

**Consentimiento Informado para Artrografía por  
Tomografía Computada o Resonancia Magnética**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROGRAFIA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA O RESONANCIA MAGNÉTICA

Además de la información facilitada por su médico sobre su enfermedad, usted debe saber que el propósito de este documento es que usted conozca el procedimiento al que va a ser sometido, sus beneficios y las complicaciones más frecuentes.

Lea atentamente este documento y consulte todas las dudas que se le planteen antes que se realice el procedimiento. Usted o su representante legal de no poder hacerlo personalmente deberá firmar el consentimiento para poder realizar la intervención. También puede revocar (rechazar) su decisión en cualquier antes de que se realice.

PACIENTE

Yo, Don/Dña.....de.....años,  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

RUT n.º....., con domicilio en .....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, ..... D./Dña.  
.....de.....años, (Nombre y  
dos apellidos del representante legal o familiar)

con domicilio en.....

RUT n.º....., en calidad de.....del  
paciente.

(Representante legal o familiar)

DECLARO

Que el Dr/la Dra .....

(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento de ARTRO TC/RM ARTICULAR. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

## 1. PRE-PROCEDIMIENTO

Antes del procedimiento podría ser necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, generalmente exámenes de imágenes y/o de laboratorio.

Es importante que el paciente no tenga alteración de su función renal, por esto como norma de nuestro servicio los paciente mayores de 70 años deberá contar con un resultado de creatinina normal de no más de un mes de antigüedad, si no fuese así se analizara caso a caso si es posible realizar el procedimiento.

Es necesario informar al médico de alergias, uso de medicamentos anticoagulantes o algún tipo de dispositivo electrónico en su cuerpo.

Es un procedimiento que no requiere ayunas.

Las mujeres siempre deben informar la posibilidad de embarazo.

## 2. PROCEDIMIENTO

Este es un procedimiento invasivo que consiste en la administración de contraste yodado para el estudio bajo scanner o contraste paramagnético cuando el estudio se realiza en resonancia magnética. La administración de medio de contraste se realiza dentro de la cavidad articular, a través de una punción articular utilizando una aguja, este procedimiento se realiza aplicando todos los medios de una técnica aséptica y se aplica anestesia local. El procedimiento es guiado por ecotomografía o fluoroscopia (imagen radiográfica en tiempo real) lo que permite una visión directa de la articulación y la aguja con la que se administra el medio de contraste

El objetivo es mejorar el diagnóstico de patologías que no son evidentes sin contraste intra articular.

## 3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la intervención podría presentar leve dolor en relación con el sitio de punción y aumento de volumen, lo que es esperable y pasajero.

## 4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica, como por condiciones propias del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, alteraciones de coagulación etc), lleva implícitas una serie de complicaciones, de escasa frecuencia, pero potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden incluso causa de muerte.

Entre ellas cabe mencionar:

Dolor de la zona puncionada, el cual normalmente cede espontáneamente, o con el uso de analgésicos.

Infección en relación con el sitio de punción, intra articular o de planos profundos, esto se manifiesta con aumento de volumen, enrojecimiento de la piel, más dolor local a la palpación

Hemorragias auto limitadas o hematomas en el sitio de punción, estos habitualmente desaparecen frecuentemente al poco tiempo y no requieren un tratamiento específico.

Reacción alérgica al medicamento anti inflamatorio, lo que es muy poco frecuente.

Reacción alérgica al medio de contraste (Yodado/Paramagnético)

Es inusual la necesidad de hospitalización del paciente para el manejo de alguna complicación post procedimiento, sin embargo si esto fuese necesario será asesorado por el médico que realiza el procedimiento los pasos a seguir.

#### 5. POSTCUIDADOS DE LA ARTROGRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTADA O RESONANCIA MAGNETICA.

Se recomienda no realizar actividad física las siguientes 24 horas y observar la zona puncionada y la cura local en las siguientes 24 a 48 horas.

En escasos casos puede producir dolor articular, reacciones alérgicas al anestésico local o al medio de contraste, generalmente son de grado leve y de remisión espontanea.

En caso de dolor persistente, aparición de fiebre o sangrado abundante deberá acudir a un servicio de urgencias. Estas complicaciones habitualmente se resuelven sin mayores incidencias.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos,

publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora otorgo.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice/realice al paciente el procedimiento:

ARTROTOMOGRAFIA O ARTRORESONANCIA MAGNETICA

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).