

**MEDICINA NUCLEAR
PUNCIÓN LUMBAR Y CISTERNOGRAFÍA ISOTÓPICA**

1. ¿Qué es? Es un estudio morfofuncional del flujo del líquido cefalorraquídeo, basado en el depósito de un radiofármaco en el espacio subaracnoideo, mediante técnica de escrupulosa esterilidad que realizará el facultativo especialista.

2. ¿Cómo se realiza? Mediante una punción lumbar que consiste en la introducción dentro del canal medular de la columna vertebral de una pequeña cantidad de una sustancia radiactiva (unos 0.5 ml de Indio111-DTPA con baja actividad (aproximada de 37 MBq/1 mCi)).

Se realizan imágenes planares y tomográficas a las 3, 24 y 48 horas de la inyección. Cada serie dura unos 25-30 min. Se le podrán colocar tapones de algodón nasales u óticos durante varias horas.

No precisa preparación previa. El paciente no debe moverse durante la punción para no interrumpir la técnica y evitar desplazamiento de la aguja. Se colocará un pequeño apósito compresivo tras la punción. Se mantendrá acostado las primeras 3-4 horas.

Es aconsejable que el paciente vaya hidratado y con un desayuno muy ligero. Durante las primeras 24 horas tras la administración del radiofármaco, no debe permanecer con niños pequeños ni mujeres embarazadas más de 2-3 minutos para evitar su irradiación, aunque no comporte gravedad.

3. ¿Cuáles son sus riesgos? La punción lumbar no se debe realizar en caso de signos y/o síntomas clínicos de hipertensión intracraneal (los descartará el neurólogo en exploración previa). Riesgo fatal.

Riesgos frecuentes (entre 5-10%): cefaleas, mareos, náuseas, malestar en zona de punción, infección o hematoma local, hormigueos en piernas.

Los efectos secundarios a la radiación son casi nulos y en todo caso muy leves.

4. Consecuencias previsibles de su realización: obtener un diagnóstico correcto para la enfermedad del paciente, y consecuente poder darle un tratamiento adecuado.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: persistencia de síntomas, sin conocer las posibles causas, con posibles complicaciones graves (meningitis, hipotensión licuoral, caídas, cefalea persistente, incapacidad laboral y de la vida diaria...).

6. Alternativas: otras exploraciones de imagen como TAC y RNM pueden ser complementarias.

7. Riesgos en función de su situación: Si el paciente padece alguna deformidad o patología de la columna dorsolumbar, y si toma anticoagulantes dígalo antes de la punción lumbar. No tiene que retirar otra medicación habitual.

La exploración está contraindicada en mujeres embarazadas, si bien en situaciones excepcionales se valorará el riesgo/beneficio. En caso de mujer en lactancia, debe interrumpirse durante 3-4 días.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

**MEDICINA NUCLEAR
PUNCIÓN LUMBAR Y CISTERNOGRAFÍA ISOTÓPICA**

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCAIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales