



Formulario de Consentimiento Informado para Resonancia Magnética Nuclear

Establecimiento de salud: Centro Nacional de Imágenes Médicas	Servicio: RMN	
Nombre de la persona usuaria	N.º de Identificación	Edad
Nombre del profesional que informa	Código profesional	

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción del procedimiento: la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) es un estudio diagnóstico que usa un campo magnético, ondas de radio y una computadora para obtener imágenes detalladas del interior del cuerpo. No utiliza radiación ionizante, por lo que no expone a radiación como otros estudios.

La resonancia puede realizarse sin medio de contraste o con medio de contraste, y con sedación o sin sedación, según lo que indique su médico tratante. Seguidamente se explica el procedimiento, que aplicará según el criterio del médico(a) tratante.

RMN sin medio de contraste

En este estudio, se le brindará ropa hospitalaria y permanecerá acostado(a) en una camilla que se introduce en un equipo con forma de túnel abierto en ambos extremos. El equipo hace ruidos fuertes durante el examen; por eso, se le darán tapones o auriculares para proteger sus oídos. También se colocará sobre la parte del cuerpo que se va a estudiar un sensor (antena) especial que ayuda a obtener imágenes más claras. Posteriormente, la camilla se desplazará lentamente hasta introducirlo en el túnel.

Durante todo el estudio, usted podrá comunicarse con el personal de salud, que lo(a) verá y escuchará en todo momento. El examen dura aproximadamente entre 20 y 45 minutos, y en algunos casos puede durar más según la zona del cuerpo que se está estudiando. Este procedimiento generalmente no causa dolor y no produce daño conocido en los tejidos. Una vez que finaliza, usted puede continuar con sus actividades habituales.

RMN con medio de contraste

Para algunas condiciones médicas puede ser necesario administrar un medio de contraste que se aplica por medio de una vena, generalmente del brazo o de la mano. Para ello, se revisará previamente el funcionamiento de sus riñones por medio de un examen de sangre.

El profesional le explicará si el uso del contraste es necesario en su caso y resolverá sus dudas antes de administrarlo.

RMN con sedación (solo cuando se requiera para su seguridad y bienestar)

La sedación se utiliza solo cuando es estrictamente necesario para disminuir la ansiedad, ayudarlo(a) a permanecer tranquilo(a) y facilitar su colaboración durante el estudio ya que es necesario mantenerse quieto(a) durante la RMN.

Está indicada principalmente en personas con ansiedad severa o claustrofobia (miedo a espacios cerrados), discapacidad intelectual, trastornos cognitivos, menores de 12 años, movimientos involuntarios que le dificulten permanecer quieto(a), dolor intenso que impida mantener la posición requerida o antecedentes de intolerancia previa a una RMN sin sedación.

La sedación puede administrarse por vía oral o intravenosa, y será supervisada en todo momento por personal especializado en anestesia.

Si requiere sedación, deberá cumplir un ayuno completo de al menos 8 horas, sin comer ni beber nada. Después del estudio, usted será llevado a otra sala hasta estar despierto y estable. Posteriormente no podrá conducir vehículos y deberá tener un acompañante responsable hasta su recuperación completa.

La resonancia generalmente no requiere otros procedimientos adicionales. Sin embargo, en algunos casos puede ser necesario administrar medicamentos para controlar el dolor, la ansiedad o los movimientos involuntarios. Además, si el examen detecta alguna lesión que necesite mayor estudio, el equipo de salud podría recomendar procedimientos adicionales como una biopsia, la cual se realizaría después de la resonancia. En cualquier caso, antes de administrar medicamentos adicionales o realizar otro procedimiento, se le brindará la información correspondiente y se solicitará su autorización.

Objetivo y beneficios esperables: la RMN es un estudio de imágenes que permite observar con detalle diferentes órganos y tejidos del cuerpo para ayudar en el diagnóstico, seguimiento y evaluación de diversas enfermedades o condiciones médicas. Su principal beneficio es brindar información precisa que apoye al equipo de salud en la toma de decisiones sobre su atención y tratamiento.

Alternativas disponibles: usted tiene la opción de aceptar o rechazar la realización de la RMN. Si así lo desea, puede consultar con el médico(a) tratante sobre otras alternativas para obtener un diagnóstico, como la tomografía axial computarizada (TAC), el ultrasonido u otros métodos de imagen que él o ella considere apropiados. El personal de salud puede explicarle en qué consiste cada opción para ayudarlo a decidir la más adecuada para usted.

Riesgos frecuentes: estos tienen relación con el poder de atracción del campo magnético del sistema de RMN, este funciona como un imán que atrae los objetos metálicos que se encuentren en el exterior, por tanto, puede moverlos de forma repentina y con mucha fuerza, lo que también incluye dispositivos de metal que se encuentran dentro del cuerpo, incluso estos se pueden calentar causándole daño a usted y al equipo.

Además, puede presentar irritación o inflamación de la piel con tatuajes, claustrofobia (miedo por sentirse encerrado), convulsiones en personas con epilepsia, mareos después del estudio.

La sedación, además, puede generar: disminución de la frecuencia de la respiración, alteraciones leves del ritmo del corazón, desorientación, problemas transitorios del comportamiento y somnolencia.

Riesgos más graves: son menos frecuentes y están relacionados principalmente con el medio de contraste, el cual puede ocasionar una reacción alérgica severa con cierre de la vía respiratoria o empeoramiento de la condición de las personas que tienen una enfermedad de los riñones o del hígado.

La sedación, además, puede generar: reacciones alérgicas, broncoaspiración (paso del contenido gástrico o

intestinal a los pulmones), apnea (ausencia de respiración), alteraciones del ritmo del corazón (excepcionalmente puede ocurrir un paro cardíaco con consecuencias en el sistema nervioso o el fallecimiento), problemas en los dientes como: pérdida de dientes, sangrado en encías, lesiones leves en la boca, trastornos de la memoria (que puede durar de días a semanas). El personal de salud atenderá oportunamente las situaciones que se presenten.

Riesgos personalizados: el profesional le explicará y dejará constancia en las observaciones de cualquier condición médica, psicológica o social que pueda representar un riesgo adicional para la realización de la RMN, por ejemplo: presencia de marcapasos, prótesis metálicas, implantes cocleares, alergias a medicamentos o materiales de contraste, claustrofobia, ansiedad severa, embarazo, entre otras.

Cuando aplique, es importante que usted informe si la persona menor de edad presenta alguna condición congénita o un error innato del metabolismo.

Dudas: consulte al profesional si tiene alguna duda respecto al procedimiento, consecuencias y riesgos derivados de este. El profesional anotará en observaciones las dudas que usted le exponga.

Observaciones: el profesional de salud deberá registrar en este recuadro los riesgos personalizados, incluyendo condiciones congénitas, errores innatos del metabolismo, alergias, así como cualquier otra información que considere relevante. Además, si fuera necesario realizar algún otro procedimiento durante la RMN, deberá anotar el tipo de procedimiento y los riesgos asociados.

Información de interés:

- Antes de ingresar a la sala de resonancia magnética (RMN), se le aplicará un cuestionario de bioseguridad. Este cuestionario sirve para saber si usted tiene implantes, cirugías recientes u otras condiciones de salud que podrían afectar la realización segura del estudio. El personal de salud le explicará cómo llenarlo y por qué es importante responder de forma completa y veraz, ya que los objetos o dispositivos metálicos no reportados pueden poner en riesgo su salud.
- Si tiene dudas sobre algún objeto metálico en su cuerpo o si usa dispositivos médicos, prótesis o expansores, debe informarlo de inmediato, aunque no esté seguro de su composición.
- Antes del estudio, se verificará que usted retire todos los objetos metálicos externos, como joyas, audífonos, llaves, tarjetas magnéticas, prótesis removibles, piercings, entre otros.
- En algunos casos, el estudio puede necesitar suspenderse temporalmente si usted tiene un implante o dispositivo cuya compatibilidad con la resonancia no se conoce.
- Si usted está embarazada o cree que podría estarlo, debe informarlo antes del estudio. En general, no hay riesgos conocidos para la mujer embarazada o su hijo(a). Sin embargo, como medida preventiva este se realizará después del primer trimestre y solo en personas que presenten enfermedades complejas o sospecha de anomalías.

- Si usted está dando lactancia materna y le van a administrar un medio de contraste para realizar la resonancia, se recomienda extraerse la leche antes del estudio, ya que el medicamento puede pasar a la leche materna y, por lo tanto, al niño o niña. El medio de contraste tarda aproximadamente 24 horas en eliminarse del cuerpo, por lo que durante ese tiempo es preferible alimentar al niño o niña con la leche extraída previamente. Después de ese período, puede continuar con la lactancia de forma normal.
- Durante el estudio, manténgase relajado y sin moverse, para que no se afecte la calidad de las imágenes. A veces, durante la RMN, se producen hallazgos imprevistos que pueden obligar a modificar la forma de hacerla y utilizar variantes de esta no contempladas inicialmente.
- Usted puede cambiar de opinión cuando lo desee, con respecto a si desea continuar con la RMN.

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado: declaro que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado, que me han explicado oralmente respecto al procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones, alternativas y me han aclarado las dudas y que conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Presenta alguno de los siguientes riesgos o condiciones? Marcapasos, implantes metálicos o electrónicos, prótesis, clips, fragmentos metálicos, implantes cocleares, alergias al medio de contraste, embarazo, claustrofobia u otra condición relevante. En caso afirmativo, especifique _____	(SI)	(NO)
¿Acepta someterse a la RMN?	(SI)	(NO)
En caso necesario: ¿Acepta someterse a la RMN con medio de contraste?	(SI)	(NO)
En caso necesario: ¿Acepta someterse a sedación o anestesia?	(SI)	(NO)
En caso necesario: ¿Acepta que se le realice el procedimiento adicional indicado por el profesional?	(SI)	(NO)
_____ Firma o huella del usuario	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma o huella del representante	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma del profesional que informa	_____ Fecha	_____ Hora
_____ Firma del profesional que realiza la intervención	_____ Fecha	_____ Hora



Firmas de los testigos: nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- ☐ Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- ☐ Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta.

_____ Nombre de la persona a la que se delega	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
_____ Nombre del testigo 1	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
_____ Nombre del testigo 2	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha

De requerirse practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

Revocatoria: en caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)

He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento o intervención que había autorizado.

_____ Nombre del usuario o del representante	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
---	-------------------------	-------------------------	----------------