ERGOMETRÍA FARMACOLÓGICA CON DIPIRIDAMOL

¿Qué es?

Es una prueba diagnóstica para pacientes con alguna enfermedad de las arterias coronarias o con sospecha de padecerla.

¿Para qué sirve?

Esta prueba permite comprobar la capacidad de contracción del corazón después de administrar un fármaco. Habitualmente se decide hacerla cuando la prueba de esfuerzo convencional no se puede llevar a cabo por cualquier motivo (normalmente por la dificultad para deambular).

¿Cómo se lleva a cabo?

Debe estar usted en ayunas y tumbado/tumbada. Durante seis minutos le inyectarán en una vena una sustancia (dipiridamol) por medio de una infusión de suero, lo cual producirá en el corazón cambios equivalentes a los que se conseguirían después de hacer ejercicio. Una vez terminada la infusión y después de diez minutos desde el comienzo, aproximadamente, podría ser necesario administrarle otra sustancia (atropina) para completarla. Después, la prueba finalizará administrándole un antídoto del dipiridamol (aminofilina). En todo momento se le habrán controlado la presión arterial y el electrocardiograma.

¿Qué riesgos tiene?

Pueden aparecer síntomas (angina de pecho, cefalea, mareo, náuseas) o signos (rubor facial, hipotensión arterial), que normalmente desaparecen pocos minutos después de terminar la prueba. En ciertos casos de enfermedad coronaria importante, se pueden presentar trastornos del ritmo cardíaco graves, síncope y, muy ocasionalmente, infarto de miocardio o insuficiencia cardiaca; el riesgo de muerte es excepcional (un caso de cada diez mil). Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dadas su situación clínica y sus circunstancias personales, son .....
.....
.....

En su estado clínico actual, los beneficios derivados de esta prueba superan los posibles riesgos; por este motivo es conveniente que se someta a ella. Si aparecen complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para intentar resolverlas. Aun así, antes de firmar este formulario no dude en pedir cualquier aclaración adicional.

¿Hay alternativas?

Esta exploración proporciona datos muy útiles cuando la prueba de esfuerzo convencional no los aporta de manera concluyente o no se puede llevar a cabo por cualquier motivo.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Paciente

El Dr. / La Dra. ..... me ha explicado satisfactoriamente qué es, cómo se lleva a cabo y para qué sirve una ergometría farmacológica con dipiridamol. También me ha indicado los riesgos y las posibles molestias o complicaciones que podría implicar y me ha asegurado que es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual.

He comprendido perfectamente todo lo que me ha explicado y por ello doy mi consentimiento para que el Dr. / la Dra. ..... y el personal que le asiste me hagan una ergometría farmacológica con dipiridamol. Aun así, sé que puedo revocar este consentimiento cuando quiera.

(rúbrica)

Representante legal

El Dr. / La Dra. ..... me ha explicado satisfactoriamente qué es, cómo se lleva a cabo y para qué sirve una ergometría farmacológica con dipiridamol. También me ha indicado los riesgos y las posibles molestias o complicaciones que podría implicar y me ha asegurado que es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual de la persona a quien represento.

He comprendido perfectamente todo lo que me ha explicado y por ello doy mi consentimiento para que el Dr. / la Dra. .....y el personal que le asiste hagan una ergometría farmacológica con dipiridamol a la persona a quien represento. Aun así, sé que puedo revocar este consentimiento cuando quiera.

(rúbrica)

Médico / médica

nombre y apellidos
....., he informado al / a la paciente y/o a su representante legal sobre el propósito y la naturaleza del procedimiento de ergometría farmacológica con dipiridamol y sobre los riesgos que supone y las alternativas de que dispone.

(rúbrica) (n.° de colegiación)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del / de la paciente .....

Edad ..... Sexo ❒ hombre ❒ mujer

Hospital Son Llàtzer. Historia clínica n.° ..... N.° de habitación: .....

Servicio de Cardiología. Fecha [DD/MM/AAAA] ..... Hora .....

Localidad: Palma

NOTA

Si usted, ante testigos, no acepta firmar este consentimiento, debe hacerlo constar:

.....

.....

.....

Nombre, firma y documento de identidad de dos testigos

Testigo 1	Testigo 2
Nombre y apellidos	Nombre y apellidos
.....	.....
Rúbrica	Rúbrica
Documento de identidad	Documento de identidad
.....	.....