	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO: GM-M1-03-F1
	HOLTER DE PRESIÓN ARTERIAL	VERSIÓN: 03
		PAGINA: 1 DE 1

## I. INFORMACIÓN

### 1. ¿QUE ES?

Prueba diagnóstica que permite el registro de las cifras de tensión arterial de forma intermitente durante un periodo de tiempo de 24 horas, de manera ambulatoria. El registro se realiza mediante el empleo de un tensiómetro acoplado a un sistema electrónico para su registro y posterior análisis. .

### 2. ¿QUE FINALIDAD TIENE?

El estudio de monitoria ambulatoria de la presión arterial HOLTER DE PRESIÓN ARTERIAL, es una prueba diagnóstica segura y sencilla que permite evaluar el comportamiento de la presión arterial en personas con sospecha de padecerla, en quienes se sospecha hipertensión de bata blanca que se observa en personas con hipertensión arterial en el consultorio pero presión normal fuera de ese escenario y para verificar que el tratamiento de la presión arterial sin o con medicamentos está cumpliendo las metas que el médico le haya establecido al paciente. Permite realizar seguimiento de los pacientes hipertensos de difícil control y valorar la respuesta a diferentes tratamientos antihipertensivos o sus posibles modificaciones. Permite identificar caídas bruscas de tensión arterial en pacientes que por ejemplo presentan síncope de repetición.

### 3. ¿COMO SE REALIZA?


El paciente debe asistir al consultorio para la instalación del tensiómetro acoplado al dispositivo electrónico. El manguito se coloca en uno de los brazos y el dispositivo electrónico acoplado al cuerpo y accesorio destinado para tal fin. El estudio se realiza de forma ambulatoria, puesto que una vez colocado, el paciente puede proseguir con su actividad diaria habitual. Durante el registro el manguito se infla y desinfla de forma programada para realizar diferentes medidas de las cifras de tensión arterial; el paciente debe intentar mantener el brazo inmóvil mientras el manguito permanezca insuflado.

Al paciente se le solicitará que anote determinadas circunstancias que a lo largo del día puedan producir variaciones en sus cifras de tensión arterial tales como las horas en las que realiza las diferentes comidas, la toma de determinados fármacos, la realización de esfuerzos físicos, la hora en la que inicia el descanso nocturno y cualquier circunstancia que considere relevante.

### 4. QUÉ SE SIENTE DURANTE Y DESPUÉS DEL ESTUDIO?

Puede presentarse ocasionalmente molestia en el brazo por la presión que puede ejercer el manguito durante la insuflación, sobre todo cuando el paciente tiene presión arterial severamente elevada. Esta molestia puede ser dolor, hormigueo, sensación de frialdad en la mano, todo lo cual mejora cuando el brazalete se desinfla. Ocasionalmente se

Elaborado por: Coordinación de Medicina Nuclear y Cardiología no Invasiva	Aprobado por: Líder de Calidad
Fecha: 17/12/2015	Fecha: 19/12/2015

	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO: GM-M1-03-F1
	HOLTER DE PRESIÓN ARTERIAL	VERSIÓN: 03
		PÁGINA: 2 DE 1

produce irritación de la piel por el material del brazalete, lo cual no implica ningún riesgo y mejora espontáneamente luego de ser retirado. De presentarse cualquier situación, el personal encargado de atenderlo le dará la indicación apropiada.

## 5. ¿QUE RIESGOS TIENE?

El estudio no tiene riesgos para el paciente. En pieles sensibles puede aparecer irritación (dermatitis de contacto) o un pequeño hematoma superficial en la zona sobre la cual se sitúa el manguito.

## 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.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el equipo médico y su personal ayudante me realicen el procedimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas con respecto al procedimiento.

\_\_\_\_\_  
FIRMA.  
DI 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 de Holter de Presión, así como sus riesgos y alternativas

FIRMA MEDICO RESPONSABLE \_\_\_\_\_ REGISTRO MEDICO: \_\_\_\_\_

Elaborado por: Coordinación de Medicina Nuclear y Cardiología no Invasiva
Fecha: 17/12/2015

Aprobado por: Líder de Calidad
Fecha: 19/12/2015

	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO: GM-M1-03-F1
	HOLTER DE PRESIÓN ARTERIAL	VERSIÓN: 03
		PAGINA: 3 DE 1

### 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: \_\_\_\_\_

NO COPIAR

Elaborado por: Coordinación de Medicina Nuclear y Cardiología no Invasiva
Fecha: 17/12/2015

Aprobado por: Líder de Calidad
Fecha: 19/12/2015