



## ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PRIMERA DE SOCORROS MUTUOS

---

### CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTELLOGRAMA ÓSEO

#### **INFORMACIÓN GENERAL:**

Es un procedimiento no invasivo que se indica para investigar la presencia de lesiones en el hueso, sus características y localización. Mediante este estudio es posible diagnosticar lesiones óseas de diferente etiología tales como tumores malignos, benignos, primarios o secundarios, procesos infecciosos, inflamatorios o degenerativos, fracturas por estrés u ocultas para otros métodos diagnósticos, e infartos óseos.

El objetivo del estudio es la evaluación del esqueleto con el fin de conocer si existen lesiones de diferente tipo, según la situación clínica: metástasis de diferentes tipos de cáncer (principalmente mama, próstata y pulmón), infecciones, fracturas ocultas, etc. También sirve para evaluar la respuesta a un determinado tratamiento o conocer la evolución en el tiempo de enfermedades que afectan el hueso.

#### **EN QUÉ CONSISTE EL CENTELLOGRAMA ÓSEO**

Se inyecta una dosis de material radioactivo (radiofármaco) que se fija en todo el esqueleto, con mayor intensidad en aquellos lugares donde la formación de tejido óseo es más activa. Por lo tanto, permite detectar los intentos de reparación del hueso frente a cualquier agresión siendo esta la base del diagnóstico. El radiofármaco se administra por vía intravenosa, luego de lo cual se debe esperar un mínimo de 2 hs para la realización de las imágenes en un equipo llamado gammacámara.

En general, se puede determinar la causa de una lesión según las características de la imagen, pero a veces no se llega a definir la misma al ser indistinguible entre varias posibilidades (método sensible pero inespecífico). La ventaja del estudio es que detecta alteraciones a veces no visibles con métodos radiológicos y posibilita la exploración de todo el cuerpo en una sesión única.

El beneficio del estudio consiste en que el médico contará con información sobre el estado de todo el esqueleto (si hay compromiso de uno o más huesos), tipo de lesiones, saber si un cáncer se encuentra diseminado, investigar si un dolor responde a una patología ósea, etc. permitiendo así tomar decisiones respecto al tratamiento más adecuado, o a la realización de otros estudios complementarios que estime necesarios.

#### **CONSECUENCIAS PROBABLES DE LA NO REALIZACIÓN DEL CENTELLOGRAMA ÓSEO:**

La no realización del estudio podría retrasar o impedir un diagnóstico correcto, evitando la instalación precoz y adecuada del tratamiento correspondiente.

#### **RIESGOS DEL CENTELLOGRAMA ÓSEO:**

El estudio no reviste riesgo para el paciente. La dosis de radioactividad que recibe es similar a la que se expondría por un estudio radiológico convencional. Sin embargo, el estudio no debería realizarse a mujeres embarazadas salvo justificación especial.

Eventos leves, frecuentes: No han sido reportados.

Eventos leves, poco frecuentes: Las reacciones alérgicas al radiofármaco son muy raras y en general de grado leve.

Eventos graves: No han sido reportados.

#### **RIESGOS PERSONALIZADOS:**

---

#### **Interacciones con otros procedimientos:**

El mismo día del estudio el paciente no debe ser sometido a otro procedimiento diagnóstico que implique mantener ayudo, ni tampoco uso previo de contrastes radiológicos para estudios del tubo digestivo (contrastes baritados) ya que

pueden interferir con la imagen centellográfica.

**Contraindicaciones:**

El embarazo es contraindicación formal para cualquier estudio con radiaciones, salvo que el beneficio esperado del mismo exceda el riesgo potencial de daño al embrión o al feto, el cual es sin embargo muy bajo.

**Restricciones:**

En general, no suele existir interferencia con otros medicamentos o procedimientos terapéuticos (excepto estudios baritados mencionados más arriba), pero es conveniente que comunique a la enfermera, médico o técnico si está recibiendo algún tratamiento especial o si tiene otra patología de importancia.

El estudio no puede ser realizado en los pacientes con peso mayor a los 130 Kg, lo cual obedece a la tolerancia máxima soportada por la camilla del equipo y por recomendación de los fabricantes.

**PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:**

Para obtener información de similares características al centellograma óseo, los procedimientos alternativos incluyen radiografías, tomografía computada o resonancia magnética.

**SI DESPUES DE LEER DETENIDAMENTE ESTE DOCUMENTO DESEA MÁS INFORMACIÓN, POR FAVOR, NO DUDE EN PREGUNTAR AL ESPECIALISTA RESPONSABLE, QUE LE RESPONDERÁ CON MUCHO GUSTO.**

## CONSENTIMIENTO

Habiendo recibido voluntariamente, información adecuada, suficiente y clara, quien(es) suscribe(n), en la calidad que junto a sus datos personales se expresa y sabiendo que se puede revocar el consentimiento en cualquier momento y sin expresión de causa, acepta le sea practicada un centellograma óseo, a la persona individualizada como socio al pie del presente, indicada por el médico tratante con las características precedentemente explicitadas en este instrumento, del cual ha(n) recibido un ejemplar, que ha sido leído y entendido en su totalidad; y, a su respecto, declara(n) que:

- 1) la información que luce en el presente documento es solo una parte de la extensa y suficiente información recibida de parte del médico tratante en todo lo relacionado con el acto médico a practicarse.
- 2) acepta(n) la duración de la internación y las condiciones que el alta médica supone en cada caso;
- 3) ha(n) tenido la oportunidad de negarse a recibir la atención médica y a que se explicaran las consecuencias de esta negativa;
- 4) en definitiva, ha(n) recibido toda la información necesaria para formar su juicio en la aceptación del referido acto y ha(n) comprendido, luego de haber tenido la oportunidad de aclarar las dudas, incluyendo beneficios y riesgos, todas las instancias que se vinculan al mismo.

Y, para que así conste, en señal de ratificación de lo antes expresado se firma el presente en Montevideo a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

MÉDICO TRATANTE.

NOMBRE \_\_\_\_\_

El firmante deja constancia: que el paciente si/no se encuentra capacitado para recibir la información, comprenderla y dar su consentimiento al procedimiento propuesto.

FIRMA \_\_\_\_\_

SOCIO

NOMBRE \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

## NIÑO O PACIENTE IMPOSIBILITADO DE OTORGAR EL CONSENTIMIENTO.-

**Niños:** El firmante deja constancia que si bien se ha proporcionado en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades, información al paciente (niño), el mismo no se encuentra capacitado para valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento

**Imposibilitados:** El firmante deja constancia que el paciente se encuentra imposibilitado de recibir la información, valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento.

FIRMA \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL SOCIO \_\_\_\_\_ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA \_\_\_\_\_

## DERECHO A NO OTORGAR CONSENTIMIENTO / REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En este acto se me ha informado que tengo el derecho a no consentir la realización del procedimiento \_\_\_\_\_ planteado y se me han explicado las consecuencias de dicha decisión.

Asimismo, se me explicó que en cualquier momento tengo la facultad de revocar este consentimiento, sin manifestar motivo alguno.

### NEGATIVA DE CONSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria que, habiendo sido debidamente informado respecto del procedimiento de \_\_\_\_\_, no consiento su realización.

FIRMA \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL SOCIO \_\_\_\_\_ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA \_\_\_\_\_

### REVOCACIÓN DEL COSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria mi intención de revocar el consentimiento otorgado con fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, para realizar el procedimiento de \_\_\_\_\_.

FIRMA \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL SOCIO \_\_\_\_\_ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA \_\_\_\_\_