

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	CÓDIGO: GM-M1-11-F1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA DE ESFUERZO	VERSIÓN: 02
		PAGINA: 1 DE 4

## INFORMACIÓN.

### 1. ¿QUE ES?

Es una prueba que consiste en evaluar el estado cardiovascular mediante la realización de ejercicio, lo cual permite establecer la capacidad física, el comportamiento de la presión arterial y frecuencia cardiaca y el electrocardiograma tanto en reposo, como durante la actividad física.

### 2. INDICACIONES.

Está indicada para la evaluación de pacientes con dolor torácico en quien se sospecha puede tener obstrucción de las arterias coronarias. También es útil para el seguimiento de pacientes que tienen enfermedad coronaria conocida, algunos con enfermedad valvular, arritmias, enfermedad pulmonar, pacientes con fatiga. Se usa para evaluación de atletas. Es frecuentemente usada como parte de chequeos ejecutivos.

### 3. ¿COMO SE REALIZA?

El paciente debe tener ayuno y conocer y haber firmado el consentimiento informado. Requiere con ropa cómoda y adecuada para realizar ejercicio. Se toma presión arterial y electrocardiograma antes, durante y al final del ejercicio. El paciente debe caminar sobre una banda sin fin que está conectada a un computador que controla la inclinación y la velocidad lo cual va incrementado de acuerdo a un protocolo preestablecido. La prueba termina cuando el paciente lo solicite por haberse fatigado, cuando alcance la frecuencia cardiaca preestablecida como segura para el paciente, cuando se presente alguna anomalía como cambios en el electrocardiograma, hipertensión arterial severa, hipotensión, mareo o cualquier sintomatología molesta o que indique riesgo.

El tiempo de la prueba es aproximadamente 60 minutos.

### 4. ¿QUE CONTRAINDICACIONES TIENE EL ESTUDIO?

El estudio no puede realizarse si usted no está de acuerdo y no firma el consentimiento informado. Está contraindicado de manera absoluta en pacientes seleccionados con estenosis aórtica severa, disección aórtica aguda, síndrome coronario inestable, pacientes seleccionados con cardiomiopatía hipertrófica obstructiva. Son contraindicaciones relativas el potasio bajo, presencia de trombos dentro del corazón, aneurisma intracraneal conocido, aneurisma de aorta abdominal sintomático, arritmias ventriculares severas, bloqueo aurículoventricular severo sin marcapaso, hipertensión arterial no controlada, fibrilación auricular con frecuencia cardiaca no controlada.

### 5. QUE RIESGOS TENGO EN LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA?

En general es una prueba segura, en la cual se tiene amplia experiencia con baja probabilidad de complicaciones.

Sin embargo, está descrito las siguientes complicaciones mayores: mortalidad debido a fibrilación ventricular o rotura cardiaca (menos de 0,01%); infarto de miocardio (0,02%); accidente cerebrovascular (menos del 0,01%); asistolia (menos del 0,01%); fibrilación ventricular (0,04%); taquicardia ventricular sostenida (0,15%); arritmias supraventriculares (7,8%); fibrilación auricular (0,9%); bloqueo aurículoventricular (0,23%); espasmo coronario (0,14%); hipotensión severa (1,7%) hipertensión severa (1,3%)

Elaborado por: Coordinación de Medicina Nuclear y Cardiología no Invasiva	Aprobado por: Líder de Calidad
Fecha: 25/11/2015	Fecha: 30/11/2015

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	CÓDIGO: GM-M1-11-F1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA DE ESFUERZO	VERSIÓN: 02
		PAGINA: 2 DE 4

El médico que le solicitó el estudio, ha considerado que está indicado y es importante como parte de la evaluación de su situación clínica; de tal manera, que el beneficio de la información obtenida con este estudio debe superar los riesgos de su realización. Algunos pacientes pueden presentar dolor torácico o desmayo.

#### 6. ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

Medicina nuclear, ecocardiograma estrés con estímulo farmacológico, cateterismo cardiaco o arteriografía coronaria.

#### II. DECLARACIONES Y FIRMAS.

Usted debe saber que existe disponibilidad absoluta por parte del médico y equipo de enfermería que le está ampliando la información, si usted así lo desea.

#### PACIENTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL.

He recibido información acerca de los puntos indicados en los apartados previos, complicaciones, riesgos, así como alternativas diferentes al procedimiento. He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el equipo médico y su personal ayudante me realicen el procedimiento de prueba de esfuerzo.

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas acerca del procedimiento.

\_\_\_\_\_  
FIRMA.  
ID No.

\_\_\_\_\_  
NOMBRES Y APELLIDOS.

El equipo de trabajo de Cardiología No Invasiva de Servicios Especializados FCB ha informado al paciente y/o a su representante legal, el propósito y naturaleza del procedimiento Prueba de esfuerzo así como sus riesgos y alternativas.

\_\_\_\_\_  
FIRMA MEDICO RESPONSABLE

REGISTRO MEDICO: \_\_\_\_\_.

Elaborado por: Coordinación de Medicina Nuclear y Cardiología no Invasiva
Fecha: 25/11/2015

Aprobado por: Líder de Calidad
Fecha: 30/11/2015

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	CÓDIGO: GM-M1-11-F1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA DE ESFUERZO	VERSIÓN: 02
		PAGINA: 3 DE 4

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con fecha .....revoco el consentimiento prestado y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma del Médico: \_\_\_\_\_

### CHEQUEO SEGURIDAD DE PREPARACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

De acuerdo a la información recibida acerca de las indicaciones del procedimiento o si en su caso amerita consentimiento informado responda:

PREGUNTA	SI	NO
1. Ha comprendido la información que se le dio acerca del procedimiento que se le va a realizar?		
2. Recibió las indicaciones que debía seguir para la toma del procedimiento?		
3. Siguió la preparación requerida para el procedimiento.		
4. Conoce usted los riesgos del procedimiento que se le va a realizar?		

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

Elaborado por: Coordinación de Medicina Nuclear y Cardiología no Invasiva
Fecha: 25/11/2015

Aprobado por: Líder de Calidad
Fecha: 30/11/2015



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

CÓDIGO: GM-M1-11-F1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA DE  
ESFUERZO

VERSIÓN: 02

PAGINA: 4 DE 4

### REGISTRO DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCEDIMIENTO

Estado Ingreso		Estado Egreso		SV Ingreso	SV Egreso	OBSERVACIONES
Consciente y alerta		Consciente y alerta		TA:	TA:	
Somnoliento		Somnoliento		FC:	FC:	
Inconsciente		Inconsciente		FR:	FR:	

Hora de Egreso: \_\_\_\_\_

Firma Auxiliar: \_\_\_\_\_

Elaborado por: Coordinación de Medicina Nuclear y  
Cardiología no Invasiva

Fecha: 25/11/2015

Aprobado por: Líder de Calidad

Fecha: 30/11/2015