

# Resonancia magnética

## Documento de información y consentimiento

Don/Doña ....., con D.N.I. ....,  
 o en su nombre (representante) Don/Doña .....,  
 con D.N.I ..... en calidad de .....

### ¿Qué le vamos a hacer?

Usted se va a realizar una exploración denominada Resonancia Magnética. Esta técnica utiliza un campo magnético y ondas de radiofrecuencia para obtener información de la estructura y composición de su cuerpo y la transforma en imágenes. Esta exploración no usa Rayos X.

Al realizarse bajo un campo magnético, éste puede interferir sobre objetos metálicos, por lo que está restringido el acceso a la sala de exploración si es portador de alguno: **prótesis de cualquier tipo, clips o suturas metálicas quirúrgicas, metralla o virutas metálicas (especialmente en los ojos)...** Si éste es su caso debe comunicarlo al personal sanitario de la Unidad, pudiendo realizarse o no la prueba dependiendo de la naturaleza del material, con el fin de garantizar su seguridad. Tampoco podrá acceder a la sala con objetos personales como relojes, gafas, joyas, tarjetas de crédito, etc.

Es normal oír ruido y/o sentir calor durante la exploración. Dependiendo del tipo de resonancia que se le vaya a realizar y del modelo del aparato, usted estará tumbado en una camilla en el interior de un pequeño túnel dentro de la máquina, con o sin laterales abiertos.

En todo momento será observado y vigilado por el personal sanitario que efectúa la exploración, con quien estará en contacto permanentemente. La prueba la realiza un técnico especialista que necesita de su colaboración, es importante que siga sus instrucciones para que los resultados sean óptimos, especialmente cuando le indique que permanezca inmóvil. La duración de la exploración varía dependiendo de la parte del cuerpo a explorar.

### ¿Se ha preparado para la realización de la prueba?

- En todos los casos:

**Lleva maquillaje/pintura de ojos**

Sí  No

**Lleva laca de uñas**

Sí  No

- Pruebas que requieren una preparación previa (ayunas/preparación del colon):

**Horas de ayuno** \_\_\_\_\_

Sí  No

**Enema de limpieza**

Sí  No

**Precisa preparación con CitraFleet®**

Sí  No

### Cuestionario de seguridad

Por su seguridad, necesitamos que nos cumplimente el siguiente cuestionario:

<b>Motivo por el que se realiza la prueba:</b>			
<b>¿Tiene alguna alergia?</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cuál (especifique):
<b>¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cuál (especifique):
<b>¿Padece alguna enfermedad importante?</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas renales:
			Problemas cardiacos:
			Diabetes:
			Enfermedades de la sangre (hemoglobinopatías....):
			Asma/problemas respiratorios:
			Otras:
<b>Si es mujer, ¿está usted embarazada?</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Semanas de gestación:

**¿Es usted portador de algún dispositivo o implante sensible a un campo magnético?**

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • Marcapasos, electrodo cardíaco o cerebral                                  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Clips vasculares (aneurismas)  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Dispositivos electrónicos (neuroestimuladores, electroestimuladores, etc.) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Prótesis de oídos, implante coclear  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Catéter de vía central Port-a-Cath   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Stents, válvulas cardíacas, filtros de cava                                | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Objetos metálicos en el ojo  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Tatuajes o <i>piercings</i> internos ó externos                            | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Bombas de infusión (insulina, morfina, etc.)                               | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Fragmentos metálicos (tornillos, perdigones, etc.)                         | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Prótesis dentales, implantes dentales                                      | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Expansor mamario   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Otros materiales o dispositivos, especificar<br>.....                      | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

**Algunos marcapasos y otros dispositivos implantados de última generación son compatibles con esta prueba. Deberá solicitar a su médico la información precisa (por escrito) que garantice que portar uno de esos dispositivos no contraindica la realización de la prueba. En algunos casos la propia documentación que debe llevar con el dispositivo también especifica esta característica.**

### Información para embarazadas

En la actualidad no hay evidencias que sugieran que la exposición a campos electromagnéticos durante cortos periodos de tiempo tenga efectos nocivos para el feto ni para la gestante.

### Información sobre la administración de contraste intravenoso

En algunos casos puede ser necesario administrar contraste para ampliar la información obtenida.

Este contraste puede estar contraindicado en algunos pacientes con **insuficiencia renal o síndrome hepato-renal**. Si presenta usted algunas de estas patologías comuníquelo al personal sanitario que le atiende. Fuera de estos casos este contraste suele ser inocuo y no produce molestias importantes. Excepcionalmente se han descrito reacciones alérgicas que en la inmensa mayoría de las ocasiones son leves, sin que exista ningún análisis que nos permita saber previamente en qué personas puede producirse una reacción.

Al igual que ocurre con la administración de cualquier medicamento pueden aparecer efectos secundarios leves como calor, enrojecimiento de la piel, dolor leve y, a veces, náuseas y vómitos, que ceden después de la inyección. La aparición de efectos graves, que pueden llegar al colapso cardiovascular, es excepcional (1 de cada 200.000 exploraciones); no obstante, estará controlado mientras dura toda la exploración. En cualquier caso, la Unidad está dotada de personal cualificado y de los recursos materiales necesarios para actuar con rapidez ante cualquier complicación.

La administración de contraste se realizará por vía intravenosa tras la colocación de un catéter, normalmente en el brazo. Como consecuencia del pinchazo, puede aparecer un hematoma subcutáneo en la zona, generalmente pequeño y autolimitado, que desaparecerá en pocos días.

Una vez finalizada la prueba podrá hacer vida normal. Si necesita alguna aclaración o explicación adicional, no dude en solicitarla al personal sanitario que le atiende.

#### 1. Autorización para realización de la prueba

**Consiento la realización de una exploración mediante Resonancia Magnética.**

Firma del paciente/representante,

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico

Nº Colegiado \_\_\_\_\_

#### 2. Autorización para administración de contraste

**Consiento la administración de contraste en caso necesario.**

Firma del paciente/representante,

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico

Nº Colegiado \_\_\_\_\_

#### 3. Autorización para la prueba en caso de estar embarazada

**Consiento la realización de la prueba.**

Firma del paciente/representante,

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico

Nº Colegiado \_\_\_\_\_

#### 4. Revocación

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, y de las alternativas posibles, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (*táchese lo que no proceda*) de consentimiento para la realización de la prueba y/o administración de contraste (*táchese lo que no proceda*), haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Firma del paciente/representante (\*),

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico,

Nº Colegiado \_\_\_\_\_

(\*)Datos del representante (si procede): Don/Doña ....., con D.N.I ..... en calidad de .....