

Consentimiento informado para
TEST DE MARCHA DE 6 MINUTOS

Apellido y Nombre del paciente:..... Fecha:/...../.....
D.N.I: Hora: Domicilio:
Diagnóstico Presuntivo:

Usted se va a efectuar un examen de Diagnóstico Neumonológico llamado TEST DE MARCHA DE 6 MINUTOS, tal como se lo solicitara su médico tratante, quién evaluó los riesgos/ beneficios de su realización.

EN QUE CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE

La oxigenación de la sangre se realiza por difusión pulmonar del oxígeno que ingresa con el aire que inspiramos (pasaje desde el pulmón a la sangre). La cantidad de oxígeno en el aire es de 21% y en determinadas enfermedades pulmonares se requiere enriquecerlo con un aporte extra. La oximetría de pulso a saturación de oxígeno expresa la concentración de este gas en la sangre y su alteración muestra una dificultad del pasaje desde el pulmón. Se mide por un dispositivo denominado sensor que se coloca en un dedo como pinza, no siendo un método cruento.

El Test de Marcha de 6 Minutos se utiliza principalmente en:

- El diagnóstico de disnea (sensación de falta de aire) de origen cardíaco o pulmonar.
- Para evaluar la evolución de una enfermedad cardíaca y/o pulmonar ya diagnosticada.
- Para establecer la necesidad de oxigenoterapia domiciliaria y la dosificación de oxígeno en quienes tienen esta indicación terapéutica.
- Para valorar el tratamiento de rehabilitación respiratoria o cardíaca.
- Para valoración de riesgo quirúrgico.

CÓMO SE REALIZA

Técnicamente consiste en medir los siguientes parámetros durante las fases:

Inicial en reposo: Duración aproximada 5-6 minutos.

Tensión arterial, oximetría de pulso, frecuencia cardíaca y valoración de la disnea y de la fatiga muscular (dolor en masas musculares de los miembros inferiores).

Marcha: Duración 6 minutos.

Se mide la oximetría de pulso, la frecuencia cardíaca, la sensación de disnea y la fatiga muscular y cualquier otro malestar que pueda presentar el paciente como por ejemplo dolor en el pecho, esta medición se realiza minuto a minuto.

El ritmo de marcha la impone el paciente de acuerdo a sus posibilidades, pudiendo optar por descansar si así lo requiere en cualquier momento de la prueba.

Recuperación: Duración 6 minutos

El paciente en reposo. Se mide Tensión Arterial, oximetría de pulso, frecuencia cardíaca.

La medición se realiza minuto a minuto.

Si fuera necesario la prueba se repite luego de un descanso de 30 minutos. El equipo puede calcular la concentración de O₂ necesario.

Es necesario conocer algunos datos clínicos para determinar si puede o no realizar la prueba.

Continúa

CONSENTIMIENTO

Conteste el cuestionario marcando con una X

SI NO

ENFERMEDAD

- Dolor en el pecho de origen coronario (cardíaco)
- Infarto Agudo de Miocardio (corazón) en el último mes
- Hipertensión arterial igual o mayor de 180/100
- Saturación de oxígeno menor a 90% (registrado por un profesional)
- Alteración del ritmo cardíaco no tratada
- Imposibilidad en la marcha (anote la causa)

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

- Otras enfermedades (¿cuáles?)

QUE RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. Dentro de los métodos de evaluación funcional de esfuerzo, es el de menor riesgo, puesto que se basa en el mínimo esfuerzo que es caminar. No obstante pueden existir complicaciones durante el mismo como ser hipertensión arterial, arritmias cardíacas y eventualmente descompensación cardíaca severa. También es de aclarar que estas complicaciones son poco frecuentes. Se me ha explicado y he comprendido que la terapéutica a mi eventual patología será una decisión exclusiva de mi médico tratante y que fue él quién evaluó que el presente estudio es el mejor y más apto para mi condición.

También se me aclaró que puedo revocar este consentimiento y solicitar suspender o rechazar totalmente la realización del estudio en cualquier etapa del procedimiento si así lo deseo con sólo hacer saber de ello. Por supuesto que la suspensión operará en el momento en que técnicamente ello sea posible. Para el caso de que ello ocurra, también me fue explicado que la suspensión o el rechazo de la práctica diagnóstica puede tener como consecuencia que no pueda emitirse un informe del estudio y que no será útil para el diagnóstico que busca obtener mi mérito tratante. Se deja constancia que ante la imposibilidad o incapacidad de brindar el consentimiento informado para el presente estudio, podrán hacerlo igualmente y en el siguiente orden de prelación, el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, los hermanos, los abuelos u otros familiares directos del paciente. El presente fue redactado en la sede Diagnóstico Tesla S.R.L y será guardado y resguardado por éste, durante el plazo de ley, quién así se constituye en su depositario.

Continúa

CONSENTIMIENTO

Yo, PRESTO/DENIEGO mi consentimiento para que me sea realizada una **TEST DE MARCHA DE 6 MINUTOS**. (tachar lo que no correspon-da).

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedi-miento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a según lo disponen los artículos 5 y concordantes de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en materia de información, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Buenos Aires, de de

Testigo

Paciente

D.N.I

Firma

D.N.I

Firma

Representante legal

Médico

D.N.I

Firma

Nº Matrícula

Firma

CONSENTIMIENTO