

TILT TEST

Consentimiento Informado

Información general

Es una prueba diagnóstica para pacientes que han tenido episodios de pérdida de conciencia (síncope) lipotimia (presíncope) o mareos.

Permite evaluar al sistema nervioso autónomo o automático (simpático y parasimpático) mediante la respuesta del corazón y la presión arterial al cambio postural del cuerpo, ayudando así a detectar la posible causa de síncope.

En que consiste la prueba

Se realiza estando el paciente en ayunas, conciente, recostado en una camilla y sujeto a ella. Luego de un periodo de reposo se levanta la camilla a un ángulo de 70° manteniéndola así por un tiempo determinado (hasta 1 hora). Durante el examen se controla en forma permanente el electrocardiograma y la presión arterial para analizar sus variaciones. En algunas ocasiones puede administrarse algún fármaco (isoproterenol o nitroglicerina) para acentuar las reacciones del organismo. Para esto puede ser necesario instalar una vía venosa en el brazo. También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del mismo. La prueba se detendrá si aparecen síntomas que reproducen el cuadro clínico, síncope o presíncope.

En el paciente de 40 años o más puede realizarse además masaje en el cuello en relación a las arterias carótidas tanto acostado como en posición vertical.

Riesgo del examen

A pesar de una adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes de todo procedimiento, como los derivados de la situación de cada paciente (presencia de diabetes, hipertensión, cardiopatía, edad avanzada, obesidad etc.) así como los específicos de este procedimiento:

Es habitual que el paciente tenga inicialmente palpitaciones. Si la frecuencia de la pulsaciones disminuye bastante (bradicardia) o desciende en forma importante la presión arterial (hipotensión), puede notar mareo e incluso reproducir el cuadro de pérdida de conciencia que motivo el estudio. Ambas situaciones se resuelven volviendo a posición horizontal y con todos los medios necesarios de resucitación cardiopulmonar en caso de ser necesario, lo cual es excepcional. Ocasionalmente puede molestar la zona de punción venosa, en forma infrecuente existen complicaciones menores (flebitis, hematomas) y es muy raro la aparición de problemas graves. El uso de Isoproterenol en pacientes cardíacas puede producir arritmias de cuidado y en raras ocasiones el masaje carotídeo puede producir problemas neurológicos o arritmias. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, disponemos que todos los medios humanos y técnicos necesarios para lograr solucionarla en forma inmediata.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con gusto.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En Santiago, a.....de.....de 20.....a las.....:.....horas

Paciente: RUT:

En caso que suscriba un representante:

Nombre: RUT:

Vínculo con el paciente:

Declaro haber recibido oportunamente información adecuada sobre mi estado de salud, el posible diagnóstico:..... y los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que se me realizarán, los objetivos y características de éstos y los riesgos que pueden representar, las alternativas de tratamiento disponibles, el pronóstico esperado y el proceso previsible del postoperatorio.

Asimismo, declaro haber comprendido la información proporcionada y que he tenido la oportunidad de formular mis preguntas y dudas, las que han sido contestadas y aclaradas a mi entera satisfacción por el (la) Dr.(a).....

Por lo anteriormente expuesto, declaro que mi consentimiento para ser sometido(a) ay a las acciones que el equipo médico considere necesarias en el caso de surgir situaciones no esperadas o complicaciones, es expresado en forma libre e informada.

.....

Firma Médico

.....

Firma Paciente o su Representante

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

En Santiago, a.....de.....de 20.....

Paciente: RUT:

En caso que suscriba un representante:

Nombre: RUT:

Vínculo con el paciente:

Declaro haber recibido oportunamente información adecuada sobre mi cuadro clínico, mi posible diagnóstico:..... y los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que se me realizarán, los objetivos y características de éstos y los riesgos que pueden representar, las alternativas de tratamiento disponibles, el pronóstico esperado y el proceso previsible del postoperatorio.

Asimismo, declaro haber comprendido la información proporcionada y que he tenido la oportunidad de formular mis preguntas y dudas, las que han sido contestadas y aclaradas a mi entera satisfacción por el (la) Dr.(a).....

En consideración a lo expuesto, deniego/revoco (eliminar lo que no proceda) en forma libre y consciente de ser sometido(a) haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

.....

Firma Médico

.....

Firma Paciente o su Representante