

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCIÓN DE DURAMADRE LUMBAR  
(Para obtener muestra de líquido cefalorraquídeo)**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

**INFORMACIÓN SOBRE PUNCIÓN DE DURAMADRE LUMBAR**

**El Procedimiento de Punción de Duramadre Lumbar**, consiste en sacar una muestra del líquido que protege a la médula espinal, para hacer pruebas de laboratorio, ese líquido se llama líquido cefalorraquídeo (**LCR**) y también protege al cerebro.

Es una forma de hacer algunos diagnósticos, principalmente en enfermedades neurológicas e infecciosas.

Es una técnica relativamente sencilla, se puede usar anestesia local (con o sin sedantes); en el caso de los niños, suele hacerse bajo una breve anestesia general.

Cabe la posibilidad haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos que puedan ocurrir, para proporcionar el tratamiento más adecuado.

**Riesgos Generales**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

**Complicaciones Precoces**

- Sangramiento en el sitio de punción, habitualmente mejora de inmediato comprimiendo el punto que sangra.
- Dolor en el sitio de punción, habitualmente mejora en poco tiempo con analgésicos normales.
- Síncope vagal. Es un mareo o desmayo que sienten algunas personas al tomarse exámenes, ver sangre, sentir dolor, etc. Se acompaña de sensación de frío o calor, sudoración y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. no es grave y cede espontáneamente y con atropina (que se puede administrar de forma preventiva).

**Complicaciones Tardías**

- Hematoma o equimosis en el sitio de punción ("moretón"), eso puede infectarse.
- Dolor persistente en el sitio de punción, habitualmente mejora con el tiempo.

**Complicaciones muy Raras**

- Lesión de vasos sanguíneos, son muy raras; pero, pueden ser gravísimas. Han ocurrido hematomas alrededor de la médula espinal, lo que puede hacer necesaria una operación de urgencia.
- Lesión neurológica definitiva, es muy poco frecuente. Infección del LCR, es muy poco frecuente.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir traslado a otra unidad de mayor complejidad, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

**Alternativas en este Paciente**

En general, esta técnica es muy segura, por eso se usa hace muchos años, cada vez que es necesario aclarar algunos diagnósticos especiales. Por eso se ha planteado hacer una punción lumbar para obtener una muestra de LCR; pero, la decisión final siempre es del paciente o de su representante.

**CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el procedimiento de **Punción de Duramadre Lumbar** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO DE PUNCIÓN DE DURAMADRE LUMBAR,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)