



Consentimiento Informado Para  
Procedimiento TILT – TEST

## **Consentimiento Informado Para Procedimiento TILT – TEST**

## Consentimiento Informado Para Procedimiento TILT – TEST

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: ..... Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación y en tales condiciones.

Que se me realice el **PROCEDIMIENTO DE TILT – TEST**

## **INFORMACIÓN GENERAL**

El Tilt-test o test de mesa inclinada o basculante es un examen diagnóstico de cardiología utilizado en el estudio de la Disautonomía conocida comúnmente como Síncope o “desmayo”.

El síncope corresponde a una pérdida brusca y transitoria de la conciencia con recuperación espontánea y completa. El pronóstico depende de la causa que lo provoque.

El síncope vasovagal (estimulado por el nervio vago) es considerado actualmente como la causa más frecuente de estos desmayos; especialmente, si no hay evidencia de enfermedad cardiovascular; en cambio, el síncope de origen cardíaco tiene mal pronóstico. Por tanto, es muy importante identificar reacciones vasovagales en individuos que presentan cuadros sincopales.

Actualmente la única prueba diagnóstica útil que ha sido estudiada es el Tilt Test, ya que muchos estudios sugieren que la bradicardia-hipotensión detectada en un test positivo es comparable al síncope vasovagal espontáneo.

### **Descripción del procedimiento**

Básicamente este test se basa en instalar al paciente en una mesa que tiene un apoyo para los pies e inclinarla a una angulación de 75º, para reproducir una reacción tipo vasovagal. La duración de la prueba total es de 35 a 40 min. Antes de iniciar el examen se instala una vía venosa la cual será utilizada en caso necesario para la administración de suero fisiológico o medicamentos si el médico lo indica. Se divide en dos etapas: en la primera se realiza una basculación sin fármacos (fase pasiva) que dura 25 min. y la segunda (si la primera fue negativa), donde se continúa la basculación, pero se agregan fármacos que facilitan la aparición del cuadro sincopal en pacientes predispuestos (fase activa). Los 2 fármacos usados son el Isosorbide o la Nitroglicerina (que son vasodilatadores venosos que aumenta la contractilidad cardíaca). Se registra la presión arterial y monitorización continua de frecuencia cardíaca.

Durante toda la realización de la prueba, se contará con una enfermera con experiencia en este tipo de test y un médico –cardiólogo.

No existen exámenes alternativos para estudio de la Disautonomía

### **Complicaciones**

El riesgo para el paciente durante este test es bajo. Sin embargo han sido publicadas asistolias (ausencia de actividad eléctrica del corazón) de hasta 72 segundos, episodios de bradicardia e hipotensión que requirieron maniobras de resucitación, y crisis de taquiarritmias. No se han encontrado riesgos de convulsiones, infartos o muerte a lo largo de seguimientos de más de 26 años.

**Contraindicación para realización de un tilt-test**

Síncope con obstrucción severa al tracto de salida de los ventrículos, estenosis mitral crítica, embarazo, enfermedad coronaria proximal crítica o estenosis cerebrovascular conocida.

Riesgos personalizados:.....  
.....

**He comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el **PROCEDIMIENTO DE TILT – TEST**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....