

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ERGOMETRÍA SIMPLE

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una prueba que se realiza a pacientes con enfermedades del corazón o con sospecha de padecerlas.

Se trata de comprobar la respuesta del corazón al ejercicio físico controlado (ergometría). También se utiliza para valorar la aparición de síntomas o arritmias inducidos por el ejercicio, para evaluar la capacidad funcional y la respuesta de la presión arterial, así como para diagnosticar la isquemia cardíaca o valorar su pronóstico.

Se realiza caminando sobre una cinta rodante, la cual aumenta de velocidad e inclinación de manera progresiva.

Durante la prueba, se registra continuamente el electrocardiograma del paciente, así como la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

La prueba se detendrá si aparecieran síntomas o signos alarmantes.

La finalidad es valorar la respuesta del corazón al ejercicio físico controlado para detectar anomalías.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

Riesgos frecuentes:

- Mareo.
- Dolor en el pecho.
- Palpitaciones.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Elevación de la tensión arterial.
- Desvanecimiento.
- Arritmias (alteración del ritmo cardíaco), graves.
- Insuficiencia cardíaca.
- Infarto agudo de miocardio (de forma muy excepcional).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces hay que recurrir a otro tipo de tratamientos para resolverlos.

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.

CONTRAINDICACIONES

El médico en su caso podrá no realizar la prueba si considera que existe:

- Situaciones de inestabilidad clínica no controlada.
- Cifras de tensión arterial basales muy elevadas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA “ERGOMETRÍA SIMPLE”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con el D./D^a. , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, 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

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 _____,

Fdo. Paciente: