

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PRUEBA DE ESFUERZO CONVENCIONAL (ERGOMETRÍA)**

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **PRUEBA DE ESFUERZO CONVENCIONAL (ERGOMETRÍA)** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

1- ¿QUÉ ES?

ES UNA PRUEBA NO INVASIVA CON FINES DIAGNÓSTICOS O PRONÓSTICOS PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL CORAZÓN O CON SOSPECHA DE ELLA. TAMBIÉN SIRVE PARA EXCLUIR ALGUNOS DIAGNÓSTICOS CARDIOLÓGICOS.

2- ¿PARA QUÉ SIRVE?

PERMITE COMPROBAR LA RESPUESTA DEL CORAZÓN AL EJERCICIO FÍSICO CONTROLADO. EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE SE UTILIZA PARA VALORAR LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS O ARRITMIAS INDUCIDAS POR EL EJERCICIO, EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL NO INVASIVA, RESPUESTA AL EJERCICIO DE ALGUNAS ARRITMIAS, RESPUESTA DE LA TENSIÓN ARTERIAL Y PARA EL DIAGNÓSTICO DE ISQUEMIA CARDIACA, QUE PUEDE APARECER CON EL EJERCICIO EN ALGUNAS CARDIOPATÍAS.

3- ¿CÓMO SE REALIZA?

SE REALIZA CAMINANDO POR UNA CINTA RODANTE O PEDALEANDO EN BICICLETA ERGOMÉTRICA. MIENTRAS TANTO, SE AUMENTA LA VELOCIDAD PROGRESIVAMENTE Y/O LA PENDIENTE, O EL NIVEL DE CARGA (RESISTENCIA) DE LA BICICLETA. LA DURACIÓN DE LA PRUEBA SUELE SER DE 8-12 MIN.

DURANTE LA EXPLORACIÓN SE CONTROLA LA PRESIÓN ARTERIAL, LA FRECUENCIA DEL PULSO Y EL ELECTROCARDIOGRAMA, PARA ANALIZAR SUS VARIACIONES. LA PRUEBA SE SUSPENDE SI APARECEN SÍNTOMAS O SIGNOS ALARMANTES.

GENERALMENTE HAY UN AUMENTO PROGRESIVO DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y DE LA FRECUENCIA CARDIACA. SUELE TERMINARSE LA PRUEBA POR CANSANCIO MUSCULAR, DOLORES EN LAS PIERNAS O FATIGA, QUE DESAPARECEN O SE ALIVIAN AL CESAR EL ESFUERZO. PUEDE HABER CAMBIOS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA QUE NO IMPLICAN NINGÚN RIESGO.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

RIESGOS FRECUENTES: PUEDEN HABER SÍNTOMAS COMO LAS PALPITACIONES, EL MAREO O CANSANCIO Y/O CALAMBRES EN LAS PIERNAS. TAMBIÉN PUEDE HABER AUMENTO O DISMINUCIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

RIESGOS INFRECUENTES: DOLOR TORÁCICO ANGINOSO, SÍNCOPE Y LAS ARRITMIAS VENTRICULARES, QUE IMPLICAN LA TERMINACIÓN DE LA PRUEBA. ES EXCEPCIONAL QUE UNA COMPLICACIÓN DEJE SECUELAS.

RIESGOS PERSONALIZADOS.....

SI APARECEN COMPLICACIONES, EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA ESTÁN CAPACITADOS Y DISPONEN DE LOS MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

5- ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

ESTA EXPLORACIÓN ESTÁ INDICADA PREFERENTEMENTE EN SU CASO

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO NO DUDE EN PEDIR CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL *

EL MÉDICO DR./DRA. _____ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE _____. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. _____.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. _____ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN _____.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. _____ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO _____, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

HOSPITAL _____ Hª CLÍNICA Nº _____ SERVICIO _____

HABITACIÓN / CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ LOCALIDAD _____

TESTIGO

YO, D. _____ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. _____ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. _____.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE _____.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: _____

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. _____ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA _____ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. _____ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE _____.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor