

Documento de Consentimiento Informado

ADVERTENCIA.- Desde el punto de vista jurídico, el documento de consentimiento informado siguiente está redactado con el objetivo fundamental de cumplir los requisitos que se exigen en la Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Desde el punto de vista médico, en la selección de los modelos y en la descripción de los diferentes riesgos y procedimientos, se ha procurado mostrar aquellos más frecuentes e importantes, sin pretender ser totalmente exhaustivos. Le recordamos que este documento no puede pretender sustituir de modo pleno una adecuada información por parte del médico adaptada a cada caso concreto. Deben tenerse en cuenta, además, en cada paciente, los riesgos específicos del mismo, así como las innovaciones que impongan los avances científico-profesionales de acuerdo con las recomendaciones de las diversas Sociedades científicas de la especialidad y las Autoridades Sanitarias.

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
LA REALIZACIÓN DE UNA PUNCIÓN LUMBAR**

Nº HISTORIA

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la informacion)

me ha explicado que es médicamente conveniente para el estudio y tratamiento de mi enfermedad realizarme una PUNCIÓN LUMBAR.

Este procedimiento tiene como principal objetivo extraer una muestra de líquido cefalorraquídeo para su posterior análisis. El líquido cefalorraquídeo se encuentra rodeando al cerebro y la médula espinal, protegiéndolos de traumatismos directos. Este líquido se encuentra alterado en algunas enfermedades que afectan al sistema nervioso, de manera que su estudio permite descubrir qué está ocurriendo en esta zona del organismo. El análisis del líquido cefalorraquídeo es fundamental para un correcto diagnóstico y para el estudio de la extensión de determinadas enfermedades hematológicas, siendo imprescindible, para descartar complicaciones neurológicas relacionadas con las mismas.

Este procedimiento consiste en la punción de la columna vertebral a nivel lumbar mediante una aguja muy fina. El paciente tiene que acostarse en posición fetal, con las piernas totalmente flexionadas, intentando tocar las rodillas con la cabeza, de manera que arquee al máximo su columna. La punción se realiza entre dos vértebras lumbo-sacras tras haber desinfectado la piel y haber administrado un anestésico local. En la zona donde se realiza la punción ya no hay médula espinal, tan solo líquido cefalorraquídeo y raíces nerviosas. Por ello, no existe riesgo de que la aguja lesione la médula espinal. Tras haber introducido la aguja hasta el interior del canal medular el médico puede extraer unas gotas de líquido cefalorraquídeo que guardará para su posterior análisis. Este procedimiento también puede aprovecharse para introducir, a través de la misma aguja, medicamentos quimioterápicos que sirvan como tratamiento o prevención de la afectación del sistema nervioso por la enfermedad. Dicho procedimiento recibe el nombre de tratamiento intratecal.

Mi médico me ha informado de que el procedimiento no está exento de posibles efectos secundarios y riesgos, incluso en manos expertas, y me ha explicado cuáles son:

- Lo más común es que aparezca dolor de cabeza. Ello se debe a la disminución de la presión del líquido cefalorraquídeo por la pequeña cantidad extraída para el análisis. Las indicaciones para minimizar este efecto secundario son guardar reposo en cama y consumir abundantes líquidos durante las horas siguientes a la punción. Si es necesario puede asociarse algún analgésico prescrito por el médico.
- Durante la punción también podría notar una sensación de descarga eléctrica hacia la pierna. Ello es consecuencia del contacto de la aguja con alguna raíz nerviosa. Habitualmente se trata de una molestia pasajera pero, en contadas ocasiones, puede originar un daño neurológico persistente, motor o sensitivo.
- Las infecciones, si bien son posibles, son excepcionales al realizarse el procedimiento en condiciones estériles.
- Los hematomas en el sitio de punción son excepcionales pero en los pacientes con enfermedades hematológicas son algo más frecuentes.

DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

—En pacientes con enfermedades intracraneales se han descritos hematomas intracraneales secundarios a la hipotensión del líquido cefalorraquídeo, así como la herniación cerebral (desplazamiento cerebral brusco por la descompresión). Al ser ésta es una complicación potencialmente mortal, antes de efectuar la punción lumbar debe realizarse una completa historia clínica y una serie de pruebas complementarias que permitan descartar razonablemente dichas enfermedades.

Asimismo, el médico me ha explicado que, en mi caso particular, teniendo en cuenta mis circunstancias personales (edad, estado previo de salud, sexo, raza, profesión, credo religioso, etc.), existen los siguientes riesgos adicionales: *(Rellenar, si procede, con riesgos particulares que se presuman debido a condiciones personales o médicas concretas del paciente).*

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Todas estas condiciones han sido valoradas por mi médico antes de someterme a este procedimiento. Me ha aclarado que se harán todas las pruebas y se adoptarán todas las medidas necesarias para que los riesgos descritos se reduzcan al máximo.

También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha dado la oportunidad de formular todas las observaciones que he considerado oportunas, y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo adecuadamente el alcance y los riesgos del procedimiento objeto de este consentimiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice una PUNCIÓN LUMBAR

En (Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,
familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....(Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal,
familiar o allegado