

Consentimiento Informado para la realización de Tomografía Computarizada

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842)

1. Servicio/Subunidad

Diagnóstico por Imágenes

2. Nombre del Procedimiento

Tomografía Computarizada de _____

3. Diagnóstico (definitivo y/o presuntivo)

4. Descripción del Procedimiento

Es un examen rápido, indoloro que utiliza un equipo de tomografía para crear imágenes detalladas de los órganos internos, huesos, tejidos blandos y vasos sanguíneos del paciente utilizando radiación ionizante.

El estudio es realizado por un personal Tecnólogo Medico y supervisado por el Medico Radiólogo.

Este examen consiste en acostar al paciente sobre una mesa monitorizada, la cual se mueve mientras una fuente de rayos X gira alrededor, emitiendo esta energía, la cual pasa a través del paciente y es recibida por un conjunto de detectores que se ubican al lado opuesto. Estos Rayos X que llegan a los detectores son digitalizados en una computadora, donde se post procesan y obtienen finalmente imágenes digitales del interior del cuerpo del paciente.

La sustancia de contraste de ser necesario será administrada durante el procedimiento por el personal de enfermería, esto permitirá mejor evaluación de las lesiones encontradas por el médico radiólogo.

Para la administración del contraste se colocará al paciente una vía periférica con calibre de acuerdo a la edad y contextura del paciente. La dosis del contraste que se aplicará será proporcional al peso del paciente.

5. Objetivos del Procedimiento

- Brindar diagnósticos confiables y de calidad a nuestros médicos usuarios especialistas para que puedan brindarle un tratamiento correcto y oportuno al paciente.
- Obtener imágenes de alta calidad en los diferentes planos del espacio de las estructuras del organismo humano.

6. Beneficios Esperados

- El principal beneficio es la obtención de imágenes de alta calidad mediante un método diagnóstico avanzado.
- Obtener diagnósticos confiables, y oportunos para el posterior tratamiento de los pacientes.
- Obtener información adicional de otras estructuras anatómicas durante la evaluación de las imágenes.
- En caso de tener que administrar contraste este permitirá una mejor evaluación de las características de las lesiones.
- Esta prueba permite al médico tratante /solicitante, obtener un medio que facilite la toma de decisiones puesto que descarta y/o especifica los hallazgos patológicos, ofrece datos para una

óptima planificación de los abordajes quirúrgicos y potencialmente puede reducir la estancia hospitalaria, ya que aporta información completa y oportuna evitando otro tipo de procedimientos invasivos.

- f. Se obtendrá información optimizada para el diagnóstico de los diferentes procesos de infecciones, malformaciones, tumores, traumatismos que pudiera presentar el paciente.

7. Riesgos y/o Complicaciones Frecuentes

- a. Las reacciones adversas después del medio del contraste yodado son generalmente de intensidad leve a moderada y de naturaleza transitoria.
- b. Las reacciones de hipersensibilidad más frecuentes son las reacciones cutáneas que pueden ser localizadas, extendidas o generalizadas, así mismo pueden ser de presentación inmediata o retardada. Por lo que el paciente permanecerá en el servicio por 30 min luego de realizado el procedimiento con contraste para observar la presencia o no de reacciones.

8. Riesgos y/o Complicaciones poco Frecuentes

- a. La sustancia de contraste es considerada un compuesto seguro, con una incidencia muy baja de efectos adversos sin embargo existen riesgos de su uso, aunque son bajos.
- b. Las reacciones anafilácticas graves por medio de contraste son poco frecuentes y se caracterizan por una disminución brusca de la presión arterial, taquicardia, disnea, agitación, cianosis, palidez, sudores fríos, disminución del nivel o pérdida de conciencia y paro cardiorrespiratorio.
- c. Las reacciones alérgicas tales como angioedemas, conjuntivitis, tos, prurito, rinitis y urticaria son leves aunque podrían ser indicativas del inicio de un estado de shock por lo que los pacientes estarán siempre bajo monitoreo del personal médico y enfermería del servicio.
- d. Se han descrito como complicaciones por el uso del contraste yodado trastornos oculares, trastornos cardíacos, trastornos vasculares, trastornos psiquiátricos, del sistema nervioso, respiratorios, gastrointestinales, de la piel, músculo – esquelético, renales y urinarios.
- e. Las reacciones inmediatas pueden ser también respiratorias o cardiovasculares por lo que pueden desencadenar el inicio de Shock y muy rara vez pueden causar la muerte del paciente.
- f. Otro de los riesgos del estudio de tomografía es la extravasación del contraste en el tejido celular subcutáneo sobre todo en los estudios en los que se dará uso al equipo inyector de contraste ya que este se administra a grandes volúmenes y presiones para adquirir las imágenes en las diferentes fases del recorrido circulatorio.
- g. Los estudios tomográficos al implicar radiación ionizante podrían incrementar el riesgo de aparición de neoplasia en el transcurso de la vida del paciente, es por eso que estos exámenes deben ser solicitados sólo en casos realmente necesarios en nuestros pacientes pediátricos.

9. Consecuencias Previsibles de su NO Realización

De no realizarse este procedimiento indicado por su médico tratante el paciente estará expuesto a demora en el diagnóstico y tratamiento de su patología.

10. Tratamiento Alternativo

De acuerdo al criterio del médico que solicita la prueba de Tomografía Computarizada, debe considerarse otros métodos de diagnósticos por imágenes como, por ejemplo: Ecografía, RMN y Rayos X Contrastados. El médico radiólogo, en determinados casos, orientará al médico tratante en el examen indicado para la patología del paciente.

11. Riesgo en función de las Particularidades del Paciente

12. Pronóstico

Bueno ()

Malo ()

Reservado ()

13. Recomendaciones

- a. Se debe informar al personal si está embarazada o pudiera estarlo.
- b. Es muy importante que el paciente permanezca quieto durante todo el tiempo que dure la exploración.
- c. Los pacientes deben ingresar a la sala de procedimiento sin ningún objeto de metal porque pueden producir artefactos en las imágenes adquiridas.
- d. En caso de uso de contraste o si el paciente va a requerir sedación debe asistir en ayunas dependiendo de la edad del paciente.
- e. La duración de la prueba depende del estudio a realizar, el uso del contraste o la realización de sedación en el paciente, puede variar desde 5 minutos a 20 minutos dentro del área del tomógrafo.
- f. En los pacientes menores de 2 años (dependiendo de la patología para estudio) se intentará el examen con la técnica del sueño (consiste en hacer el procedimiento con el paciente dormido) evitando así los riesgos de la sedación en nuestros pacientes pediátricos.
- g. Si el estudio es programado con sedación, el médico anestesiólogo explicará el procedimiento de sedación al familiar del paciente y hará firmar el consentimiento de la sedación.
- h. Todos los pacientes que requieran sedación para su procedimiento deben haber pasado por evaluación pediátrica y anestésica previos a la fecha del examen.
- i. Todos los pacientes que se programen estudios de tomografía con contraste deben presentar resultado de creatinina sérica dentro de límites normales para la edad del paciente.
- j. Beba abundante líquidos dentro de las 24 horas, salvo que exista alguna contraindicación médica. El contraste yodado se elimina por la orina.
- k. En caso de que el paciente reciba medicación por otras patologías deben consultar con el médico tratante la suspensión de su uso el día del procedimiento.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico _____.

Declaro:

Que el Médico _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento de: **Tomografía Computarizada (TC) de** _____ sobre los cuales he sido informado(a). Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para la realización del procedimiento de **Tomografía Computarizada (TC) de** _____.


Huella

San Borja, de del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre _____
DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____
RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, de forma libre y consciente he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha _____ para la realización del procedimiento de **Tomografía Computarizada (TC) de** _____ y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.


Huella

San Borja, de del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre _____
DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____
RNE N° _____