

Consentimiento Informado para la realización de Resonancia Magnética Nuclear (RMN)

(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

Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de _____

3. Diagnóstico (definitivo y/o presuntivo)

4. Descripción del Procedimiento

El paciente será recibido y preparado por el personal de Enfermería y Médico Radiólogo quien realiza una pequeña historia clínica y da las indicaciones del procedimiento al familiar del paciente; el estudio es realizado por un personal Tecnólogo Medico y supervisado por el Medico Radiólogo. Se realizará el examen según el número de segmentos anatómicos y tipos de estudio.

Es una técnica muy sensible a los movimientos por ello, es muy importante que el paciente permanezca quieto durante todo el tiempo que dure la exploración. Durante la prueba oír un ruido por lo que se colocará unos auriculares para evitar posible molestia, en caso de que el paciente no colabore se recurrirá anestesia/sedación, lo que requerirá programar y firmar el consentimiento de anestesia.

En caso de que el examen requiera el uso del contraste, este será administrada durante el procedimiento por el personal de enfermería permitiendo así 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 sin uso de radiación.

6. Beneficios Esperados

- El principal beneficio es la obtención de imágenes de alta calidad mediante un método diagnóstico avanzado sin uso de radiación ionizante.
- 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.

7. Riesgos y/o Complicaciones Frecuentes

- Durante la exploración se pueden producir pequeños calambres, sensación de calor, molestias auditivas (por el ruido).

- b. 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. Se han notificado reacciones adversas hasta en el 3.6 % de los pacientes después de la administración del contraste (ácido gadotérico, gadobutrol).
- c. Las reacciones adversas más comunicadas fueron dolor, sensación de calor, frío en el lugar de la inyección y náuseas.
- d. Las reacciones adversas después de la administración del ácido Gadotérico son generalmente de intensidad leve y de naturaleza transitoria.

8. Riesgos y/o Complicaciones poco Frecuentes

- a. Las reacciones inmediatas poco frecuentes por el uso de contraste 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.
- b. Se ha observado también cefalea, parestesias, náuseas, reacciones cutáneas, prurito y reacciones de hipersensibilidad.
- c. 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.
- d. 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.

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 Resonancia Magnética, debe considerarse otros métodos de diagnósticos por imágenes como, por ejemplo: Ecografía, Tomografía, Rayos X 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. El poderoso campo magnético del sistema de RM N puede atraer objetos hechos de ciertos metales (por ejemplo, los llamados ferromagnéticos) y puede moverlos de forma repentina y con gran fuerza. Esto plantea un posible peligro para el paciente o cualquier persona que se encuentre en la trayectoria del objeto. Por lo tanto, se tiene mucho cuidado en asegurar que no se lleven al área del sistema de RMN ciertos objetos externos citados a continuación:
 - a.1. Marcapasos cardíacos o desfibriladores implantables cardioversores.
 - a.2. Sujetadores vasculares metálicos ferromagnéticos puestos para evitar el sangrado en un aneurisma intracraneal o vasos sanguíneos
 - a.3. Bombas para medicamentos implantadas o externas (como las usadas para administrar insulina, drogas para aliviar el dolor, o quimioterapia)
 - a.4. Implantes cocleares (por ejemplo, para poder oír)
 - a.5. Sistemas neuroestimuladores
 - a.6. Catéteres que tiene componentes metálicos
 - a.7. Una bala, una esquirla u otro tipo de fragmento metálico

- a.8. Un objeto metálico foráneo ubicado adentro o cerca del ojo.
- a.9. Nota importante: algunos objetos, incluyendo ciertos marcapasos cardíacos, ICDs, sistemas de neuroestimulación, implantes cocleares, y bombas de medicamentos, son aceptables durante una RMN. Sin embargo, el tecnólogo de RMN y el radiólogo tienen que saber exactamente el tipo de aparato que usted tiene, para así poder seguir procedimientos especiales que aseguren su seguridad.
- b. Entre los artículos que los pacientes y su acompañante deben sacarse antes de entrar a la sala del equipo de RMN están:
- b.1. Cartera, billetera, monedero, tarjetas de crédito, tarjetas con tiras magnéticas
 - b.2. Dispositivos electrónicos como buscapersonas, teléfonos celulares, teléfonos inteligentes y tabletas.
 - b.3. Audífonos
 - b.4. Alhajas metálicas y relojes
 - b.5. Lápices, ganchos para papel, llaves, monedas
 - b.6. Pinzas y hebillas para el cabello, broches para el cabello y algunos ungüentos
 - b.7. Zapatos, hebillas de cinturón, alfileres de gancho
 - b.8. Todo artículo o prenda de vestir que tenga fibras o hilos metálicos, cierres de cremallera de metal, botones, botones a presión, ganchos, o alambres
- c. Se debe informar al personal si la paciente está embarazada o pudiera estarlo.
- d. En los pacientes menores de 4 meses (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.
- e. 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.
- f. Todos los pacientes que requieran sedación para su procedimiento deben haber pasado por evaluación pediátrica y anestésica previos a la fecha del examen.
- g. Todos los pacientes que se programen para estudio de resonancia con contraste deben presentar resultado de creatinina sérica dentro de límites normales para la edad del paciente con vigencia de 3 meses.
- h. 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.
- i. Por favor sírvase llenar el siguiente cuestionario:
- Por favor, es importante que rellene el siguiente cuestionario.
 - ¿Tiene usted marcapasos? SI () NO ()
 - ¿Tiene usted implante coclear? SI () NO ()
 - ¿Está usted embarazada? SI () NO ()
 - ¿Tiene en su cuerpo algún otro implante, piercing u objeto metálico? SI () NO ()
 Describalo _____
 - ¿Le han operado de algo? SI () NO ()
 En caso afirmativo, díganos de qué _____
 - ¿Es usted asmático? SI () NO ()
 - ¿Es alérgico a algún medicamento? SI () NO ()
 - ¿Se ha realizado anteriormente esta prueba? SI () NO ()
 En caso afirmativo, ¿le inyectaron contraste? SI () NO ()
 - ¿Ha comido en las 6 horas anteriores a la prueba? SI () NO ()
 - ¿Tiene usted o ha tenido algún problema renal? SI () NO ()
 - ¿Tiene algún tatuaje? SI () NO ()



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño
San Borja



¿dónde? _____

En caso de contestar afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, comuníquelo al personal del servicio.

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: **Resonancia Magnética Nuclear (RMN) 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 **Resonancia Magnética Nuclear (RMN) 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 **Resonancia Magnética Nuclear (RMN) 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° _____