

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La artrografía por resonancia magnética es un procedimiento radiológico exploratorio que consiste en la introducción de un contraste (gadolinio) dentro de una articulación por medio de una punción, guiada por rayos X.

Una vez inyectado el contraste, se estudia la articulación mediante una resonancia magnética.

La resonancia magnética es una técnica de diagnóstico por imagen, que no utiliza rayos X, sino un potente imán y ondas de radio que permiten obtener imágenes de las diferentes partes del cuerpo.

La máquina es como un túnel. Estará acostado en una cama especial y le introducirán en el campo magnético. No debe inquietarse porque estará comunicado en todo momento con el personal que le atiende a través de un micrófono y una pantalla.

El estudio dura 20-30 minutos, durante los cuales no debe moverse. La máquina produce un ruido permanente que puede ser molesto. Se le administrarán unos tapones para ello.

Al estar en el interior de la sala de Resonancia Magnética, por el efecto del imán hay que tener una serie de medidas para no poner en peligro la seguridad del paciente o interferir en la calidad de la imagen como:

- No puede llevar objetos metálicos (reloj, joyas, piercing, gafas, móvil, audífonos, mechero, horquillas, monedas, puentes dentales libres, tarjetas de crédito...). Todo ello depositelo en la antesala.
- No puede llevar maquillaje.
- Informe al personal si tiene algún tatuaje (puede hacerse la RM pero hay que vigilar la temperatura local porque puede calentarse durante la prueba).
- Informe si tiene CLAUSTRÓFOBIA.
- Informe si ha sido intervenido quirúrgicamente.
- Informe si es portador de dispositivos cardiacos (marcapasos, prótesis, STENT, DAI...), neuroestimuladores, clips de aneurismas, prótesis metálicas, grapas metálicas por alguna operación, brackets dentales...

La finalidad de la técnica es visualizar estructuras intraarticulares, así como la identificación de problemas en los ligamentos, cartílagos, tendones o en la cápsula de las diferentes articulaciones como el hombro, muñeca, cadera, rodilla o tobillo.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Por la técnica:

- Leve enrojecimiento e inflamación en la zona de la punción.
- Dolor local.

- Leve mareo transitorio.
- Extravasación del contraste administrado al tejido de partes blandas cercanas a la zona de punción.

Por el contraste administrado en caso de que pase a la sangre (situación que ocurre de forma excepcional):

- Reacciones adversas leves: náuseas, mareo, picor...incluso un pequeño hematoma en la zona de punción.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal.
- Excepcionalmente podría ocurrir una reacción más grave (shock anafiláctico...) que requiriese, en casos extremos tratamiento hospitalario.

Otros riesgos:

- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven de forma espontánea. Aunque a veces hay que recurrir a tratamiento médico.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

*Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.*

### CONTRAINDICACIONES

No podrá realizarse la prueba si:

- Sospecha de virutas metálicas en el ojo o en cualquier parte del cuerpo (restos de metralla).
- Implantes cocleares.
- Bombas implantables.
- Expansor mamario.
- Dispositivos cardiacos antiguos: marcapasos o electrodos, DAI, balón de contrapulsación, catéter de termodilución, prótesis valvulares antiguas (modelo Starr-Edwards)...
- Llevar objetos metálicos como: reloj, joyas, piercing, gafas, móvil, mechero, horquillas, monedas, puentes dentales libres, tarjetas de crédito...

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que esta técnica es la más adecuada en este momento. Si fuera necesario, se valorarán otras alternativas para su estudio.

### AUTORIZACIÓN PARA “ARTROGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA”

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

### Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: