



1. Identificación y descripción del procedimiento

La gammagrafía esplénica es un método diagnóstico de imagen que utiliza los propios hematíes (glóbulos rojos) del paciente marcados con un trazador radiactivo para el estudio del bazo. Técnica: no se precisa preparación ni ayuno previo. Se toma una muestra de sangre del paciente, que tras su preparación, se reinyecta por vía intravenosa, obteniéndose posteriormente imágenes del bazo.

Previamente a la realización de la exploración, el personal del Servicio de Medicina Nuclear correspondiente le informará del procedimiento y responderá a todas sus preguntas acerca del mismo.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Se trata de valorar la forma del bazo y posibles lesiones que se encuentren en él, tales como hemorragias, roturas traumáticas, hematomas, así como la existencia de bazos accesorios.

Se trata de un procedimiento sencillo, que no requiere preparación previa, fácil de realizar, sensible, sin molestias para el paciente y útil en el diagnóstico de alteraciones del bazo. Supone una baja dosis de radiación para el paciente, muy inferior a otras técnicas radiológicas.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Otras técnicas de imagen como la ecografía, TAC o RMN son complementarias a la gammagrafía esplénica.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Contribuir al diagnóstico y tratamiento adecuado del paciente.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

Retraso en el diagnóstico.

Retraso en la toma de decisiones terapéuticas.

Obtención de un diagnóstico incompleto ó incorrecto.

6. Riesgos frecuentes

No descritos.

7. Riesgos poco frecuentes

No descritos.

8. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

La exploración está contraindicada en mujeres embarazadas, si bien en situaciones excepcionales se valorará el riesgo/beneficio.

En caso de realizar la exploración a una mujer en periodo de lactancia, debe interrumpirla durante un corto espacio de tiempo.

Durante el día de la exploración debe evitarse el contacto estrecho con niños pequeños y embarazadas.

9. Declaración de consentimiento

Don/doña de años de edad, con domicilio en , DNI y nº de SIP

Don/doña de años de edad, con domicilio en en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente) , con DNI

Declaro:

Que el Doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2

Fdo.: Don / doña DNI

Fdo.: Dr/a DNI

Colegiado nº:

10. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En a de de 2

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº:

