



Consentimiento Informado  
Electrocardiograma De Ejercicio  
Con Medicina Nuclear

## **Consentimiento Informado Electrocardiograma De Ejercicio Con Medicina Nuclear**

## Consentimiento Informado Electrocardiograma De Ejercicio Con Medicina Nuclear

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación y en tales condiciones.

**Realizar el examen de ELECTROCARDIOGRAMA DE EJERCICIO CON MEDICINA NUCLEAR**

## **INFORMACIÓN GENERAL**

El Electrocardiograma de Ejercicio, es un examen de diagnóstico cardiológico, de indicación médica, que se utiliza en la pesquisa de Isquemia Miocárdica (reducción del flujo sanguíneo al músculo del corazón). Esta es producida por la obstrucción de las arterias coronarias, por depósitos de colesterol y otros elementos que forman ateromas (placas que se ubican en la pared de la arteria disminuyendo su diámetro) que obstruyen los vasos. Las consecuencias de esta obstrucción es que los pacientes están expuestos a un Infarto Cardíaco. Esta es una enfermedad grave, que tiene una mortalidad cercana al 20 % en los pacientes que la presentan, con complicaciones posteriores como re infarto, con o sin muerte, insuficiencia cardíaca. Otros pacientes presentan angina típica, o bien dolores torácicos sospechosos, pero no seguros de enfermedad coronaria. Mediante este examen buscamos la aparición de alteraciones electrocardiográficas aumentando la frecuencia cardíaca del paciente con el ejercicio. Si aparece esta alteración, nos indica en forma indirecta que puede haber una obstrucción coronaria, información que será complementada con Imagenología obtenida inyectando tecnecio (radiofármaco) previo al ejercicio en el servicio de rayos y durante la ergometría, cuando el paciente alcance el máximo esfuerzo y llegue al 85% de la frecuencia cardíaca máxima según su edad, para luego dirigirse nuevamente a rayos y tomar las imágenes posteriores al ejercicio.

### **Ventajas del procedimiento**

- 1) Nos permite diagnosticar isquemia miocárdica, cuando aparece alteración específica del electrocardiograma. Esto orienta a ampliar el estudio de los pacientes
- 2) Mediante exámenes invasivos, como la coronariografía, pues existe riesgo de producción de complicaciones mayores como el infarto del miocardio.
- 3) Podemos descartar enfermedad coronaria significativa, en pacientes con factores de riesgo y prueba de ejercicio normal.
- 4) Podemos evaluar la presencia de isquemia en pacientes convalecientes de infarto, angioplastia, cirugía cardíaca

### **Descripción del procedimiento.**

Consiste en el registro seriado del electrocardiograma y la presión arterial en condiciones de reposo, y luego mientras el paciente camina en un tapiz rodante, con aumento de la velocidad y pendiente., en etapas progresivas de esfuerzo físico. Cuando alcanza un esfuerzo importante o el 85% de su frecuencia cardíaca máxima se administra el tecnecio (marcador/ contraste) y luego de 1 minuto, la prueba se

detiene. Si en este momento se produce alteración electrocardiográfica, la prueba se considera positiva. Esto indica en forma indirecta que puede haber una obstrucción coronaria, con un 72-75 % de posibilidad.

### **Examen alternativo**

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

**Ecocardiografía Estrés Dobutamina:** es un examen que estimula farmacológicamente el corazón y se analiza su contracción por ultrasonido.

**Cintigrafía Miocárdica:** es un examen que utiliza la inyección de un medio radiactivo para evaluar las arterias coronaria y la inyección de un medicamento vasodilatador llamado Dipiridamol.

Sus resultados y conclusiones son en general comparables a la ecografía de estrés Dobutamina.

### **Complicaciones**

Este examen se realiza con mucha frecuencia en todo el mundo y su utilidad está ampliamente confirmada además de baja probabilidad de complicaciones. Pueden aparecer arritmias cardiacas y aumentos de la presión arterial en un porcentaje bajo, que desaparecen suspendiendo la prueba. En un porcentaje muy bajo, de uno por 10.000 exámenes, se puede producir un paro cardiaco, con riesgo de muerte.

El examen lo efectúa un cardiólogo y una auxiliar de enfermería. Se monitoriza la frecuencia cardiaca en forma continua, disponiendo de toda la implementación para manejar los mínimos riesgos que se producen. Estos, deben compararse con las ventajas de la información que se obtiene, que en muchos casos permite estudiar en forma invasiva los pacientes y resolver en forma completa sus problemas.

La administración de tecnecio (radio fármaco) en las dosis apropiadas no produce complicaciones para el paciente, pero es necesario saber que este componente es altamente radiactivo si se expone constantemente y en altas concentraciones. Es necesario saber también que este componente le puede producir un “sabor metálico” al administrarlo endovenosamente, ya que este compuesto es a base de metal.

Riesgos personalizados:.....

.....



**He comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el examen de **ELECTROCARDIOGRAMA DE EJERCICIO CON MEDICINA NUCLEAR**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.: .....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad: .....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

Sr./Sra. ....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad: .....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de: .....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha ..... Hora: .....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En .....

(Lugar / fecha / Hora)

Firma del Médico: ..... Rut: .....

Firma del Paciente: ..... Rut: .....

Firma del representante legal: ..... Rut: .....

(Representante legal o familiar responsable).