

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR (ERGOMETRÍA CON ANÁLISIS DE GASES RESPIRATORIOS)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La prueba de esfuerzo sirve para conocer la respuesta del corazón al esfuerzo físico. Nos ayuda a detectar algunas enfermedades cardíacas, o a comprobar si un tratamiento es eficaz. También nos informa del grado de incapacidad que provoca una enfermedad o si es necesario completar el estudio del paciente con alguna otra prueba diagnóstica.

A veces, se usa para controlar los entrenamientos en deportistas y planificar los programas de rehabilitación cardiopulmonar.

La prueba consiste en andar sobre una cinta rodante o pedalear en una bicicleta fija. Se empieza el ejercicio de forma lenta y poco a poco se aumenta de forma progresiva, y cada cierto tiempo, la velocidad, la pendiente y el nivel de carga.

Durante el tiempo que dura la prueba se controla la presión arterial, el pulso y se registra el electrocardiograma de forma continua a través de un monitor, para analizar las variaciones.

La prueba se detiene si aparecen síntomas y signos alarmantes (dificultad para respirar, molestias en las piernas, cansancio físico, dolor en el pecho, etc).

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Es normal y habitual la sensación de cansancio y sudoración durante el ejercicio físico, dependiendo del estado de forma física y la intensidad del mismo y el aumento ligero de las cifras de tensión arterial.

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)

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> 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 "PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR (ERGOMETRÍA CON ANÁLISIS DE GASES RESPIRATORIOS)"

Yo, D./D^a , como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, parente/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.^a , 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. |
| | Col. Nº: |
| DNI/NIE o pasaporte: | Servicio de |

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: