervicalgia.

#### CÓMO SE REALIZA:

Es una técnica poco dolorosa, pero un poco incómoda. El paciente se coloca tumbado o sentado, según la técnica que se vaya a realizar, se desinfecta la zona donde se van a colocar las agujas, una vez colocadas se pueden realizar diferentes técnicas de manipulación, calentamiento de la aguja o electroestimulación, que produce una sensación especial en el paciente. La colocación de la aguja se puede mantener durante un tiempo determinado, aproximadamente 30 minutos o retirarse inmediatamente. Durante este tiempo el paciente debe permanecer sin moverse. Una vez concluido el tratamiento se retiran las agujas. En la auriculoterapia se pueden colocar semillas, agujas, etc, que se colocan y se pueden mantener durante un tiempo prolongado, permaneciendo el paciente con ellas en su domicilio.

#### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Alivio del dolor.

#### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Disminución del dolor temporalmente o de forma más prolongada. Disminución del consumo de analgésicos.



Asociación Andaluza-Extremeña de Anestesiología,  
Reanimación y Terapéutica del Dolor (A.A.E.A.R.)

### **OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Se podría continuar con el mismo tratamiento analgésico que ya toma pero a dosis elevadas. Otra posibilidad sería la estimulación eléctrica transcutánea (TENS). Infiltración en los puntos dolorosos. Estimulación eléctrica medular. Administración de fármacos por vía epidural o subaracnoidea a través de catéter y mediante bomba externa o implantable.

En su caso:

### **QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- a. Molestias locales en el lugar de punción, que ceden en pocas horas con analgésicos habituales.
- b. Mareo. Suele darse en algunas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.). Produce sensación de calor, sudor y desvanecimiento. Aunque no es grave, debe avisarnos si nota estos síntomas.
- c. Somnolencia después del tratamiento y, si este es su caso, se le aconseja no conducir.
- d. Sangrado de mínima importancia o la aparición de algún hematoma.
- e. En ocasiones puede haber empeoramiento de los síntomas después del tratamiento.
- f. Tras la colocación de ventosas puede haber enrojecimiento de la piel que es transitorio.

Existen otras complicaciones muy poco frecuentes, como es la penetración de otras estructuras de la región, que no suele ser grave dado el poco calibre de las agujas.

- **LOS MÁS GRAVES:**

- Neumotórax (entrada de aire en la cavidad de los pulmones).
- Rotura de la aguja.
- Pericondritis del pabellón auricular y/o quemaduras. rotura de la aguja.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

### **SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

En las siguientes situaciones no debe realizarse esta intervención:

- Infección del lugar de punción.
- Estados sépticos.
- Trastornos de la coagulación de la sangre (toma de sintrom o aspirina).



Asociación Andaluza-Extremeña de Anestesiología,  
Reanimación y Terapéutica del Dolor (A.A.E.A.R.)



## OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

Aparte de los detalles médicos generales, es importante que usted informe a su médico de:

- Si usted ha tenido alguna vez desmayos, vértigos o convulsiones.
- Si tiene usted marcapasos u otros implantes metálicos o equipos eléctricos.
- Si tiene usted una alteración de la coagulación.
- Si tiene alergias.
- Si usted está tomando anticoagulantes o cualquier otra medicación.
- Si tiene algún daño en las válvulas del corazón o riesgos particulares de infección.
- Si está embarazada.

## OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

### 1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)



Asociación Andaluza-Extremeña de Anestesiología,  
Reanimación y Terapéutica del Dolor (A.A.E.A.R.)



ASOCIACION ANDALUZA DEL  
TRATAMIENTO DEL DOLOR Y  
ASISTENCIA CONTINUADA

## CENTRO SANITARIO SERVICIO DE 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACUPUNTURA, MOXIBUSTIÓN Y AURICULOTERAPIA

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

### 2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE DNI / NIE

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL DNI / NIE

### 2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

### 2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

SI  NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SI  NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SI  NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SI  NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:



Asociación Andaluza-Extremeña de Anestesiología,  
Reanimación y Terapéutica del Dolor (A.A.E.A.R.)

## CENTRO SANITARIO

## SERVICIO DE

### 2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la  
realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

### 2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido  
retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la  
salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.: