



I.P.S.: INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE RISARALDA

Fecha ____ / ____ / ____

Yo _____ identificado con CC N° _____ he sido informado por el Dr.(a) _____, acerca del motivo o causa por la cual se solicitó el estudio que me será realizado.

Debido a la sospecha de enfermedad coronaria por los síntomas clínicos que presento, mi medico tratante ha solicitado el procedimiento diagnostico al cual debo ser sometido denominado **PRUEBA DE ESFUERZO**, estudio que consiste en estudiar la actividad eléctrica del corazón (electrocardiograma), tanto en reposo como durante el ejercicio utilizado un equipo que registra en una pantalla en forma continua dicha actividad eléctrica. Para el ejercicio debo caminar sobre una banda sin fin como las utilizadas en los gimnasios para entrenamiento físico. Esta banda permite incrementar en forma progresiva la velocidad y la inclinación o pendiente de la banda. El objetivo de caminar en la banda es el de aumentar la frecuencia y la fuerza de contracción del corazón (como sucede normalmente cuando se realiza ejercicio), lo cual permite descubrir si existen obstrucciones importantes en mis arterias coronarias, las cuales se manifestaran como un trastorno en la actividad eléctrica del corazón permitiendo establecer con un porcentaje de certeza adecuado si existe o no obstrucción (es) coronarias significativas que puedan poner en peligro mi salud y mi vida. Igualmente permite determinar si existen trastornos del ritmo relacionados con el ejercicio (arritmias cardiacas), evaluar como se comporta la frecuencia cardiaca y la presión arterial durante el ejercicio (si el incremento es adecuado o inadecuado en relación con el grado de ejercicio), determinar la capacidad física del paciente: y en caso de que la prueba indique la presencia de enfermedad coronaria, ayuda a determinar el pronostico del paciente en cuanto al desarrollo posterior de un evento cardiovascular (muerte de origen cardiaco o infarto cardiaco) relacionado con su enfermedad coronaria.

Me ha informado de los riesgos, ventajas y beneficios del procedimiento, así como sobre la posibilidad de estudios alternativos como Perfusión miocárdica con Medicina Nuclear (con estrés farmacológico o con ejercicio), Ecocardiografia con estrés Farmacológico y el Cateterismo Cardiaco Izquierdo con Coronariografía. Se ha referido también a las consecuencias de no realizar el procedimiento diagnostico como el no aclarar el diagnostico de enfermedad coronaria, la cual de estar presente y ante la no realización del diagnostico y el respectivo manejo, me proporciona riesgo de desarrollar un evento coronario agudo en el futuro que me pueda ocasionar un infarto cardiaco o la muerte. Es importante anotar que se me explico especialmente sobre el riesgo bajo pero existente con la realización del estudio de complicaciones que incluyen desarrollo de trastornos del ritmo cardiaco, alteración del estado de conciencia, incremento anormal de la presión arterial que puede llevar a crisis hipertensiva (en pacientes hipertensos no controlados), desarrollo de isquemia cardiaca que puede conducir a un infarto cardiaco e incluso la muerte.

Para el estudio se me ha recomendado previamente (24 a 48 horas antes) suspender medicamentos que no permiten incrementar la frecuencia cardiaca como es el caso de medicamentos denominados calcioantagonistas (verapamilo, diltiazem, etc) y B/bloqueadores (Metoprolol, Betaloc, Beloc, Ziac, concor, proparnolol, atenolol, bisoprolol, tarka etc).

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido resueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma conciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice la PRUEBA DE ESFUERZO Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

Firma del paciente o responsable legal
C.C.

Firma del profesional
C.C.

Firma de un testigo
C.C.

REVOCATORIA

Firma del paciente o responsable legal
C.C.