



Consentimiento Informado Para La
Realización De Resonancia
Magnética En Mujeres
Embarazadas

Consentimiento Informado Para La Realización De Resonancia Magnética En Mujeres Embarazadas

Consentimiento Informado Para La Realización De Resonancia Magnética En Mujeres Embarazadas

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna:.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder a la realización del examen:

RESONANCIA MAGNÉTICA EN MI CONDICIÓN DE EMBARAZADA.

INFORMACION GENERAL:

La resonancia magnética o RM, es un método para producir imágenes de los órganos y tejidos de su cuerpo sin utilizar radiación ionizante a diferencia de otras técnicas de diagnóstico en Imagenología. La RM, utiliza un poderoso campo magnético y ondas de radio, campos magnéticos que cambian rápidamente y una computadora para crear una imagen que muestra si está presente alguna lesión, enfermedad o condición anormal.

Para realizar el examen, el paciente se debe posicionar dentro de la máquina de RM; la ayudará un auxiliar técnico de rayos y/o un tecnólogo médico. El personal le dará las indicaciones específicas, le instruirá de cómo accionar un botón de alerta y se le protegerán los oídos con tapones y/o auriculares, pues estará expuesta a ruido de diferente intensidad.

El examen no produce dolor y los campos magnéticos no producen daño conocido a los tejidos. Es probable que se le instale una vía venosa en un brazo en caso que no la traiga ya puesta desde su servicio de origen, esta vía venosa se usará en caso de ser necesario la administración de gadolinio. El gadolinio es el medio de contraste que se utilizan en RM.

SEGURIDAD DE LA RM:

El poderoso campo magnético que se emplea es capaz de atraer a los objetos metálicos que contienen hierro y puede moverlos de forma repentina y con gran fuerza. Hay que tener mucho cuidado con los objetos que se ingresan a la sala. Es por eso que para maximizar la seguridad en este sentido, usted deberá retirarse **TODOS** los objetos metálicos que porte antes de ingresar a la sala de examen y sólo podrá ingresar cuando se lo indiquen. También debe retirarse audífonos, si los usa.

Todo paciente además, debe advertir si posee elementos metálicos en su cuerpo, como marcapasos, prótesis, clips para aneurismas u otros objetos como balines, perdigones o esquirlas. En algunos casos es probable que se deba suspender el examen por esta causa.

RESONANCIA MAGNÉTICA Y EMBARAZO:

Si usted está embarazada o sospecha estar embarazada, **DEBE** infórmalo al tecnólogo médico que le realizará el examen, antes que ingrese a la sala de resonancia magnética. A modo de información general es posible decir que **NO EXISTEN** riesgos conocidos de la resonancia magnética cuando se realizan en mujeres embarazadas. Sin embargo, para extremar la seguridad, el estudio con esta técnica en pacientes embarazadas se reserva sólo en casos debidamente justificados, cuando existen problemas muy serios o anomalías sospechosas y nunca se realiza durante el primer trimestre de gestación del feto, es decir, tiempos menores o iguales a 11 semanas (<11 semanas) de gestación.

La resonancia magnética se ha utilizado para evaluar anomalías obstétricas, placentarias y fetales en pacientes embarazadas durante más de 20 años. La RM es reconocida como una herramienta de diagnóstico beneficioso y se utiliza para evaluar una amplia gama de enfermedades y condiciones que afectan a la paciente embarazada, así como el feto.

Es importante considerar que a la fecha, la resonancia magnética es el método de imágenes más seguro para el feto.

Ha habido una serie de investigaciones de laboratorio y clínicas llevados a cabo para determinar los efectos de la utilización de imágenes de RM durante el embarazo. La mayoría de los estudios de laboratorio no mostraron evidencia de lesiones o daño al feto, mientras que unos pocos estudios informaron resultados adversos para los animales de laboratorio. Sin embargo, resulta científicamente discutible que estos hallazgos se puedan extrapolar a los seres humanos.

Por comparación, ha habido relativamente pocos estudios realizados en sujetos humanos embarazados expuestos a RM o el medio ambiente de RM. **Cada una de estas investigaciones informó que no hubo resultados adversos para los sujetos.**

Por ejemplo:

BAKER ET AL. No reporta ningún aumento demostrable en la enfermedad, discapacidad o pérdida de la audición en 20 niños examinados en el útero mediante resonancia magnética por sospecha de compromiso fetal.

MYERS ET AL. Informó una reducción significativa en el crecimiento frente a los controles emparejados fetales en 74 sujetos voluntarios expuestos en el útero a la RM realizada en un equipo de 0,5 Tesla.

Una encuesta de salud reproductiva entre **280 profesionales de la salud** embarazadas realizadas por

KANAL ET AL. No mostró ningún aumento sustancial en los resultados reproductivos adversos comunes.

Es importante destacar que esta información se aplica a los equipos con campos magnéticos de hasta 3 Tesla

DECLARO QUE:

Me han informado plenamente sobre el procedimiento, su rendimiento, además de sus riesgos por mi condición de embarazada y sus beneficios.

AUTORIZO:

Al médico responsable para que tome las decisiones que considere más indicadas en el caso que se produzcan complicaciones.

Y EN TALES CONDICIONES.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO Expuesto los antecedentes previos, autorizo al servicio de Imagenología de Clínica Dávila y a su equipo de profesionales a practicarle el examen de **RESONANCIA MAGNÉTICA.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).