

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PUNCIÓN LUMBAR
HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA
LUZ ELENA ARISMENDI
SERVICIO DE NEONATOLOGIA

NÚMERO DE CÉDULA / HCU DEL PACIENTE: _____

FECHA: ____ / ____ / 20____ HORA: ____: ____

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD

TIPO DE ATENCIÓN: Ambulatoria: Hospitalización:

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO: (Codificación CIE 10) _____

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Punción Lumbar

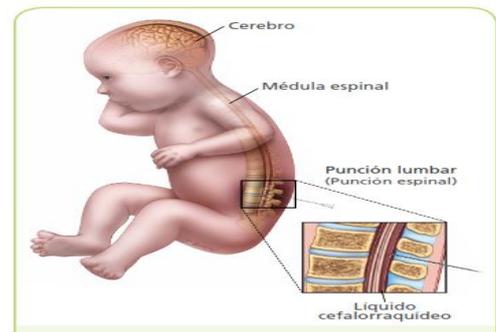
¿EN QUÉ CONSISTE?

Consiste en la toma de una pequeña de líquido cefalorraquídeo a nivel de la columna lumbar , para enviarlo al laboratorio. y análisis para descartar o diagnosticar alguna patología.

¿CÓMO SE REALIZA?

- El procedimiento se realizará en la sala de neonatología con condiciones de asepsia adecuadas para minimizar el riesgo de infecciones.
- El Procedimiento será ejecutado por personal médico experto: (Neonatólogo, Pediatra, Neurólogo, Neurocirujano pediátrico)
- Durante el procedimiento el recién nacido mantendrá monitoreo continuo de los signos vitales (Frecuencia cardiaca, respiratoria, saturaciones de oxígeno, tensiones arteriales y temperatura.
- Se prepara material estéril: equipo para punción lumbar y ropa quirúrgica (bata, mascarilla, guantes y campos) y analgesia local.
- El recién nacido será colocado en una cuna de calor radiante en posición; decúbito lateral derecho o izquierdo flexionando los muslos sobre el abdomen de modo que las rodillas estén en contacto entre sí y simétricas, para que la columna vertebral se curve.
- Se colocara analgesia local (lidocaína al 1% intradérmica) a nivel lumbar L3-L4, sitio en el cual será insertada una aguja para la extracción de líquido cefalorraquídeo siguiendo los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública y la Neonatología del HGONA
- La muestra de Líquido cefalorraquídeo (LCR) será tomada por goteo, aproximadamente 1 cm (20 gotas) en los 2 tubos estériles, y envidas al laboratorio clínico para su análisis.
- El sitio de la punción, será cubierto con un vendaje compresivo por un periodo de 10 o 15 minutos.

GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN



DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN: 45 minutos

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:

Para el diagnóstico de infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) (meningitis y encefalitis), incluyendo las infecciones congénitas o prenatales del complejo TORCHS (toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple y sífilis) así como las infecciones bacterianas y fúngicas (hongos).

RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES):

- Sangrado y/o salida de líquido cefalorraquídeo posterior al procedimiento
- Dolor
- Edema en el área de punción

- Contaminación de la muestras

RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES):

- Lesiones de la médula espinal y nervios raquídeos
- Infección en el sitio donde se extrajo líquido cefalorraquídeo
- Sangrado dentro del conducto raquídeo o escape de líquido desde el canal fistulas)

DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores etc.):

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:

- Si su médico señala que amerita realizar la punción lumbar por la clínica de recién nacido, el representante legal del paciente debería autorizar para realizar el procedimiento y evitar las posibles complicaciones.
- Otra alternativa para extracción de líquido cefalorraquídeo es la punción interventricular que se realizara de acuerdo al caso clínico y previa firma del consentimiento informado.

DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO:

- Mantener en monitoreo continuo de los signos vitales
- Administrar analgesia endovenosa en caso de requerir
- Vigilancia de sangrados, y/o pérdida de líquido cefalorraquídeo
- Mantener informados a los familiares de la evolución clínica de los resultados de los exámenes realizados y determinar conducta médica.

CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ____ / ____ / 20__ Hora: ____: ____

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Nombre completo del paciente

Firma del paciente o huella,
según el caso

Cédula de ciudadanía

Nombre del profesional que realizó el procedimiento

Firma, sello y código del profesional realizó el
procedimiento

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante

Firma del representante legal

Cédula de ciudadanía representante legal

Parentesco

NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ____ / ____ / 20__ Hora: ____: ____

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, **no autorizo** y **me niego** a que se me realice el procedimiento propuesto y desvinculo de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.

Nombre completo del paciente	Firma del paciente o huella, según el caso	Cédula de ciudadanía
------------------------------	---	----------------------

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante	Firma del representante legal	Cédula de ciudadanía representante legal
--------------------------	-------------------------------	--

Parentesco

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha: ____ / ____ / 20___. Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.

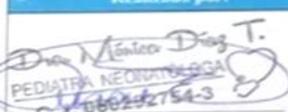
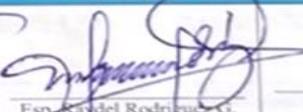
Nombre completo del paciente	Firma del paciente o huella, según el caso	Cédula de ciudadanía
------------------------------	---	----------------------

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante	Firma del representante legal	Cédula de ciudadanía representante legal
--------------------------	-------------------------------	--

Parentesco

Parentesco

Realizado por:	Revisado por:	Revisado por:	Validado por:	Aprobado por:
 Dra. Mónica Díaz T. PEDIATRA NEONATOLOGÍA C.O. 080242754-3 Dra. Mónica Díaz T. Médico Especialista Pediatría/Neonatología	 Mgs. Ana Dacia Trujillo S. Coordinador de la Unidad de Calidad	 Dr. Diego Vaca Subdirector de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas, Subrogante	 Esp. Kaydel Rodríguez G. Director Asistencial	 Dr. Roberto Beletanga Gerente HGONA

Dr. Diego Vaca Escobar
GINECOLOGO - OBSTETRA
Cod. MSP 1719098707