

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO**SERVICIO DE****1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) REENTRENAMIENTO AL ESFUERZO**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

El tratamiento al que usted va a someterse se llama reentrenamiento al esfuerzo y consigue el fortalecimiento global, a través del ejercicio físico.

Sirve para ayudar a la recuperación funcional de las personas con enfermedad del corazón (tras un infarto de miocardio, valvulopatía operada, insuficiencia cardíaca o trasplante), enfermedad del pulmón (EPOC, bronquiectasias, trasplante pulmonar) y/o del aparato circulatorio (arteriopatía periférica).

CÓMO SE REALIZA:

Para ello, su médico hará una valoración de todas las enfermedades relacionadas con el corazón, pulmón, circulación y aparato músculo-osteo-articular que usted padezca.

Realizará ejercicio físico de miembros superiores e inferiores, con o sin pesas, durante 10 a 30 minutos y ejercicio en bicicleta estática o en cinta rodante, con resistencia progresiva, de 10 a 30 minutos, en función de su tolerancia. En toda la sesión, usted estará monitorizado y supervisado por el personal del equipo de rehabilitación. Se controla la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el ritmo o la saturación de oxígeno según la enfermedad que presente. El ejercicio se realizará de forma progresiva, limitado por síntomas como dolor, dificultad respiratoria o mareos. Debe avisar al médico, enfermero o fisioterapeuta presente en la sala en caso de que aparezca alguna de estas manifestaciones. Acudirá en días alternos o diariamente, durante 1-3 meses dependiendo de la enfermedad.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Este ejercicio físico, practicado de forma regular:

- Disminuye la sensación de ahogo y de cansancio
- Retarda la aparición de dolor torácico y de arritmias
- Mejora el control de la tensión arterial y de la glucemia
- Facilita el control del peso
- Tendrá mayor capacidad para realizar ejercicio físico
- Mayor tolerancia para realizar las actividades de la vida diaria (pasear, asearse, vestirse...) e incluso laborales
- Mejora su estado de ánimo
- Mejora su estado físico global y por tanto su calidad de vida

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Control de los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes, obesidad, hipercolesterolemia y tabaquismo)

Reduce la incidencia de enfermedad cardiovascular y sus complicaciones (mejora la función del corazón y de los vasos sanguíneos, reduce la progresión de lesiones coronarias, reduce el riesgo de trombosis, mejora la circulación colateral y disminuye el riesgo de arritmias)

Mejora la capacidad de oxigenación de los tejidos

Mejora la fuerza y resistencia muscular, lo que incrementa la capacidad para realizar otras actividades físicas de la vida diaria.

Mejora y previene la osteoporosis.

Ayuda a retrasar o prevenir las enfermedades crónicas y las asociadas con el envejecimiento.

Ayuda a combatir la ansiedad y la depresión y aumenta el entusiasmo y el optimismo.

Ayuda a conciliar el sueño y mejorar su calidad de vida.

Disminuye el riesgo de muerte y aumenta la esperanza de vida.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Las Guías de Práctica Clínica de rehabilitación cardíaca y pulmonar aconsejan este tipo de tratamiento por su evidencia científica demostrada (ver apartado beneficios).

Una alternativa al reentrenamiento al esfuerzo supervisado, es la realización de ejercicio aeróbico no supervisado, siguiendo un programa de marchas.

En su caso:

QUÉ 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.

- LOS MÁS FRECUENTES:
 - Cansancio
 - Aumento de la tensión arterial (en personas con mal control previo de la tensión arterial)

- Mareos
- Crisis hipoglucémica (diabéticos mal controlados)
- Dolor torácico inespecífico
- Angina de pecho
- Alteraciones arrítmicas leves (extrasistolia supra o ventricular aislada)
- Crisis de broncoespasmo o aumento de la dificultad respiratoria, si realiza un ejercicio intenso o brusco.
- Aumento de dolor en las articulaciones o inflamación en los tendones por sobrecarga, si tiene lesiones previas.

- **LOS MÁS GRAVES:**

La realización de ejercicio físico, sobre todo brusco e intenso, puede dar lugar a complicaciones graves como síncope, alteraciones del ritmo grave (fibrilación ventricular), insuficiencia cardíaca o crisis de broncoconstricción severa con dificultad para la respiración.

El riesgo de muerte súbita es excepcional.

Infarto de miocardio y parada cardio-respiratoria es muy raro.

Otras complicaciones raras, derivadas del ejercicio brusco son rabdomiolisis (daño en el tejido muscular con descompensación generalizada y fallo renal), hipertermia (aumento severo de la temperatura) o hipotermia (disminución de la temperatura), deshidratación, urticaria e incluso anafilaxia (reacción alérgica severa de todo el cuerpo).

Para evitar estas complicaciones, se realiza una adecuada valoración y estratificación de su riesgo antes de comenzar el programa de entrenamiento.

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este tratamiento superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de su realización.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad del riesgo y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier circunstancia.

Para minimizar los riesgos el paciente debe tener en cuenta:

Antes de comenzar la sesión de entrenamiento, es absolutamente esencial que transmita al profesional del programa (médico, enfermera, fisioterapeuta) cualquier tipo de anomalía (dolores, mareos, sudoración fría, malestar general, etc.) que pudiera haber presentado el día anterior.

Durante la sesión de ejercicio debe informar al personal sanitario de cualquier anomalía que presente. Seguirá las normas que se describen en los documentos que se administran.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

Si tiene usted una enfermedad de corazón, las complicaciones más frecuentes son cansancio, alteraciones del ritmo cardíaco, alteraciones de la tensión arterial, dolor torácico o dificultad respiratoria, que desaparecen con el entrenamiento regular y el control farmacológico.

Si es usted diabético, se recomienda que controle diariamente la glucemia y que evite la inyección de insulina en los músculos entrenados.

Si padece una enfermedad pulmonar, aparecerá cansancio y dificultad respiratoria en las primeras sesiones que mejorará con la realización de descansos frecuentes durante las pautas de ejercicio. Si presenta alguna enfermedad articular o músculo-tendinosa localizada, se evitarán ejercicios de la zona lesionada.

Si tiene usted obstrucción arterial en los miembros inferiores, aparecerá dolor al realizar el ejercicio en bicicleta o cinta rodante, que desaparecerá con el reposo y los descansos pautados durante el ejercicio.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
------------------	--

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso de MENORES DE EDAD, si el/la paciente es mayor de 12 años y se le considera maduro/a y capaz, el consentimiento lo emitirá el/la menor. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y se solicitará su Visto Bueno para la realización de la intervención. (Art. 9.3.c de la Ley 41/2002). Si el/la paciente es considerado/a incapaz o, en todo caso, es menor de 12 años, el consentimiento lo otorgará el representante legal del menor.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En _____ a _____ de _____
EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
------------------	--

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____
EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente
he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello
puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____