

Consentimiento informado para **PRUEBA ERGOMÉTRICA GRADUADA/ECO ESTRÉS**

¿Qué es?

Es una prueba con fines diagnósticos o pronósticos para paciente con enfermedades del corazón, o con sospecha de enfermedad de las arterias coronarias.

¿Para que sirve?

Permite comprobar la respuesta del corazón al ejercicio físico controlado. Sirve además para valorar la capacidad global de su organismo ante dicho esfuerzo y poder medir, si procede, al consumo de oxígeno respirado.

¿Cómo se realiza?

Se realiza pedaleando en bicicleta ergométrica o en un ergómetro específico. Mientras tanto se aumenta progresivamente la velocidad o el nivel de carga de la bicicleta o del ergómetro, en periodos de tiempo determinados. Durante toda la exploración se controlan la presión arterial, la frecuencia del pulso y el electrocardiograma, para analizar sus variaciones. La prueba se detendrá si aparecieran síntomas o signos alarmantes.

¿Qué riesgos tiene?

Pueden existir síntomas (cansancio muscular, mareo, angina de pecho, dolor en las piernas) o signos (hipertensión arterial) que se aliviarán o desaparecerán al cesar la actividad física. En ciertos casos de enfermedad coronaria importante pudieran presentarse trastornos del ritmo cardíaco graves, síncope y muy ocasionalmente infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca. El riesgo de muerte es excepcional (1 por 10.000). Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales son.....

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y auxiliares que le atienden esta capacitados y disponen de los medios para tratar de resolverlas.

¿Hay otras alternativas?

Esta exploración está indicada preferentemente en su caso.

Antes de firmar este formulario, no dude en solicitar cualquier aclaración adicional que desee.

Fecha:.....

Paciente:.....

Me han explicado de forma satisfactoria cómo se realiza y para que sirve el estudio. También me han explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, y que es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual. He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que me realicen el estudio. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Firma

DNI



**CENTRO
MÉDICO
CAPITAL**

- **MEDICINA CARDIOVASCULAR**
- **MEDICINA RESPIRATORIA**
- **DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES**
- **CLÍNICA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS:**
 - CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
 - CIRUGÍA TORÁCICA
 - CLÍNICA MÉDICA
 - DIABETOLOGÍA
 - ENDOCRINOLOGÍA
 - GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
 - INFECTOLOGÍA
 - MEDICINA DEL VIAJERO
 - NUTRICIÓN
- **DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

Avenida 60 N° 462
La Plata, Buenos Aires,
Argentina.

+54.221.482-3629
+54.221.489-4480

info@centromedicocapital.com.ar
www.centromedicocapital.com.ar