

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
ELECTROCARDIOGRAMA DE EJERCICIO O ERGOMETRIA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO

El Electrocardiograma de Ejercicio (esfuerzo), es un examen de diagnóstico cardiológico, de indicación médica, su objetivo es detectar o confirmar la presencia de enfermedades cardiovasculares, mediante este examen se puede detectar obstrucción de las arterias coronarias, arritmias, hipertensión arterial y capacidad para realizar ejercicio; se utiliza en la pesquisa de Isquemia Miocárdica o reducción del flujo sanguíneo al músculo del corazón producida por la obstrucción de las arterias coronarias, por depósitos de colesterol y otros elementos que forman ateromas o placas ubicadas en la pared de la arteria y disminuyen su diámetro ocluyendo el paso de la sangre lo que puede provocar un Infarto Cardíaco. Esta es una enfermedad grave, con una mortalidad cercana al 20% en los pacientes que la presentan, con complicaciones posteriores como re infarto, insuficiencia cardíaca y mayor mortalidad.

Algunas personas presentan una angina clásica y otros refieren dolores torácicos sospechosos, pero no típicos de enfermedad coronaria. Mediante este examen se busca detectar la aparición de alteraciones electrocardiográficas aumentando – con el ejercicio - la frecuencia cardíaca del paciente.

Descripción De Procedimiento:

Consiste en el registro seriado del electrocardiograma y presión arterial en condiciones de reposo, y luego mientras el paciente camina en un tapiz rodante, que aumenta velocidad y pendiente, en etapas progresivas del esfuerzo físico. El objetivo de la prueba es alcanzar el 85% de la frecuencia cardíaca máxima definida por la fórmula de 220-edad.

El ejercicio implica etapas progresivas de esfuerzo creciente. Si presentara alguna molestia durante la prueba, debe informar al médico supervisor y detener el test. Los síntomas que puede sentir son sensación de opresión o dolor en el pecho, náuseas, dificultad para respirar o dolor articular o muscular que le impidan continuar. Deberá avisar al momento que se inicie y debido a ello a veces la prueba puede ser suspendida.

La prueba se considera positiva si se observa alteración electrocardiográfica o aparece angina típica pero también permite detectar otras alteraciones como ser alzas de presión o en sentido inverso caída de la presión o imposibilidad de subir la presión con el esfuerzo físico, aparición o desaparición de arritmias supraventriculares o ventriculares y por ultimo definir en forma más específica la capacidad funcional de cada paciente según estándares determinados por la edad y calificados por reglas internacionales

Ventajas del Procedimiento

1. Diagnosticar isquemia miocárdica, cuando existe alteración específica del electrocardiograma, dolor anginoso, arritmias ventriculares o caída de la presión arterial con el esfuerzo físico determinando la necesidad de una prueba más específica para conocer la anatomía de las arterias coronarias.
2. Descartar enfermedad coronaria significativa, en pacientes con factores de riesgo y prueba de ejercicio normal.
3. Evaluar presencia de isquemia y capacidad funcional en pacientes convalecientes de infarto, angioplastia o, cirugía cardiaca.

Exámenes alternativos

Para la evaluación de las enfermedades descritas existen otras dos técnicas no invasivas:

Ecocardiografía Estrés Dobutamina/dipiridamol: examen donde se estimula farmacológicamente el corazón con (Dobutamina, adenosina o dipiridamol) y se analiza la contracción miocárdica por ultrasonido o ecocardiografía.

Cintigrafía Miocárdica: examen que utiliza la inyección de un medio radiactivo y de un medicamento vasodilatador llamado Dipiridamol para evaluar las arterias coronaria. Sus resultados y conclusiones son en general comparables a la ecografía de estrés con Dobutamina/dipiridamol.

Complicaciones

Este examen se realiza con mucha frecuencia en todo el mundo y su utilidad está firmemente confirmada presentando una baja probabilidad de complicaciones, dentro de las cuales están:

- Arritmias cardiacas
- Baja o aumento de la presión arterial en un porcentaje bajo, que desaparecen suspendiendo la prueba.
- Pérdida de conciencia
- En un porcentaje muy bajo, de 1 por 10.000 exámenes, se puede producir un paro cardiaco, con riesgo de muerte.

El examen lo supervisa un cardiólogo y lo efectúa un médico o enfermera y una auxiliar de enfermería, Se monitoriza la frecuencia cardiaca en forma continua y se cuenta con toda la implementación para manejar los mínimos riesgos que se producen.

Excepcionalmente, puede suceder que durante el procedimiento se encuentren condiciones y/o complicaciones o patologías que hagan necesario realizar procedimientos adicionales e incluso la necesidad de ser hospitalizado.

Indicaciones Para el día del Examen

- Si el paciente pesa sobre 160 kg. no se puede realizar el examen.
- Si el paciente se encuentra en tratamiento con medicamentos, no debe suspenderlos salvo indicación expresa de su médico tratante.
- No fumar el día del examen
- No consumir café una hora antes del examen.
- Régimen liviano hasta 3 horas. antes del examen
- Venir con ropa cómoda y zapatos bajos o zapatillas para **caminar rápido** (no chalas).
- Traer orden médica y exámenes cardiológicos anteriores si los tiene.
- Presentarse **15 minutos antes** para trámites de recepción.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el procedimiento de **Electrocardiograma de Ejercicio o Ergometría,** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO DE ELECTROCARDIOGRAMA DE EJERCICIO O ERGOMETRIA, por el Dr.(a) _____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)