

Consentimiento informado en la punción lumbar. Una propuesta para su ejecución

Consent in the lumbar puncture. A proposal for execution

Ivonne Martín Hernández

Licenciada en Bioquímica, Máster en Bioética, Investigador Agregado, Profesora Asistente. Instituto de Neurología y Neurocirugía. Calle 29 # 114 entre D y E. Plaza de la Revolución. La Habana. Cuba, CP 10 400 ivonne.martin@infomed.sld.cu

RESUMEN

La punción lumbar es un procedimiento invasivo, no exento de riesgos y para hacerlo es necesario solicitar el consentimiento informado del paciente o de un familiar. En este trabajo se aportan elementos éticos y prácticos necesarios para la realización de un correcto consentimiento informado en los pacientes a quienes se practica este proceder. Se propone un modelo de consentimiento informado para este fin que incluye información sobre: la explicación del procedimiento, contraindicaciones, complicaciones y cuidados después del procedimiento. Se resalta que el consentimiento informado para la punción lumbar, más que una exigencia institucional o legal, constituye una exigencia ética para el médico y un derecho exigible por parte de los pacientes por lo que urge instituirlo como práctica sistemática.

Palabras clave: consentimiento informado, punción espinal, bioética, información.

ABSTRACT

Lumbar puncture is an invasive procedure, not exempt of risks and to do so it is necessary to request the consent of the patient or a family member. This paper provides practical and ethical elements necessary to carry out a proper informed consent in patients to whom this procedure is practiced. Proposes a model of

informed consent for this purpose which includes information on: the explanation of the procedure, contraindications, complications and care after the procedure. It highlights that informed consent for lumbar puncture, rather than a legal, or institutional requirement constitutes an enforceable right by patients and an ethical requirement for medical by which urges to establish it as a systematic practice.

Keywords: informed consent, lumbar puncture, bioethics, information.

INTRODUCCIÓN

El análisis de líquido cefalorraquídeo, obtenido por punción lumbar (PL), constituye un método esencial y muchas veces imprescindible, utilizado con fines diagnósticos, pronósticos e investigativos de múltiples enfermedades neurológicas.¹⁻⁹ Si bien algunos médicos afirman que la PL en manos expertas es una técnica fácil y segura, es considerado por otros como uno de los procedimientos más difíciles en medicina porque no sólo depende de las habilidades del médico sino también de la talla, la anatomía y confort del paciente. Factores tales como la obesidad, la existencia de deformidad, padecer una enfermedad degenerativa y la cirugía previa del raquis lumbar, dificultan su realización.

Existen pacientes en quienes la PL no debe realizarse y puede causar la muerte. Sus complicaciones son relativamente escasas aunque algunas pueden ser importantes.¹⁰⁻¹⁶ Por todo lo anteriormente expuesto, la PL es considerada un procedimiento invasivo y para su realización es necesario solicitar el consentimiento informado (CI) del paciente o familiar, en función de una mejor relación médico-paciente y mayor comprensión del paciente sobre el proceder.

En la literatura biomédica cubana aparecen trabajos teóricos sobre el consentimiento informado que recalcan su importancia, necesidad y beneficios que reporta. Sin embargo, aún en la práctica diaria de la asistencia sanitaria con frecuencia, el CI no se solicita o se realiza inadecuadamente y varios estudios publicados lo confirman.¹⁷⁻

En un estudio exploratorio realizado en el 2009 y publicado en el 2011 la mayoría de los médicos encuestados valoraban la importancia de ofrecer el CI cuando realizan la PL, no obstante, esto no constituía una práctica sistemática en nuestro medio. Además, se evidenciaron las deficiencias que aún existen en cuanto a su calidad y otros criterios como: no todos los pacientes pueden comprender adecuadamente esta información; que el CI obstaculiza la dinámica de la asistencia clínica; que la información sobre este proceder suele asustar desproporcionadamente al paciente e inducirle a rechazar esta intervención de riesgo mínimo; que no hay necesidad de pedir consentimiento si se siguen los procedimientos establecidos y que más que una protección al paciente es una protección jurídica para el médico.²² Han transcurrido varios años desde esta investigación y actualmente en muchas instituciones se solicita el consentimiento para la PL, pero no de la forma correcta porque lo que se solicita es la firma de un modelo escrito de declaración de consentimiento que es el mismo para varios procederes y la información específica se ofrece oral.

A pesar de todo lo publicado aún se denota la falta de conocimientos del fundamento ético y aspectos prácticos del CI en nuestros médicos. Por ello, la intención de este trabajo es aportar los elementos éticos y prácticos necesarios para la realización de un correcto CI en los pacientes a los que se realiza este proceder y proponer un modelo para este fin.

DESARROLLO

Existen diferentes métodos para recolectar el líquido cefalorraquídeo, pero la PL es el más comúnmente utilizado por los médicos. El líquido cefalorraquídeo se encuentra rodeando al cerebro y la médula espinal, en íntimo contacto, por lo que se altera en muchos procesos patológicos que afectan a estos. El estudio de su aspecto, color y composición resulta fundamental para el diagnóstico de enfermedades infecciosas, inflamatorias y neoplásicas del sistema nervioso central. Asimismo, la finalidad de este procedimiento es medir la presión que existe en el conducto raquídeo, administrar anestésicos, drogas o contrastes y es, también, una manera de tratar algunos trastornos.¹⁻⁹

Esta técnica, aunque es sencilla, no está exenta de riesgos y complicaciones. La cefalea es la complicación más frecuente (15-70 %) y suele iniciarse transcurridas las 24 a 48 horas. La cefalea pos punción puede durar hasta tres días, e incluso, en algunos casos hasta dos semanas. La duración media del cuadro doloroso es de cinco días y excepcionalmente hasta un año.

Entre otros riesgos menos frecuentes se encuentran: reacción de hipersensibilidad al anestésico; dolor lumbar con o sin signos de radiculopatía; diplopia por parálisis del VI par; pérdida de audición y tinnitus; hemorragia epidural, subdural y subaracnoidea; neumocéfalo; meningocelitis purulenta e infección iatrogénica del disco intervertebral; tumor epidermoide intraespinal; herniación cerebral; lesión en la médula espinal y nerviosa; meningitis química y apnea y bradicardia.^{5,10-16}

La PL está contraindicada en situaciones de coagulopatía (<50.000 plaquetas/mm³, cociente internacional normalizado [INR] $> 1,5$); administración de heparinas de bajo peso molecular a dosis profilácticas de tromboembolismo en las 12 h previas a la punción; evidencia por neuroimagen de masa intracerebral con datos de hipertensión intracraneal e infecciones en la zona de la punción.^{5,10-16}

Actualmente predomina el criterio médico de que la PL es una técnica segura en manos expertas. No obstante, deberá realizarse tras ser otorgado el correspondiente consentimiento del paciente.

Consentimiento informado para la realización de la punción lumbar

La doctrina del CI surgió en la segunda mitad del siglo XX²³ y aunque es un concepto relativamente nuevo en la ética médica, pronto se ha convertido en soporte fundamental del quehacer cotidiano de todo personal sanitario. El CI ha sido elevado a la categoría de derecho humano fundamental y exigible, que se establece sobre la base del reconocimiento de la condición humana de la persona, la inviolabilidad de su vida y el respeto de sus valores, prioridades, aspiraciones y libertad.

El proceso de CI se debe realizar ante cada intervención que suponga la acción directa del personal de salud sobre los pacientes, ya se trate de un procedimiento (exámenes), de un tratamiento o de una intervención de mayor magnitud (cirugía).²⁴⁻

²⁷ Sólo se considerarán excepciones para la no realización del mismo: el rechazo explícito del paciente a toda información; cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública; la urgencia médica, la incompetencia del paciente (en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas allegadas a él), información considerada como privilegio terapéutico e imperativo legal.^{28, 29}

El CI tiene que entenderse como la explicación de la naturaleza de su enfermedad, a un paciente atento y mentalmente competente, así como del balance de los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitar su aprobación y ser sometido a esos procedimientos.²⁸⁻³⁰ Aunque el CI se basa en el principio de autonomía fundamentado en la dignidad y la libertad humana, en él están involucrados otros principios éticos como la competencia, la veracidad y la beneficencia.^{19, 28, 29, 31}

El principio de autonomía reconoce la individualidad del paciente, su unicidad como persona y su alteridad. Es el principio que vela porque los pacientes tengan el derecho y la libertad de participar en cualquier decisión médica que implique efectos sobre su cuerpo. Todo sujeto es dueño y responsable de sus acciones y decisiones.

Las determinaciones respecto de su salud son de su incumbencia exclusiva siempre que no afecte a terceros. Los requisitos básicos para la autonomía son: personalidad suficientemente capaz; la acción autónoma y voluntaria ha de estar exenta de dominio, coacción y manipulación para que tenga validez; el sujeto debe tener acceso a opciones reales y poseer la información relevante.

La dignidad del hombre reside en el hecho de que es un ser de carácter irrepetible, inconmensurable y subsistente; obliga a tratar a nuestros semejantes como nos gustaría que nos trataran a nosotros, es algo elemental dentro de toda persona y común a todo individuo, sin distinción de raza, cultura, religión, condiciones de salud o situación socioeconómica. Esta debe ser considerada como el patrimonio de toda persona, la que se opone a toda instrumentalización de un individuo.

La libertad humana nos distingue del resto de las especies. Filosóficamente, cada persona es un fin en sí misma, y no un simple medio, ni siquiera para hacerle el

bien. Por ello se exige respeto exquisito y consulta, también para lo que afecta la corporeidad. Por ello el CI deberá ser voluntario y libre de influencias indebidas.

La competencia tiene relación con la capacidad para comunicarse con el profesional de salud; comprender la información ofrecida, la capacidad de juicio y discernimiento y la decisoria. La competencia estará comprometida en pacientes con déficit neurológico y/o enfermedades mentales, y menores de edad. Si el paciente no es competente no puede otorgar su consentimiento y deben ser los padres, familiares o sus representantes legales quienes cumplan esta función.

Respecto a la veracidad, el paciente competente o su representante es el depositario de toda la información suficiente -evitando omisiones- respecto de su enfermedad y el médico debe encontrar la forma y oportunidad adecuada de entregar esta información. La aproximación o concreción de la verdad tiene que ser singularizada o individualizada.

De acuerdo al principio de beneficencia el médico deberá actuar con excelencia en su quehacer técnico, en aras de velar y hacer el máximo de esfuerzo porque el paciente alcance el máximo de bienestar y al mismo tiempo en que se minimizan los posibles daños, pero siempre respetando su autonomía.^{19, 28, 29, 31}

Para poder consentir, es decir tomar una decisión racional, consciente y libre, el paciente o familiar/representante responsable de su cuidado, necesita estar bien informado.¹⁷⁻³² O sea, conocer sobre todos los aspectos importantes de este procedimiento, que incluyen: motivo de la indicación, explicación sobre el procedimiento, sus contraindicaciones, complicaciones y cuidados después del procedimiento. Esta información deberá ser dada de la manera más simple, comprensible y concreta, pero que satisfaga las inquietudes del interlocutor. Se evitarán tecnicismos y excesivo detalle.

La hoja informativa es una de las formas más utilizadas para ofrecer la información necesaria en los modelos de CI. Su intención no es suplir a la necesaria información oral, sino servir de complemento a ésta. El empleo en nuestro medio de la hoja informativa y específicamente para este tipo de consentimiento resultaría muy

práctico y económico, puesto que no requería entregar un ejemplar por paciente sino que el servicio podría disponer de varios ejemplares que daría al interesado y una vez terminado el proceso se recogerían.

De forma general la información en el proceso de CI se ofrece verbalmente, pero esta opción por la oralidad plantea algunos problemas a la hora de probar que el consentimiento fue informado y en ocasiones se omiten aspectos como la explicación del procedimiento, sus contraindicaciones y complicaciones.²²

El CI para la PL por escrito deberá también estar integrado por un modelo de declaración del consentimiento y un modelo de denegación o revocación del consentimiento donde se recojan datos personales del paciente y médico que informa, firma de autorización o denegación para la realización del proceder y fecha de realización. En el caso de no existir modelo escrito de declaración o denegación de consentimiento, deberá quedar constancia escrita del proceso en el expediente clínico del enfermo.

En este trabajo se propone un modelo de CI para la realización de la PL tomando como referencia modelos publicados por otros autores (Anexo1).³³⁻⁴² No obstante, cada médico o institución de salud será libre de elaborar su propio modelo. La literatura recomienda que el CI en la práctica asistencial contenga:

- Datos suficientes sobre naturaleza y origen del proceso
- Nombre, descripción y objetivos del procedimiento.
- Beneficios esperables: no se recomienda incluir demasiados beneficios para no crear excesivas expectativas que puedan dar lugar a denuncias.
- Molestias previsibles y posibles riesgos: riesgos típicos y consecuencias seguras.
- Espacio en blanco para riesgos personalizados: estado de salud (enfermedad previa, anticoagulación, etc), edad, profesión, creencias, valores y actitudes, entre otros. Debe hacerse con gran rigurosidad para los procedimientos sin o con escasa repercusión terapéutica.
- Procedimientos alternativos y sus efectos secundarios: para evitar situar al paciente en un callejón sin salida.

- Efectos esperados si no se hace nada.
- Disposición a aclarar las dudas o ampliar la información.
- Comunicar la posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento.
- Datos del enfermo.
- Datos del médico que informa.
- Declaración del paciente expresando consentimiento y satisfacción con la información y que se han aclarado sus dudas.
- Firmas del médico y del paciente. Fecha.
- Apartado para el consentimiento del representante legal en caso de incapacidad del paciente.
- Apartado de revocación del consentimiento.^{25, 27-29, 43-46}

El profesional que va a ejecutar el procedimiento es el que debe entregar la información y conseguir el consentimiento. No obstante, el papel de la enfermera es esencial en la ejecución del mismo. La enfermera también ofrecerá información adecuada y apoyo emocional al paciente antes, durante y después del proceder, explicándole cada paso y lo que se siente (ardor, dolor, molestia). Además, cuando los pacientes son niños, su rol de informar a los padres es fundamental para disminuir la ansiedad de estos.

Es deseable que el CI se obtenga en un ambiente adecuado, tanto para el médico que entrega la información como para el paciente o los familiares que la reciben. Idealmente se debe disponer de una sala o consulta donde sea posible conversar con tranquilidad, sin interrupciones y en un ambiente que asegure la confidencialidad.

El CI más que un documento es un proceso, una forma de relación médico-paciente. La finalidad del proceso del CI no debe ser nunca la firma del documento y siempre debe ir precedido del diálogo. La hoja informativa ofrece información necesaria, pero cada paciente determina si con esta es suficiente para aclarar todas sus interrogantes. Además, la hoja informativa no le explica al paciente el motivo específico por el cual se le indica la técnica ni los riesgos personalizados. Esta información se deberá dar oral y personalizada.

En Cuba se han conseguido logros científicos-técnicos la atención médica es de elevado nivel y actualmente se trabaja para alcanzar la excelencia en los servicios, la cual se sustentará entre otros requisitos, en el respeto a quien los recibe y a quienes lo ofertan, representado en el CI según los principios de la bioética. En el marco hospitalario e institucional las Comisiones de Ética Médica serán los máximos responsables de la calidad de este proceso.

Los médicos cubanos aun tienen que dejar de lado sus reservas, miedos y objeciones con relación al CI. Su empleo adecuado mejora la relación médico-paciente, garantiza el éxito de los tratamientos, facilita al paciente la comprensión de los procedimientos médicos e investigaciones científicas, al mismo tiempo que aumenta su satisfacción. El mal uso o ausencia del CI es causa de malentendidos, produce inseguridad en el paciente y en otros contextos provoca problemas judiciales.^{29, 47}

En Cuba, el CI aparece legislado en la Ley 41 de la Salud Pública, del 13 de julio de 1983.⁴⁸

Es importante recordar que en la relación médico-paciente, el paciente no solo tiene derecho a ser informado sino también a ser convencido y ayudado por el profesional para vencer sus temores. Es un error pensar que el motivo del CI más que proteger al paciente es proteger al médico o a la institución contra reclamaciones legales y que resguardará su responsabilidad profesional ante un reclamo por mala praxis.

CONCLUSIONES

Aunque el CI aparece legislado en Cuba no se exige como un requisito legal en la práctica médica. No obstante, para la PL más que una exigencia institucional o legal constituye una exigencia ética para el médico y un derecho exigible por parte de los pacientes que urge instituir como práctica sistemática. Con este trabajo se propone a los profesionales un modelo de CI para cuando realicen la PL o que les sirva de guía para la confección de sus propios modelos de CI. Se recomienda el empleo de las hojas informativas para los pacientes, familiares o tutores que aporten de forma sencilla y por escrito información sobre el proceder.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fishman RA. Cerebrospinal fluid in diseases of the nervous system. 2nd ed. Philadelphia: W.B.Saunders; 1992.
2. García Sánchez MI. El líquido cefalorraquídeo. [Internet]. Sevilla: Asociación Sevillana de Esclerosis Múltiple; 2012 [actualizado 16 de jul 2007; citado 17 de septiembre 2012]; [aprox. 1 p.] Disponible en: http://www.emsevilla.es/index.php?option=com_content&view=article&id=95:el-lquido-cefalorraquideo&catid=42:noticias-mdicas&Itemid=61
3. D'Aguanno S, Del Boccio P, Bernardini S, Ballone E, Di Ilio C, Federic G. Electrophoretic separations of cerebrospinal fluid proteins in clinical investigations. Clin Chem Lab Med. 2007; 45:437-49.
4. Lehmsiek V, Süßmuth SD, Tauscher G, Brettschneider J, Felk S, Gillardon F. Cerebrospinal fluid proteome profile in multiple sclerosis. Mult Scler. 2007; 13(7):840-9.
5. Fischbach FT, Dunning MB III. Cerebrospinal fluid studies. 8th ed. In: Surrena H, Kogut H, Gibbons T, editors. Manual of Laboratory and Diagnostic Tests. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.p. 310-37.
6. Forlenza OV, Diniz BS, Gattaz WF. Diagnosis and biomarkers of predementia in Alzheimer's disease. BMC Medicine. 2010;8:89-103
7. Morgan JC, Mehta SH, Sethi KD. Biomarkers in Parkinson's disease. Curr Neurol Neurosci Rep. 2010; 10(6):423-30.
8. Kim S, Swaminathan S, Shen L, Risacher SL, Nho K, Foroud T, et al. Genome-wide association study of CSF biomarkers A β ₁₋₄₂, t-tau, and p-tau_{181p} in the ADNI cohort. Neurology.2011; 76 (1):69-79.
9. Victor M, Ropper AH. Special techniques for neurologic diagnosis. 7th ed. In: Wonsiewicz MJ, Naurosov M, editors. Adams and Victor's Manual of Neurology. USA: McGraw-Hill Companies Inc; 2002.p. 9-18.
10. Williams J, Lye DCB, Umapathi T. Diagnostic lumbar puncture: minimizing complications. Intern Med J. 2008; 38 (7):587-91.
11. Peskind ER. Cerebrospinal fluid: When is it worthwhile to a lumbar puncture?. CNS Spectr. 2008;13(10 Suppl 16):25-7.
12. Roos KL. Lumbar Puncture. Semin Neurol. 2003; 3(1):105-14.

13. Arias Gómez M. Catástrofes derivadas de las técnicas complementarias de diagnóstico neurológico. *Neurología*. 2010; 25(1):61-7.
14. Evans RW. Complications of the lumbar puncture. *Neurol Clin*. 1998; 16(1):83-105.
15. Pérez Sempere A, Berenguer Ruiz L, Lezcano Rodas M, Mira Berenguera F, Waez M. Punción lumbar: indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y técnica de realización. *Rev Neurol*. 2007; 45(7):433-6.
16. Williams J, Lye DC, Umaphathi T. Diagnostic lumbar puncture: minimizing complications. *Intern Med J*. 2008; 38(7):587-91.
17. Insua Arreguá C. Consentimiento informado en pediatría, en el uso de hemoderivados. *Bioética*. 2009; 9(3):22-8.
18. Pérez González D. Consentimiento informado en cirugía general. *Bioética*. 2009; 9(3):9-17.
19. Pavón Fuentes N, Heredia Leyva M. Consentimiento informado. Experiencias de su aplicación en las neurociencias de Cuba. 3ra ed. En: Acosta JR, editor. *Bioética desde una perspectiva cubana*. La Habana: Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela; 2007. p.399-416.
20. López Milhet AB, Barrios Osuna I, Roque González R, Quintana Pajón I, Pereira Fraga JG, Nodal Ortega J. Consentimiento informado en la práctica quirúrgica. *Rev Cubana Cir [Internet]*. 2010; [citado 17 septiembre 2012]; 49(2): [aprox. 8 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000200015&lng=es&nrm=iso
21. García González MC, Tarajano Roselló AO, Rosabales Quiles I, Ortega González N. Comunicación y consentimiento informado en servicios de Ortopedia y Neurocirugía del Hospital Provincial de Camagüey. *Rev Hum Med [Internet]*. 2011. [citado 17 septiembre 2012]; 11 (1): 81-98. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000100006&lng=es&nrm=iso
22. Martín Hernández I. Consentimiento informado en la punción lumbar: ¿una práctica sistemática? *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur. [Internet]*. 2011; [citado 17 septiembre 2012]; 9(4): [aprox. 8 p.] Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1596/748>

23. Sánchez González MA. El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. 1996; 2:78-96.
24. Schmitz D, Reinacher PC. Informed consent in neurosurgery—translating ethical theory into action. *J Med Ethics* 2006; 32:497–8.
25. Neff MJ. Informed Consent: What Is It? Who Can Give It? How Do We Improve It?. *Respir Care*. 2008;53(10):1337-41.
26. Anderson OA, Wearne IM. Informed consent for elective surgery-what is best practice?. *JR Soc Med*. 2007;100(2):97–100.
27. Paterick TJ, Carson GV, Allen MC, Paterick TE. Medical Informed Consent: General Considerations for Physicians. *Mayo Clin Proc*. 2008;83(3):313-9.
28. Collazo Chao E. Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamento bioético y aspectos prácticos. *Cir Esp*. 2002;71(6):319-24.
29. Sánchez Santiesteban AM. El consentimiento informado y la relación médico-paciente. *Revista Bioética*. 2009;9(3):4-8.
30. Vidal Casero MC. La problemática del consentimiento informado. *Cuadernos de Bioética*. 1998;33(1):12-24.
31. Lugones Botell M, Pichs García LA; García Hernández M. Consentimiento informado. *Rev Cubana Med Gen Integr*. [Internet] 2005; [Citada 17 de septiembre de 2012]; 21 (5-6): [aprox. 7 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500019&lng=es
32. Barrera Ramírez CF, de la Garza Villanueva DA, Valdés Álvarez A, Elizalde Herrera F, Nuncio Zamora JF, Pineda Pompa LR, et al. El consentimiento válidamente informado en cardiología. *Rev CONAMED* 2010;15(2):99-105.
33. Greenwich Hospital. [Internet]. Greenwich: Greenwich Hospital; 2012 [actualizado 21 de febrero 2009; citado 17 de septiembre 2012]. Punción lumbar. Hoja de información para el paciente y su familia. [aprox. 2 p.] Disponible en: http://www.greenhosp.org/upload/docs/FactSheets/Spanish/diag_lumbar.pdf
34. Torpy JM, Lynn C, Glass RM. Lumbar Puncture. The JAMA patient page. *JAMA* 2002; 288(16):2070.
35. Johnson KS, Sexton DJ. Lumbar puncture: Technique; indications; contraindications; and complications in adults. [Internet]. Amsterdam:

- UptoDate, Inc; c,2012 [actualizado 9 de octubre 2012; citado 17 de Septiembre 2012]; [aprox. 5 p.] [Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/lumbar-puncture-technique-indications-contraindications-and-complications-in-adults>]
36. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. [Internet]. Neiva-Huila: Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo; 2010 [actualizado octubre 2010; citado 17 de septiembre 2012] [Consentimiento informado. Punción lumbar; [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.hospitaluniversitarioneiva.com.co/dotnetnuke/LinkClick.aspx?fileticket=YXNa_6_sYSY%3d&tabid=269&mid=724&language=es-CO]
37. WebMD Medical Reference from Healthwise.[Internet]. [lugar desconocido]: Healthwise, Inc; c1995-2012 [actualizado 24 agosto 2010; citado 17 de septiembre 2012] Lumbar puncture. [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.webmd.com/brain/lumbar-puncture>
38. Sociedad Valenciana de Neurología. [Internet]. Valencia: Sociedad Valenciana de Neurología; c1999-2012 [actualizado 2 abril 2009; citado 17 de septiembre 2012] Consentimiento informado para la realización de una punción lumbar. [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://svneurologia.org/info_PLv2.pdf
39. Ellenby MS, Tegtmeyer K, Lai S, Braner DAV. Lumbar Puncture. N Engl J Med. 2006; 355 (13):e12.
40. Clinica Moncloa. [Internet]. Madrid: Hospital Moncloa; c2012 [actualizado 20 febrero 2006; citado 17 de septiembre 2012] Consentimiento informado. Punción lumbar. [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.clinicamoncloa.es/consentimientos/URGENCIAS/Puncion%20lumb ar.pdf>
41. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. [Internet]. Málaga: HRU Carlos Haya; c2010 [actualizado 20 noviembre 2010; citado 17 de septiembre 2012] Consentimiento informado. Punción lumbar. [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.carloshaya.net/LinkClick.aspx?fileticket=ZvWspJRa_XI%3d&tabid=376
42. Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat. [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana; c2012. [actualizado marzo 2010; citado 17 de

- septiembre 2012] Consentimiento informado. Punción lumbar. [aprox. 2 p.].
Disponibile en: <http://www.san.gva.es/comun/ciud/docs/pdf/neurologia8c.pdf>
43. Ariza R, Mendieta EM. Guías generales para la elaboración de documentos de consentimiento informado. [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2002-2012. [actualizado mayo 2003; citado 17 de septiembre 2012] [aprox. 4 p.]. [Disponibile en: http://www.ser.es/practicaClinica/Consentimientos/Guia_Documentos.php
44. Generalitat de Catalunya. [Internet]. Catalunya: Generalitat de Catalunya; c1995-2012. [actualizado 6 de marzo 2008; citado 17 de septiembre 2012] Comité de Bioética de Catalunya. Guía sobre el consentimiento informado. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/esconsentiment.pdf>
45. Consejería de sanidad. Junta de Castilla y León. [Internet]. Castilla y León: Consejería de sanidad;c2012. [actualizado 14 de octubre 2010; citado 17 de septiembre 2012]. Comisión de Bioética, Guía de consentimiento informado. Disponible en: http://www.saludcastillayleon.es/consentimineto_17x24.pdf
46. Quintero EM. Consentimiento informado en el área clínica. ¿Cómo, dónde y cuándo?. Med UNAB. 2009;12(2):96-101.
47. Brenner LH, Brenner AT, Horowitz D. Beyond Informed Consent. Educating the Patient. Clin Orthop Relat Res. 2009;467:348-51.
48. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Ley N° 41/83. Ley de la Salud Pública y su Reglamento. La Habana: Editorial del MINSAP; 1988

Anexo 1. HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA PUNCIÓN LUMBAR

Información general sobre la punción lumbar o punción de la médula espinal

Es un procedimiento que usan los médicos para extraer una pequeña cantidad de líquido cefalorraquídeo (LCR) mediante la punción con una aguja en la columna lumbar, para luego analizarlo. Este líquido se encuentra rodeando al cerebro y la médula espinal, generalmente es transparente y tiene bajas cantidades de proteínas y azúcar (glucosa).

Su estudio resulta fundamental para el diagnóstico de algunas enfermedades infecciosas, trastornos neurológicos, leucemia, linfoma u otros tipos de cáncer, daño cerebral o daño en la médula espinal.

La punción lumbar también es útil para conocer la presión a la que se encuentra el LCR, administrar medicaciones o contrastes. Los anestesiólogos la utilizan para administrar anestésicos espinales para algunos tipos de cirugía.

¿Existe alguna preparación especial antes del procedimiento?

Antes de la realización de la punción lumbar es preciso que usted advierta al médico de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis y marcapasos o cualquier otra circunstancia.

Hágale saber al médico si toma anticoagulantes como: aspirina, Coumadin (warfarina), Plavix (clopidogrel) y Lovenox (heparina).

¿Cómo se realiza una punción lumbar?

- Se le pedirá que se recueste de lado o que se siente.
- Se usará un antiséptico para limpiar el área de la espalda donde se realizará el procedimiento.
- Luego, se le adormecerá la piel con un medicamento llamado anestésico aunque como la inyección de anestésico supone un pinchazo habitualmente no se emplea.

- Se le insertará una pequeña aguja hueca en la parte inferior de la espalda en el espacio entre sus vértebras hasta llegar al espacio donde se encuentra el LCR.
- Una vez insertada la aguja adecuadamente, se medirá la presión del LCR y se le tomará una pequeña muestra de dicho líquido para analizarlo.
- Luego se le retirará la aguja.
- Se colocará un pequeño vendaje en el lugar donde se insertó la aguja.
- Este procedimiento se puede realizar en la habitación o en el Departamento de Radiología.

¿Qué sentiré durante el examen?

La posición puede ser incómoda, pero es extremadamente importante que el paciente permanezca en posición fetal para evitar mover la aguja y posiblemente causar daño a la médula espinal.

El anestésico puede arder o picar cuando se inyecta por primera vez. Cuando se inserta la aguja, hay una sensación de presión fuerte y generalmente se presenta un dolor breve cuando la aguja atraviesa el tejido que rodea la médula espinal. Este dolor debe desaparecer en pocos segundos.

En general, el malestar oscila de mínimo a moderado. El procedimiento completo generalmente toma aproximadamente 30 minutos, pero puede tomar más tiempo. Las mediciones de la presión real y la recolección de líquido sólo toman unos pocos minutos.

Algunas veces la punción lumbar puede ser difícil de realizar, sobre todo si el paciente es obeso, tiene una forma anormal de la espalda, ha tenido cirugía de espalda o está embarazada.

¿Debo tener algún cuidado especial después del procedimiento?

Su médico le pedirá que aumente la ingesta de líquidos y que se recueste de espaldas durante dos a cuatro horas después de que se haya realizado el procedimiento. El vendaje pequeño se puede retirar después de 24 horas.

¿Existen complicaciones relacionadas con este procedimiento?

A pesar de una correcta realización, pueden aparecer efectos indeseables que aunque son infrecuentes, son imprevisibles antes de realizar la punción a un paciente determinado.

- Lo más común es que aparezca dolor de cabeza. Este puede comenzar hasta 12 horas después del procedimiento. Llame a su médico si dura más de un día. El dolor de cabeza se debe a la disminución de presión secundaria a la extracción de líquido. Suele mejorar haciendo reposo en cama e ingiriendo abundantes líquidos durante las horas siguientes a la punción. Si apareciera, puede pedir a la enfermera un calmante.
- Durante la técnica puede notar una sensación de descarga eléctrica por la pierna que traduce el contacto de una raíz nerviosa, muy próxima al líquido que queremos obtener. Esto habitualmente es pasajero, ya que no corta la raíz nerviosa tan solo la desplaza y en contadas ocasiones, puede generar una secuela motora o sensitiva.
- Las infecciones (meningitis, espondilodiscitis, celulitis) son raras al realizarse en condiciones estériles.
- Otras complicaciones poco frecuentes son los hematomas locales en el sitio de la punción, apareciendo con mayor frecuencia en pacientes con enfermedades hematológicas o tratados con fármacos anticoagulantes.
- Excepcionalmente se han descrito hematomas intracraneales secundarios a la hipotensión del LCR.
- Existe un aumento del riesgo de sangrado en personas que toman anticoagulantes.
- Se puede presentar una hernia cerebral si la punción lumbar se realiza en una persona con una masa en el cerebro (como un tumor o un absceso) y puede ocasionar daño cerebral o muerte. Este examen no se hace si otro examen o prueba revelan signos de una masa cerebral.
- Otros posibles riesgos se relacionan con las reacciones alérgicas dérmicas a la pomada anestésica que se aplica en la zona dorso lumbar para disminuir el dolor al realizar la punción.

Son todas estas complicaciones potenciales, que en todo caso no podemos prever con antelación y deben asumirse en caso de consentir en la realización de la técnica, tanto por el médico como por el enfermo o su representante.

Estas complicaciones generalmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, en algunos casos de urgencia. En caso de ocurrir alguna complicación debe saber que en nuestro Centro están disponibles los medios necesarios para solucionarla.

¿Qué alternativas razonables existen a dicho procedimiento?

En caso de Ud. negarse a su realización su alternativa es someterse a la realización de otras maniobras que probablemente, por su mayor riesgo o menor eficacia, su médico desaconseja respecto a la práctica de una punción lumbar.

Tras sopesar los riesgos-beneficios su médico asume la responsabilidad y se compromete a la aplicación de las medidas disponibles para minimizar los riesgos, teniendo en cuenta que el riesgo no es cero.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____ de _____
años de edad, con domicilio en _____ y número
de carné de identidad _____ en calidad de
_____(Paciente/Familiar/Representante legal/
Allegado) doy mi consentimiento para me sea realizada una PUNCIÓN LUMBAR.

Además, declaro que:

El Doctor/a _____ me ha explicado que
es conveniente/necesario, en mi situación de salud, la realización de este
procedimiento.

Se me ha facilitado esta hoja informativa y he comprendido adecuadamente la
información que se me ha dado en relación al significado del procedimiento y los
riesgos inherentes al mismo.

Se me ha informado que mis riesgos personalizados son:

Asimismo he recibido respuesta a todas mis preguntas y dudas, habiendo tomado la
decisión de manera libre y voluntaria.

Fecha: ____/____/____

Firma de Paciente / Familiar/Representante legal/ Allegado _____

Firma del Doctor/a _____

Centro de Salud _____

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____ de _____
años de edad, con domicilio en _____ y número de carné de
identidad _____ en calidad de
_____(Paciente/Familiar/Representante
legal/Allegado) después de ser informado de la naturaleza del procedimiento
propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización,
haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta
decisión.

Fecha: ____/____/____

Firma de Paciente /Representante legal/ Familiar/Allegado _____

Nombre y Firma del Doctor/a _____

Centro de Salud _____

Recibido: 12/12/2012

Aprobado: 09/09/2013

Ivonne Martín Hernández. Licenciada en Bioquímica, Máster en Bioética,
Investigador Agregado, Profesora Asistente. Instituto de Neurología y Neurocirugía.
Instituto Neurología y Neurocirugía. Calle 29 # 114 entre D y E. Plaza de la
Revolución. La Habana. Cuba, CP 10 400 ivonne.martin@infomed.sld.cu