

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE TEST DE ESFUERZO

(Imprima este cuestionario, léalo detenidamente y rellénelo según las instrucciones)

FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN DEL FORMULARIO: __/__/____

Nombre del deportista:

Con la intención de que usted participe en su proceso de atención en salud, en este documento encontrará información sobre el procedimiento que se le propone. Léalo atentamente y, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarla a su médico el día que esté citado en la consulta. Esta información responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. 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 a este procedimiento.

1.- ¿Qué es?

Es una prueba para la valoración cardiológica y funcional del deportista.

2.- ¿Para qué sirve?

Permite estudiar la respuesta del corazón y el sistema respiratorio al ejercicio físico. Se valoran fundamentalmente el ritmo cardíaco, la tensión arterial, los parámetros de ventilación, los gases y la potencia o velocidad, si aparecen síntomas o arritmias y la aparición de isquemia cardíaca con el esfuerzo.

3.- ¿Cómo se realiza?

Existen distintos protocolos según el deporte, categoría y modalidad deportiva. Se realiza de distintas formas: mientras se camina en una cinta rodante que aumenta la velocidad y/o la pendiente de la misma progresivamente, o se pedalea en una bicicleta ergométrica que aumenta su resistencia durante la prueba, o se pedalea sobre su propia bicicleta aumentando progresivamente la resistencia. Durante la prueba se analizan en todo momento la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y el trazado del electrocardiograma y, en los casos en los que se analizan los gases respirados, se realiza la prueba con una mascarilla que cubre nariz y boca permitiendo respirar con normalidad. La prueba se suspende si aparecen signos o síntomas de alarma. Por ello, si presentara alguna molestia durante la prueba debe informar al personal médico.

4.- ¿Qué riesgos tiene?

Riesgos frecuentes. Pueden aparecer síntomas como palpitaciones, mareo, cansancio y/o calambres en las piernas. También puede haber aumento o disminución de la presión arterial, que cederán o desaparecerán al cesar la actividad física.

Riesgos infrecuentes. Dolor torácico anginoso, síncope y arritmias ventriculares (que implican la terminación de la prueba) y en casos excepcionales un infarto cardíaco e incluso muerte (la posibilidad de presentarse ésta es excepcional en deportistas sanos, pero en cardiópatas puede ser de 1 caso por cada 10.000 personas que se hacen este examen).

Comprendo que se harán todos los esfuerzos por minimizar estos riesgos a través de una evaluación médica previa y una estricta supervisión durante el procedimiento, con la presencia de un médico durante la realización y recuperación de la prueba. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería disponen de los medios para tratar de resolverlas.

5.- Declaraciones y firmas

Deportista. El médico abajo firmante me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve la prueba de esfuerzo cardiológica (ergometría) o cardio-respiratoria (ergoespirometría). También me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y doy mi consentimiento, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión. Declaro no tener conocimiento de que padezca ninguna enfermedad que la contraindique. Puedo revocar este consentimiento cuando lo desee.

Firmado el paciente (DNI, nombre y 2 apellidos)

Firmado el médico

Representante legal. El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve la prueba de esfuerzo cardio-respiratoria (ergoespirometría). También me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y doy mi consentimiento, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión. Declaro no tener conocimiento de que mi representado padezca ninguna enfermedad que la contraindique. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Firmado el representante legal (nombre, 2 apellidos y DNI)