

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PUNCIÓN LUMBAR DIAGNÓSTICO-TERAPEÚTICA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Es la extracción de una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) mediante la punción con una aguja en la zona de la columna lumbar.

Es la forma más sencilla y menos agresiva de obtener una muestra de LCR.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El LCR rodea al sistema nervioso central y se altera en muchos procesos patológicos que afectan tanto a cerebro como médula espinal.

Su estudio es muy importante en determinadas situaciones clínicas como meningitis o encefalitis permitiendo el adecuado diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de su hijo.

Permite también cuando se requiere conocer la presión a la que se encuentra el LCR.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La punción lumbar es la forma más sencilla de obtener una muestra de LCR. Su estudio es fundamental para el diagnóstico correcto de muchas enfermedades neurológicas. No hay una alternativa más sencilla excepto la abstención en el procedimiento.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La punción lumbar permite el adecuado diagnóstico y a veces tratar la enfermedad de su hijo/a.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Dificultad o imposibilidad de diagnosticar o a veces tratar correctamente la enfermedad de su hijo/a

RIESGOS FRECUENTES

Uno de los efectos secundarios más comunes es que aparezca *dolor de cabeza*. Se puede prevenir mediante reposo en cama e ingesta abundante de líquidos durante las horas siguientes a la punción. Si apareciera, generalmente desaparece con el reposo estricto o con un calmante.

Esta prueba puede ocasionar *molestias derivadas tanto del pinchazo* como de la posición en la que tiene que estar el niño, por lo que deben ser sujetados fuertemente. Las molestias se pueden aliviar mediante la aplicación de una crema anestésica sobre la piel o mediante la administración de medicación sedo-analgésica si procede.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Infecciones, hematomas locales en el sitio de la punción.

Excepcionalmente hematomas intracraneales y herniación transtentorial, complicación potencialmente mortal, y que puede aparecer en pacientes con algunos procesos intracraneales como grandes tumores.

C. INFORMADO DE PUNCIÓN LUMBAR DIAGNÓSTICO-TERAPEÚTICA

Durante la punción se puede notar una sensación de descarga eléctrica hacia una pierna, por irritación de una raíz nerviosa próxima a la punta de la aguja. Es transitoria y no deja secuelas.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Antes de realizar el procedimiento, el pediatra valorará cuidadosamente la situación clínica del niño/a a fin de identificar posibles condiciones que desaconsejen su práctica. Cada caso es evaluado de forma individual.

CONTRAINDICACIONES

1. Inestabilidad hemodinámica, en las situaciones como la sepsis.
2. Riesgo de herniación o descompensación intracerebral, se puede sospechar esta situación cuando existen signos de focalidad neurológica en la exploración, alteración en el fondo de ojo o síntomas de hipertensión endocraneal.
3. Trastornos de la coagulación conocidos (ante situaciones como hemofilia, contactar previamente con hematología) o de la hemostasia.
4. Infección local en el lugar de punción.
5. Signos externos de disrafia oculta (hemangioma o lipoma).

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA