

Ministerio de Salud
Dirección de Redes Integradas de Salud
Lima Centro
Hospital Nacional Dos de Mayo



N° 233 -2024/D/HNDM

Resolución Directoral

Lima, 01 de Octubre de 2024

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 23629-2024, que contiene el proyecto de Guía Técnica: "Guía de Procedimientos Asistenciales: Punción Lumbar, del Departamento de Medicina Interna, del Hospital Nacional "Dos de Mayo" - 2024;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés Público; y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; señalando en el primer párrafo del artículo VI, del Título Preliminar que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, el artículo 9° del precitado Reglamento, y modificatorias, refiere que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, en los numerales 4.2.6., 4.2.8., 4.2.12., 4.2.19. y 5.2.2., establecen que, los formatos de atención que forman parte de la historia clínica deben consignar los nombres y apellidos completos del paciente o usuario de salud y el número de historia clínica, ubicados en un lugar uniforme y de fácil visibilidad, en el caso de hospitalización debe registrarse también el servicio, el número de cama y el episodio de hospitalización, en cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente. El personal de la salud es responsable de la veracidad y legibilidad de los datos e información que se registren en los diferentes formatos que integran la historia clínica, así como de la custodia y conservación de estas, cuando les sean entregadas para las actividades de atención, docencia e investigación. Son funciones del Comité Institucional de Historias Clínicas, entre otras, emitir opinión técnica a la Dirección o Jefatura de la IPRESS sobre cualquier cambio propuesto en los formatos de registro de las prestaciones que integran. En el caso de prestaciones especializadas o altamente especializadas que requieran del diseño de formatos adicionales a los establecidos previamente o incorporar una o más variables adicionales a los formatos básicos previamente establecidos, deberán formalizarse a través de un acto resolutorio para formar parte de la historia clínica, considerando los aspectos señalados en la presente norma;



Que, mediante Informe N° 015-2024-P-CIHC-HNDM, de fecha 17 de setiembre de 2024, la Presidenta del Comité Institucional de Historias Clínicas, emite su opinión favorable para la aprobación del Formato: Consentimiento Informado para el Procedimiento de Punción Lumbar, para lo cual anexa el acta N° 008-2024-CIHC, de fecha 6 de setiembre de 2024, expedida por el Comité Institucional de Historias Clínicas en el cual acuerdan entre otro, la aprobación e incorporación a la historia clínica del citado formato;

Que, sin perjuicio de lo antes señalado, la Oficina de Gestión de la Calidad, expide la Nota Informativa N° 193-2024-OGC-HNDM, de fecha 23 de agosto de 2024, mediante el cual remite adjunto la Guía Técnica: "Guía de Procedimientos Asistenciales: Punción Lumbar, del Departamento de Medicina Interna, del Hospital Nacional "Dos de Mayo"-2024, a efectos que a través de dicha guía se regule el uso del Formato: Consentimiento Informado para el Procedimiento de Punción Lumbar;

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el MINSA, siendo de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;

Que, el numeral 6.1.3 de la precitada norma, define a la Guía Técnica como: *"El documento normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen procedimientos, metodologías instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimientos o actividades, y a desarrollo de una buena práctica";*

Que, el artículo 22° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", aprobado con Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, señala que el Departamento de Medicina Interna: Es el órgano encargado de la atención médica integral especializada a los pacientes adultos, según el nivel de complejidad de los pacientes; depende de la Dirección General y tiene entre sus funciones: *"f) Proponer, ejecutar y evaluar las guías de prácticas clínicas y procedimientos en el campo de su competencia orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz";*

Que, el proyecto de Guía Técnica: "Guía de Procedimientos Asistenciales: Punción Lumbar, del Departamento de Medicina Interna, del Hospital Nacional "Dos de Mayo" - 2024, tiene como finalidad, brindar las pautas metodológicas a los profesionales médicos que van a realizar procedimientos intervencionistas con fines diagnósticos y terapéuticos en los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna; y que aseguren el máximo beneficio y mínimo riesgo a los pacientes y el uso racional de recursos de la Institución;



Que, mediante Informe N° 008-DMI-HNDM-2024, de fecha 21 de agosto de 2024, el Jefe del Departamento de Medicina Interna, sustenta y justifica la elaboración del proyecto de Guía Técnica: "Guía de Procedimientos Asistenciales: Punción Lumbar" del Departamento de Medicina Interna, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", concluyendo entre otros aspectos que, la citada guía es un documento técnico-científico de la práctica asistencial en la atención de pacientes que requieren realizar punción lumbar;

Con las visaciones, del Director Adjunto de la Dirección General, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe del Departamento de Medicina Interna; y, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;



Ministerio de Salud
Dirección de Redes Integradas de Salud
Lima Centro
Hospital Nacional Dos de Mayo

N° 233 -2024/D/HNDM

Resolución Directoral

Lima, 01 de Octubre de 2024

De conformidad con lo establecido la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Ministerial N° 0886-2023/MINSA, de fecha 15 de setiembre de 2023, que designa temporalmente al Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°. - APROBAR el **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PUNCIÓN LUMBAR**, del Departamento de Medicina Interna, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", que en un total de dos (02) fojas, forma parte integrante de la presente resolución, el mismo que formará parte de la historia clínica.

Artículo 2°. - Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática, realice la impresión y distribución, del formato aprobado a través del artículo primero de la presente resolución.

Artículo 3°. - Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática, convierta el formato aprobado, en el artículo primero de la presente resolución, en formato digital, para su implementación en la historia clínica electrónica del Hospital.

Artículo 4°. - Aprobar la **GUÍA TÉCNICA: "GUÍA DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES: PUNCIÓN LUMBAR**, del Departamento de Medicina Interna, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", que en ocho (08) fojas, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 5.- DISPONER que, la Jefatura del Departamento de Medicina Interna, haga el seguimiento para el uso adecuado, del formato aprobado en el artículo primero, así como la difusión, supervisión y cumplimiento de la Guía aprobada en el artículo cuarto de la presente resolución.

Artículo 6°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución publique la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
M.C. VICTOR RAFAEL GONZÁLES PÉREZ
DIRECTOR GENERAL - DIRECCIÓN GENERAL
C.M.F. 17450 - SUNE 13977

VRGP/JEVT/dlpa

- Dirección General
- Dirección Asistencial
- Ofc. de Control Institucional
- Ofc. de Medicina Interna
- Ofc. Gestión de la Calidad
- Comité de Historias Clínicas
- Ofc. Asesoría Jurídica
- Ofc. Estadística e Informática
- Archivo

**HOSPITAL NACIONAL
"DOS DE MAYO"**

**GUIA TECNICA:
GUIA DE PROCEDIMIENTOS
ASISTENCIALES PUNCION LUMBAR**

2024



Dr. Víctor Gonzales Pérez

Director General del Hospital Nacional Dos de Mayo

Dra. Glicería Lavado de la Flor

Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad

Dr. Gino Patron Ordoñez

Jefe del Departamento de Medicina Interna



DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

Dr. Gino Patron Ordoñez
Jefe del Departamento de Medicina Interna

EQUIPO ELABORADOR

Dr. Ricardo Roberto Valcárcel Vega
Médico Especialista Medicina Interna

Dr. William Torres Damas
Médico Especialista Medicina Interna

Dra. Aida Olinda Lizano Alarcón
Médico Especialista Medicina Interna

OPINIÓN DE EXPERTOS

Dra. Marllory Lizbeth Sisniegas Ramirez
Médico Especialista Neurología

DEPARTAMENTOS EN CONSENSO CLINICO

Dr. Rubén Marino Azañero Reyna
Jefe del Departamento de Especialidades Médicas

Dr. Manuel José Arellan Oroya
Jefe del servicio de Neurología



ÍNDICE

I. Finalidad..... 1

II. Objetivo..... 1

 2.1. Objetivo general..... 1

 2.2. Objetivo específico..... 1

III. Ámbito de aplicación..... 1

IV. Nombre del procedimiento a estandarizar..... 1

 4.1 Nombre :..... 1

 4.2 Código:..... 1

V. Consideraciones Generales..... 2

 5.1 Definiciones Operativas..... 2

 5.2 Conceptos Básicos..... 2

 5.3 Requerimientos Básicos..... 2

 5.4 consentimiento informado..... 4

VI. Consideraciones específicas..... 4

 6.1 indicaciones..... 4

 6.2 contraindicaciones..... 5

 6.3 descripcion detallada del procedimiento..... 5

 6.4 complicaciones..... 6

VII. Recomendaciones:..... 6

VIII. Anexos..... 7

IX. bibliografia..... 13



Título:

**GUIA TECNICA:
GUIA DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES: PUNCION LUMBAR**

I. FINALIDAD.

Brindar las pautas metodológicas a los profesionales médicos que van a realizar procedimientos intervencionistas con fines diagnósticos y terapéuticos en los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna; y que aseguren el máximo beneficio y mínimo riesgo a los pacientes y el uso racional de recursos de la institución.

II. OBJETIVO.

2.1. OBJETIVO GENERAL

Formalizar y estandarizar los procedimientos médicos de intervenciones con fines diagnósticos y/o terapéutico unificando criterios para garantizar la calidad y eficiencia de la atención.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

Asegurar una atención de calidad con equidad, eficiencia y eficacia en los servicios de hospitalización.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Las presentes guías son de uso referencial por el profesional médico que labora en los servicios de hospitalización del Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo.

POBLACION OBJETIVO:

Está dirigido a pacientes del grupo etario mayores de 15 años de ambos sexos.

IV. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

4.1. NOMBRE:

- Procedimiento asistencial para la Punción Lumbar.

4.2. CÓDIGO:

- **CODIGO CPMS: 62270**
Denominación: Punción lumbar, diagnóstica o terapéutica



V. CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

Es un procedimiento invasivo realizado por personal médico y que consiste en la extracción de una muestra de L.C.R. del canal espinal. Se efectúa en los espacios L3-L4-L5, y el propósito de la extracción es para diagnóstico o tratamiento.(3)

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS.

Líquido cefalorraquídeo

- El LCR rodea el cerebro y la médula espinal; este actúa como amortiguador, protegiendo el cerebro y la columna de lesiones, además ejerce una función excretora, y contribuye al transporte intracerebral de determinadas sustancias.(5)
- El ser humano posee cerca de 140 ml de LCR, de estos aproximadamente 30 ml están ubicados en el espacio subaracnoideo espinal. El LCR como cualquier fluido biológico se produce y reabsorbe de forma continua para mantener un volumen y composición constante. (3)(5)
- Es para obtener una muestra de LCR, así como para medir su presión de apertura que se realiza la técnica denominada punción lumbar (5)
- En la punción lumbar (LP), se inserta una aguja en el espacio subaracnoideo lumbar para recolectar líquido cefalorraquídeo (LCR) para pruebas de laboratorio (diagnóstico), medir la presión del LCR y, a veces, para administrar agentes diagnósticos o terapéuticos intratecales. (2)(6)

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS.

5.3.1. RECURSOS HUMANOS

- 01 Médico internista
- 01 Técnico de enfermería

5.3.2. RECURSOS MATERIALES

a) Material Médico no Fungible

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Gafas protectoras	Unidad	01
Soporte rodante	unidad	01



b) Material médico fungible

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Guantes quirúrgicos	Par	02
Gasas	Unidad	05
Aguja N° 18 o 20 x3 ½ pulgadas	Unidad	01
Jeringa de 5 cc descartable	Unidad	02
Jeringa de 1cc descartable	Unidad	01
Alcohol yodado	Unidad	01
Isodine solución	Unidad	01
Soleras	Unidad	1
Equipo de venoclisis	Unidad	01
Frascos estériles	Unidad	04
esparadrapo	Unidad	01
Extensión diz	Unidad	01

c) Medicamentos y dispositivos médicos

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Xilocaina s/e 2%	Frasco	01

d) Equipos

• **Equipos Biomédicos:**

No Aplica



• **Instrumental:**

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Equipo de curación	Unidad	01

• **Equipos de Computo**

- No Aplica

• **Mobiliario**

- No Aplica

5.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El médico o profesional de salud (según el caso) debe informar al paciente y al familiar responsable de los riesgos y beneficios al efectuar el procedimiento en el paciente, debiendo el paciente registrar su aprobación o negación a realizar dicho procedimiento. Ver Anexo N° 02.

* Cuando el paciente se halle en situación de emergencia o situación crítica se aplicará conforme a Ley.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. INDICACIONES.

6.1.1. INDICACIONES ABSOLUTAS: (2)(7)(8)

- Sospecha de meningitis infección del SNC (meningitis, encefalitis, absceso cerebral) (2)(7)
- Sospecha de Hemorragia subaracnoidea (2)(7)
- Encefalitis (2)
- Poliomiélitis (2)(7)
- Sospecha de enfermedades del SNC Guillain barre / meningitis carcinomatosa y otras infecciosas.(2)(7)
- Localización nerviosa de ciertas enfermedades parasitarias (toxoplasmosis, tripanosomiasis) (2)(7)
- Alivio terapéutico de pseudo tumor cerebral (2)(7)

6.1.2. INDICACIONES RELATIVAS.(2)(7)(8)

- Administrar anestésicos en medula espinal / quimioterápicos u otros medicamentos. (7)
- Inyectar sustancias de contraste (melografía).
- Coma febril inexplicado
- Neuropatías (diabetes, difteria)
- Epilepsia refractaria o de inicio reciente
- Sospecha de enfermedades desmielinizantes de SNC (esclerosis múltiple, Neuromielitis óptica)



6.2. CONTRAINDICACIONES

6.2.1. CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS: (7)(8)

- Lesión intracraneal con efecto de masa
- Compresiones medulares agudas que pueden ser agravadas con la P.L.
- Lesiones infecciosas cutáneas u óseas locales a zona de punción
- Déficit de coagulación

6.2.2. CONTRAINDICACIONES RELATIVAS: (7)(8)

- INR: ≥ 1.4 / Plaquetas : < 40000
- Aumento de la presión intracraneal que condiciones herniación cerebral.
- Absceso cerebral

6.3. DESCRIPCION DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.

6.3.1. REQUISITOS

- Historia clínica
- Contar con consentimiento informado firmado.

EXAMENES PREVIOS:

- Exámenes hematológicos del día.
- Perfil de coagulación
- Tomografía cerebral de ser necesario (historia de masa cerebral, hematoma subdural/epidural, focalización neurológica, condiciones de inmunosupresión (VIH, tratamiento inmunosupresor, trasplantado)

6.3.2. DURACION APROXIMADA DEL PROCEDIMIENTO: 30 - 40 minutos

6.3.3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

a) Previo al procedimiento

N°	De la actividad	Responsable	Duración
1.	Recepción del paciente, Historia clínica, consentimiento informado, últimos laboratorios.	Médico	3 minutos
2.	Preparación del paciente para el procedimiento: Colocación del paciente en posición. Control de funciones vitales previas al procedimiento.	Médico	5 minutos
Tiempo total aproximado			8 min



b) Durante el procedimiento

N°	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	RESPONSIBLE	DURACIÓN.
1.	Asepsia de la región en zona lumbar	Medico	5 minutos
2.	Ubicar la zona e infiltrar con anestésico local	Medico	5 minutos
3.	Ubicación del espacio subaracnoideo y punción. Medición de la presión de apertura LCR. Obtención del LCR. medición de la presión de salida de LCR	Medico Técnico	20 minutos
4.	Retiro de la aguja. Colocación de esparadrapo y gasa en la herida. Rotulación de las muestras y envío al laboratorio.	Medico	5 minutos
Tiempo aproximado			35 minutos

c) Posterior al procedimiento.

N°	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	RESPONSIBLE	DURACIÓN.
1.	Anotar en la historia clínica el procedimiento y la presencia o no de complicaciones.	Medico	5 minutos
2.	Llevar las muestras tomadas para procesar	Técnico	1 minutos
Tiempo aproximado			6 minutos

6.4. COMPLICACIONES

6.4.1. COMPLICACIONES INMEDIATAS

COMPLICACIONES	ACCIONES A REALIZAR
1) Sangrado de la zona de punción	Presión en la zona con gasas 5 minutos
2) Pérdida de líquido cefalorraquídeo	Presión en la zona con gasas 5 minutos.

6.4.2. COMPLICACIONES TARDIAS

Infecciones locales raramente, Cefalea postpunción lumbar (que resuelve en horas), de ser necesario administrar analgésicos o hidratación.(7)(4)



VII. RECOMENDACIONES:

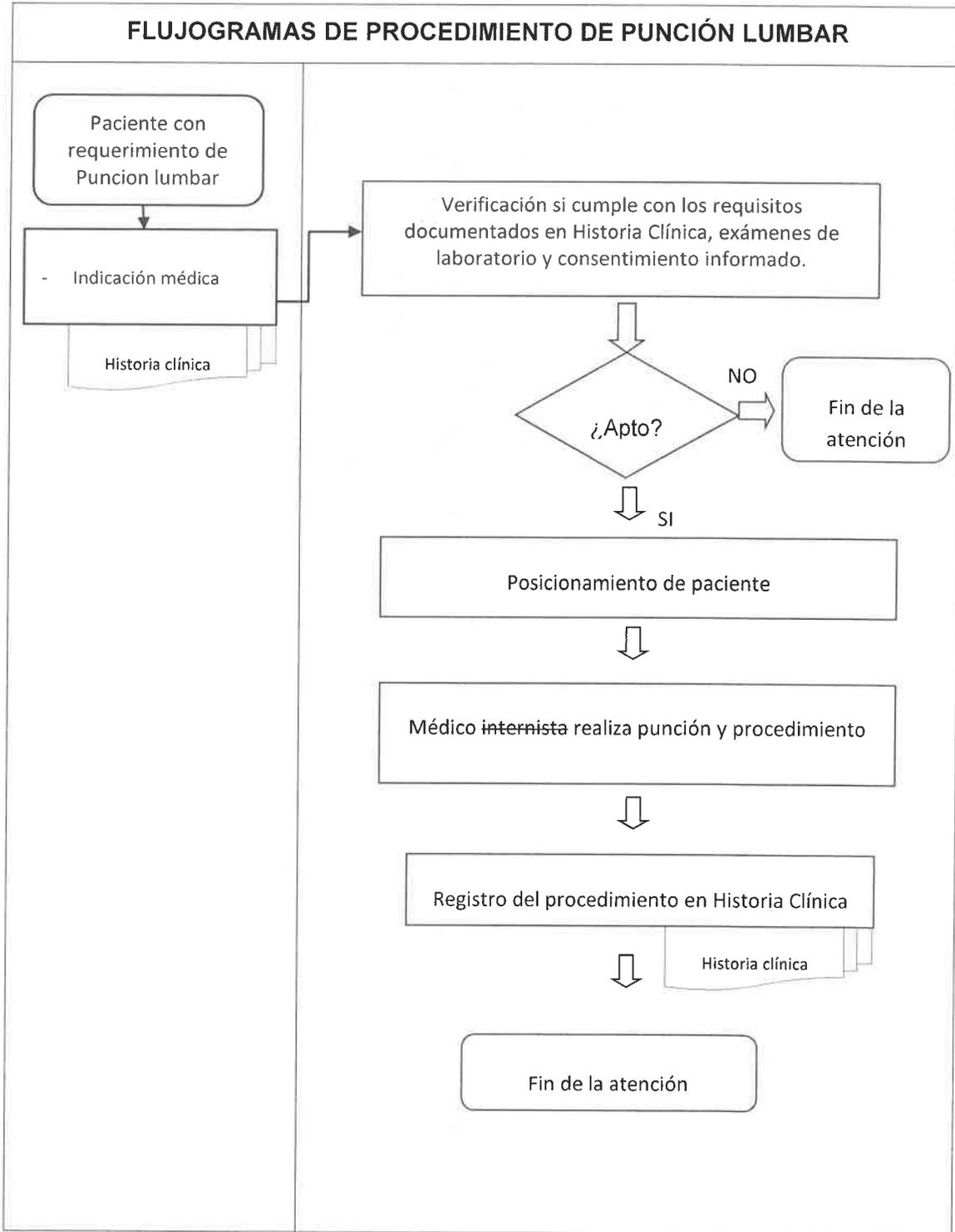
El equipo elaborador recomienda una vez terminado el procedimiento el paciente debe estar en reposo unos minutos después de la punción lumbar en decúbito prono sin almohada para minimizar el riesgo de cefalea.

VIII. ANEXOS

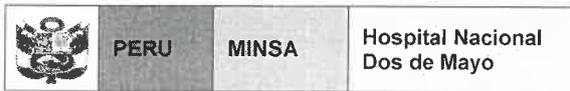
- **ANEXO N°01:** Flujogramas de procedimiento de punción lumbar.
- **ANEXO N° 02:** Formato de consentimiento informado.
- **ANEXO N° 03:** Glosario siglas y abreviaturas.
- **ANEXO N° 04:** Declaración de conflictos de interés.



ANEXO N°01



ANEXO N° 02: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ____/____/20__ ; Hora: ____:____ Hs. N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:

Nombre del Procedimiento: **PUNCION LUMBAR**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros..... N°

En mi calidad de: paciente () , APODERADO () parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA y en mi condición de PACIENTE()/ APODERADO () (marcar el que corresponda), y en ejercicio de mi capacidad de discernimiento, y de mis derechos de salud; en cumplimiento de la Ley N° 26842-Ley General de Salud:

DECLARO:

Que el/la Dr. (a) me ha brindado información para procedimiento Punción lumbar y he comprendido lo siguiente:

INFORMACION GENERAL:

Tengo el diagnóstico de..... y requiero que se me realice el procedimiento de Punción Lumbar, el cual permitirá confirmar y/o definir mi diagnóstico o tratamiento.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

En la punción lumbar (LP), se inserta una aguja en el espacio subaracnoideo lumbar para recolectar líquido cefalorraquídeo (LCR)

TIEMPO APROXIMADO DEL PROCEDIMIENTO: 30 – 40 minutos

RIESGOS REALES Y POTENCIALES:

Cefalea, hemorragia, infecciones, dolor en área lumbar, hernia cerebral.

EFFECTOS ADVERSOS Y/O COMPLICACIONES

Los efectos adversos del uso de lidocaína pueden producirse de forma local y sistémica: Local: dolor, equimosis/hematoma, infección, lesión de la estructura subcutánea. Sistémica: la mayoría de los efectos secundarios se producen por sobredosificación, generalmente por inyección intravenosa accidental, pero en este caso solo se aplicará de forma subcutánea.

PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:

Se Colocará adhesivo en zona de punción, deberá permanecer acostado durante al menos dos horas, sobre una cama o camilla, y de 8 a 10 horas en acostado, vigilancia de zona de punción (sangrado), control de signos vitales cada 8 horas posterior a la Punción.

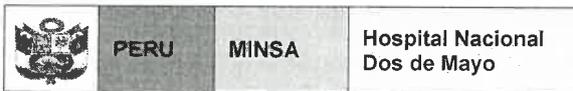


Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones: **SI (...), NO (...) ACEPTO** el procedimiento de Punción Lumbar como parte de mi tratamiento.

Lima,..... de..... del 20.....

Firma del Paciente () /Padre () /
 apoderado () y/o representante legal ()
 
 Huella digital
 
 Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: Nombre:
 DNI: CMP:



DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Fecha: ___/___/20___ ; Hora: ___:___ Hs. N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **PUNCION LUMBAR**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N°
 En mi calidad de: paciente (), APODERADO () parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi Denegación (...)/Revocación (...) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

Firma del Paciente () /Padre () /
 apoderado () y/o representante legal ()
 
 Huella digital
 
 Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: Nombre:
 DNI: CMP:



ANEXO N° 03

GLOSARIO SIGLAS Y ABREVIATURAS:

- **L.C.R:** Líquido cefalorraquídeo
- **Espacio subaracnoideo:** El espacio entre la membrana aracnoides y piamadre, llenos de líquido cefalorraquídeo. Contiene grandes vasos sanguíneos que irrigan el cerebro y la médula espinal.
- **Presión de apertura:** Es la fuerza que el mismo ejerce sobre el tejido cerebral por unidad de superficie



ANEXO N° 04
DECLARACION DE CONFLICTOS DE INTERES

El equipo de trabajo, desarrollador de la presente Guía de Procedimiento DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERÉS, de lo siguiente:

1. No tener relación como Empleo y/o consultorías con alguna organización con el área objeto del presente grupo de trabajo.
2. No apoyar en investigación, como financiamiento, colaboración, pago de viajes a reuniones de trabajo, adquisición de equipos de trabajo, auspicio y otro tipo de transferencia de fondos valoradas.
3. No tener Interés de inversión. No tener inversiones en una institución comercial con intereses relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
4. No tener propiedad intelectual, patente, marcas, o derechos de autor (incluyendo solicitudes pendientes), tener derechos sobre propiedad intelectual relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
5. No haber proveído una opinión o testimonio, posiciones o declaraciones públicas de experto relacionado al área de estudio del presente grupo de trabajo.



IX. BIBLIOGRAFIA

1. Collazo BR, Guerrero Márquez G, Gregorio H, Madrid M, Ana, Serrano M, et al. Revisado por: Gloria Guerrero Márquez (HGU Gregorio Marañón. Madrid). Ana Martínez Serrano (HU La Paz. Madrid) [Internet]. Seup.org. [citado el 26 de enero de 2024]. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/Prort_Enferm/07_Puncion_lumbar.pdf
2. Jane LA, Wray AA. Lumbar Puncture. StatPearls Publishing; 2023.
3. April MD, Long B, Koyfman A. Emergency medicine myths: Computed tomography of the head prior to lumbar puncture in adults with suspected bacterial meningitis – due diligence or antiquated practice? J Emerg Med [Internet]. 2017
4. Engelborghs S, Niemantsverdriet E, Struyfs H, Blennow K, Brouns R, Comabella M, et al. Consensus guidelines for lumbar puncture in patients with neurological diseases. Alzheimers Dement (Amst) [Internet]. 2017 [citado el 26 de enero de 2024];8(1):111–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dadm.2017.04.007>
5. A brief overview of the cerebrospinal fluid sistem and its implications for brain and spinal cord disease / doi.org/10.3389/fnhum.2021.737217 /
6. Quintero IF, Candamil Á, Mejía Mantilla JH, Medina H, Ariza Cadena F. Síndrome de hipotensión endocraneana: ¿una cefalea postpunción dural? Colomb J Anesthesiol [Internet]. 2013;41(1):57–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2012.07.007>
7. Costerus JM, Browser MC, van der beek D. technological advances and changing indications for lumbar punture in neurological disorders. Lancet neurol. Marzo 2018; 17(3):268-78.
8. WELCH h, lumbar puncture and cerebrospinal fluid analysis. Handb Clin Neurol. 2010;96:31-49.



Fecha: ____/____/20__ ; Hora: ____:____ Hs. N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: PARACENTESIS DIAGNOSTICO Y/O TERAPEUTICO

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros..... N°

En mi calidad de: paciente () , APODERADO () parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA y en mi condición de PACIENTE ()/ APODERADO () (tachar lo que no corresponda), y en ejercicio de mi capacidad de discernimiento, y de mis derechos de salud; en cumplimiento de la Ley N° 26842-Ley General de Salud:

DECLARO:

Que el/la Dr. (a) me ha brindado información para procedimiento Paracentesis y he comprendido lo siguiente:

INFORMACION GENERAL:

Tengo el diagnóstico de.....

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Paracentesis es una técnica invasiva que, mediante una punción percutánea abdominal, nos permite evacuar líquido de la cavidad peritoneal

TIEMPO APROXIMADO DEL PROCEDIMIENTO: 60 – 90 minutos

*Podrá extenderse el tiempo según sea el volumen de líquido y tolerancia del paciente al procedimiento.

RIESGOS REALES Y POTENCIALES:

Fuga de líquido persistente en el sitio de la punción, punción de arterias, venas o vísceras huecas, infección, hipotensión. Para lo cual se tomarán las medidas necesarias para disminuir los riesgos Dolor o sangrado en el sitio de punción.

EFECTOS ADVERSOS

Los efectos adversos del uso de lidocaína pueden producirse de forma local y sistémica. Local: dolor, equimosis /hematoma, infección, lesión de la estructura subcutánea es muy raro.

Sistémica: la mayoría de los efectos secundarios se producen por sobredosificación, generalmente por inyección intravenosa accidental, pero este caso solo se aplicará de forma subcutánea.

Los efectos adversos del uso de albumina pueden ocurrir por una administración excesiva de albumina, reacciones alérgicas o adversas. Tales condiciones pueden producir principalmente fiebre y escalofríos. Han sido también reportados rash, náuseas, vómitos y taquicardia. La vascular con el resultado de un edema pulmonar en casos raros.

PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:

Se debe tener un reposo relativo posterior a el procedimiento y mantener el apósito hasta que el médico tratante vea conveniente su retiro, además de no manipular la zona

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

ACEPTO el procedimiento Paracentesis como parte del tratamiento.

Lima,..... de..... del 20.....

Firma del Paciente () /Padre ()
Apoderado () /Representante legal ()



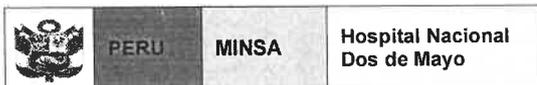
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre:

Nombre:

DNI:

CMP:



DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Fecha: ___/___/20___ ; Hora: ___:___ Hs. N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:

Nombre del Procedimiento: **PARACENTESIS DIAGNOSTICO Y/O TERAPEUTICO**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N°

En mi calidad de: paciente () , APODERADO () parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi Denegación (...) /Revocación (...) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

Firma del Paciente () /Padre ()
Apoderado () /Representante legal ()



Firma y Sello del Médico Informante

Nombre:

Nombre:

DNI:

CMP: