

# TELE-REHABILITACION CARDÍACA INFANTIL

## 1.- Que é?

É un programa de actividades rehabilitadoras cardíacas para as persoas con cardiopatías conxénitas que teñan limitacións para realizar actividade física, e nas que o adestramento e a práctica de exercicio é unha forma de mellorar a súa saúde.

## 2.- Para que serve?

Preténdese mellorar a calidade de vida e a función do corazón. Os programas de tele-rehabilitación cardíaca permiten a práctica de exercicio físico en domicilio anotando posteriormente datos clínicos e constantes vitais que se rexistrarán mediante un sistema de telemonitorización con dispositivos biomédicos. O programa é individualizado, adecuando o nivel e o tipo de exercicio para cada paciente, segundo os resultados da análise coidadosa da historia clínica e probas complementarias.

## 3.- Como se realiza?

Realizarase un adestramento presencial de 2 días coa finalidade de ensinar de xeito adecuado a execución dos diferentes exercicios. Posteriormente estableceranse sesións de adestramento domiciliario cun sistema de monitoraxe e seguindo unhas pautas establecidas mediante sistema audiovisual. O tempo de cada sesión de adestramento será de 60 minutos. A duración habitual será de 12 semanas de adestramento, condicionada polas condicións especiais de cada paciente.

Para valorar os beneficios físicos que se alcancen realizaranse probas complementarias, como son a ergoespirometría (proba de esforzo) e a ecocardiografía (ecografía do corazón), e para valorar os beneficios subxectivos dos pacientes e das súas familias pedirémoslles que respondan un test de calidade de vida.

## 4.- Cales son os riscos?

A realización de exercicio pode dar lugar a complicacións moi infrecuentes pero graves como arritmias (alteracións no ritmo cardíaco) e morte súbita (falecemento repentino e imprevisto). A Unidade está preparada con instrumental e persoal sanitario para atender as posibles complicacións ou eventos que poidan producirse nun paciente con cardiopatía. Rexistrarase a frecuencia cardíaca tralos adestramentos, que posteriormente serán revisados polo persoal sanitario.

É moi importante que siga as normas e recomendacións que lle indiquen os profesionais da Rehabilitación, tanto oralmente como nos documentos que se lle entregarán, e que transmita aos profesionais do programa de Rehabilitación Cardíaca (Médico, Enfermeira, Psicólogo, Fisioterapeuta, etc.) calquera tipo de evento (mareos, dor, palpitacións, etc.) que poida presentar durante o adestramento ou as actividades diarias.

*Se vostede ou algunha persoa autorizada desexa máis información, non dubide en consultar ao seu médico/a responsable ou a calquera do persoal médico do Servizo que o atende.*

### **RISCOS PERSONALIZADOS**

.....  
.....



### CONSENTIMENTO INFORMADO

Lei 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada pola Lei 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D./Dna. .... maior de idade, con  
D.N.I.: ....., veciño/a de ..... rúa .....  
..... Nº ....., teléfono .....

**MANIFESTO:**

Que fun informado/a polo/pola Dr./Dra. ....  
en data ...../...../..... (e que me foi entregada unha copia da información) do procedemento:  
..... e igualmente dos beneficios que se esperan e  
do tipo de riscos que comporta a súa realización (complicacións máis frecuentes) e a súa non realización, así  
como das posibles alternativas segundo os medios asistenciais deste Centro.

Comprendo toda a información que se me proporcionou e as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

**CONSINTO:**

Aos facultativos do Servizo de ..... a que me practiquen o  
procedemento referido (descrito no anverso) e as probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de  
que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para  
manterme con vida ou evitarme un dano.

Sei que en calquera momento podo revogar o meu consentimento.

Por incapacidade ou renuncia á toma de decisión: Persoa que autoriza (familiar ou titor legal)  
D./Dna. ...., con D.N.I.: .....  
en calidade de .....

Asino dous exemplares en A Coruña, a ..... de ..... de .....

**Sinatura do/a paciente**

**Sinatura do/a representante legal**

**Sinatura do/a facultativo/a**

*Decidín **REVOGAR** o meu consentimento respecto da realización do procedemento referido.*

Sinatura do/a paciente  
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do/a facultativo/a

**(Asinar só en caso de revogar o consentimento previo).**      Data: ...../...../.....