



Consentimiento Informado  
Prueba De Mesa Basculante  
O TILT TEST

## **Consentimiento Informado Para Prueba De Mesa Basculante O TILT TEST**

## Consentimiento Informado Para Prueba De Mesa Basculante O TILT TEST

---

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en: .....

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

FECHA.....HORA.....

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en: .....

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

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

**DECLARO:**

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

Me ha explicado que es conveniente proceder, en la situación de mi hijo(a) a realizar

**LA PRUEBA DE MESA BASCULANTE O TILT TEST**

### **Información General**

El TILT TEST es una prueba diagnóstica para los pacientes que han presentado síncope (desmayo).

Sirve para estudiar cómo se comporta el corazón y el sistema circulatorio ante los cambios de posición del cuerpo. Ayuda a poner en evidencia la causa más frecuente del síncope en niños, que es la desregulación del sistema autónomo del corazón, que controla la frecuencia del corazón y la presión arterial. Con este examen se pueden registrar las características del síncope.

### **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 75° para reproducir una reacción tipo vasovagal. La duración de la prueba total es de 35 a 40 min.

Se divide en dos etapas: en la primera se realiza una basculación sin fármacos (fase pasiva) que dura 30 min. y la segunda (si la primera fue negativa), donde se continua la basculación, pero se agregan fármacos que tratan de favorecer 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). Si su hijo pesa más de 35 kilos y durante 30 minutos de observación no ha presentado síntomas de desmayo se le administrará nitroglicerina bajo la lengua , para completar 15 minutos más de observación, este medicamento ayuda a inducir el desmayo en los sujetos predispuestos.

Se registra la presión arterial y monitorización continua de frecuencia cardiaca.

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

### **Complicaciones**

Si el examen es positivo el paciente va a experimentar todas las molestias previas a un desmayo: mareos, visión borrosa, sudoración, cefalea, vómitos, debilidad muscular, etc. La Prueba se detiene con estos síntomas sin esperar el síncope propiamente tal. Durante todo el examen el paciente, está controlado y acompañado de un medico y una enfermera y todas las molestias desaparecen inmediatamente cuando se pone horizontal la camilla.

Su médico cardiólogo infantil, le ha recomendado realizarse este examen, porque los beneficios que se pueden obtener, son superiores a los posibles y mínimos riesgos de la prueba. Recuerde que ante eventuales complicaciones el personal médico responsable de la prueba está listo y preparado para asistirlo inmediatamente.

Considerando que la prueba se detiene con síntomas iniciales no se han descrito complicaciones graves como arritmia, paros ni muerte en seguimientos prolongados

Riesgos personalizados:.....

.....

No existen alternativas de reemplazo de este examen, para estudio de la Disautonomía



**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 complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se le realice la **PRUEBA DE MESA BASCULANTE O TILT TEST**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

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

RUT:.....

REVOCACIÓN

Niño/Niña.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

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

Con domicilio en: .....

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

Sr./Sra.....

(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).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: ..... Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).