

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Identificación:** \_\_\_\_\_  
**Médico que realiza el estudio:** \_\_\_\_\_ **Medicación Aplicada:** \_\_\_\_\_

Su médico tratante considera que usted debe realizarse un Tilt Test o Test de Mesa Basculante, pero para su realización es importante que usted conozca los riesgos a los cuales puede estar expuesto en su realización:

### ¿En qué consiste?

Es un método de estudio no invasivo que estudia los cambios que se producen en la presión arterial y la frecuencia cardíaca durante la posición de pie prolongada. Se indica, fundamentalmente, para el estudio de pacientes con desmayos (síncope), con sensación de desmayo inminente pero sin presentarlo, y en el estudio de otras alteraciones del sistema nervioso autónomo.

### ¿Cómo funciona?

Se realiza estando el paciente en ayunas (Mínimo de 4 horas), consciente, acostado en una camilla basculante y sujeto a ella. Se conecta al paciente a un monitor que registra la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el grado de saturación de oxígeno en la sangre. Mientras permanece varios minutos en posición horizontal se le da un masaje en el cuello (región de la carótida). A continuación se va inclinando progresivamente la camilla entre 60° - 70°, manteniéndola así un determinado tiempo (generalmente 40 minutos). Durante la exploración permanentemente se controlan el electrocardiograma y la presión arterial para analizar sus variaciones. La prueba se detendrá si aparecen síntomas o signos alarmantes, como desmayo. Suele administrarse en una segunda fase algún fármaco (Nitroglicerina sublingual), para acentuar las reacciones sobre el organismo. El examen dura aproximadamente 1 hora.

### ¿Qué puedo esperar?

Se considera positivo cuando el paciente presenta síncope o presíncope asociado a bradicardia y/o hipotensión arterial. El examen puede ser interrumpido cuando el médico considera que la pérdida del estado de conciencia es inminente (presíncope).

La prueba se dará por finalizada si en algún momento el paciente presenta una pérdida del conocimiento o incapacidad para mantener la postura, simultáneamente a una caída significativa de la tensión arterial y/o de la frecuencia cardíaca; y se procederá inmediatamente a colocarle en posición de decúbito supino, hasta su completa recuperación

### Cuáles son los riesgos

Es habitual que el paciente tenga palpitaciones. Si la frecuencia de las pulsaciones disminuye bastante (bradicardia) o desciende de modo importante la tensión arterial (hipotensión), puede notar mareo e incluso tener un desmayo. Ambas situaciones se resuelven volviendo a la posición horizontal. Ningún médico puede asegurar completo éxito y ausencia de complicaciones, pero en general son pocas habituales.

**Información importante**

Declaro que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza, propósito(s), posibles riesgos y complicaciones de este procedimiento, así como otros posibles procedimientos alternativos. He recibido información sobre los posibles riesgos de la medicación, que se me va a aplicar. Además me han explicado todas las dudas relacionadas con este procedimiento.

Soy consciente de que no existen garantías absolutas del resultado, por lo anterior:

ACEPTO: \_\_\_ NO ACEPTO: \_\_\_ que se me realice este procedimiento y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

ACEPTO: \_\_\_ NO ACEPTO: \_\_\_ que se me administre la medicación señalada arriba, así como las medidas complementarias que se consideren oportunas.

En cualquier caso deseo que se me respeten las siguientes condiciones:

Entiendo que en caso de no aceptar el procedimiento aquí descrito, puedo aun seguir obteniendo atención médica en esta Institución. Entiendo además que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_  
cc. \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_  
cc. \_\_\_\_\_

**Médico(s) responsable(s):** \_\_\_\_\_ he informado al paciente y a sus familiares del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, sus alternativas, posibles riesgos y resultados que se esperan.

Firma del profesional: \_\_\_\_\_ Documento de Id.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Tutor legal o familiar:**

Sé que el paciente: \_\_\_\_\_ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace, para qué sirve este procedimiento, sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente, por lo tanto,

yo: \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ número: \_\_\_\_\_, ACEPTO: \_\_\_ NO ACEPTO: \_\_\_ que el(los) Doctor(es): \_\_\_\_\_ y el personal auxiliar que el(ellos) precise(n), le realicen este procedimiento. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de su realización.

Nombre tutor: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre testigo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

