

|   |   |                     |
|---|---|---------------------|
|  | <b>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO<br/>TEST DE MESA BASCULANTE</b> | CÓDIGO: GM-M1-10-F3 |
|   |   | ACTUALIZACIÓN: 03   |

## I. INFORMACIÓN

### 1. ¿QUE ES?

El test de inclinación en mesa basculante (TMB) se realiza para conocer la respuesta de tensión arterial y frecuencia cardiaca ante la inclinación, a fin de ayudar a determinar el origen de un síncope o presíncope cuya causa se desconoce.

### 2. ¿QUE FINALIDAD TIENE?

La finalidad del procedimiento es conocer mejor el origen de cierto tipo de síncope o mareos severos y poder así actuar en consecuencia. En este contexto, los médicos que le atienden han estimado que la realización de esta prueba estaba indicada. El resultado buscado es reproducir en un entorno controlado los síntomas, sean de mareo o síncope y comprobar en ese momento las características del electrocardiograma, frecuencia cardiaca y de la tensión arterial.

### 3. ¿COMO SE REALIZA?

Para ello, el paciente se sitúa acostado en una camilla especial que al inicio de la prueba se verticaliza hasta un ángulo de inclinación de 70 grados. Se monitoriza el ritmo cardiaco y la presión arterial. Luego de un periodo de observación, se administra una sustancia vasodilatadora debajo de la lengua. La duración estimada de la prueba desde la preparación hasta el final es de una hora. Durante la inclinación, se van registrando periódicamente la tensión arterial y el electrocardiograma. Si el paciente presenta mareo o síncope se retorna de inmediato a la posición horizontal.

### 4. ¿COMO ES LA PREPARACIÓN?

Debe permanecer en ayunas durante al menos las 5 horas previas. Se canaliza vena de miembro superior para realizar hidratación previa a la prueba y utilizar según necesidad.

### 5. ¿QUE RIESGOS TIENE?

En todo momento, permanecerá monitorizado y supervisado por el personal encargado de realizar la prueba, quienes poseen amplia experiencia en la técnica y están preparados para tratar las posibles situaciones inesperadas. Es raro que se produzcan complicaciones, aunque desde el punto de vista teórico, podrían darse reacciones adversas al vasodilatador, siendo la más común cefalea que deberá mejorar espontáneamente o algunas veces requiere analgésico común. Si el estudio demuestra anormalidad, podrá encontrarse taquicardia o disminución de la frecuencia cardiaca algunas veces severa, disminución de la presión arterial y alteración del estado de conciencia, que en general es la indicación de realizar el estudio. Esta situación mejora con la posición de decúbito.

|   |
|---|
| Elaborado por: Coordinación de Medicina Nuclear y Cardiología no Invasiva |
| Fecha: 18/12/2015   |

|                                |
|--------------------------------|
| Aprobado por: Líder de Calidad |
| Fecha: 22/12/2015              |



**FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO  
TEST DE MESA BASCULANTE**

CÓDIGO: GM-M1-10-F3

ACTUALIZACIÓN: 03

El médico que le solicitó el estudio, ha considerado que está indicado y es importante como parte de la evaluación de su situación clínica; de tal manera, que el beneficio de la información obtenida con este estudio debe superar los riesgos de su realización.

Antes de firmar este consentimiento, no dude en solicitar cualquier aclaración adicional.

**II. DECLARACIONES Y FIRMAS.**

Usted debe saber que existe disponibilidad absoluta por parte del médico y equipo de enfermería que le está ampliando la información, si usted así lo desea.

**PACIENTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL.**

He recibido información acerca de los puntos indicados previamente.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el equipo médico y su personal ayudante me realicen el procedimiento Mesa Basculante que ha sido indicado por mi médico tratante.

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas con respecto al procedimiento de mesa basculante.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA.  
DI No.

NOMBRES Y APELLIDOS.

El equipo de trabajo de Cardiología No Invasiva de Servicios Especializados FCB ha informado al paciente y/o a su representante legal, el propósito y naturaleza del procedimiento de Mesa Basculante, así como sus riesgos y alternativas

FIRMA MEDICO RESPONSABLE \_\_\_\_\_ REGISTRO MEDICO: \_\_\_\_\_

|  |
|--|
| Elaborado por: Coordinación de Medicina Nuclear y<br>Cardiología no Invasiva |
| Fecha: 18/12/2015  |

|                                |
|--------------------------------|
| Aprobado por: Líder de Calidad |
| Fecha: 22/12/2015              |



**FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO  
TEST DE MESA BASCULANTE**

CÓDIGO: GM-M1-10-F3

ACTUALIZACIÓN: 03

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Con fecha .....revoco el consentimiento prestado y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Firma del médico: \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCEDIMIENTO**

| Estado Ingreso      |  | Estado Egreso       |  | SV Ingreso | SV Egreso | OBSERVACIONES |
|---------------------|--|---------------------|--|------------|-----------|---------------|
| Consciente y alerta |  | Consciente y alerta |  | TA:        | TA:       |               |
| Somnoliento         |  | Somnoliento         |  | FC:        | FC:       |               |
| Inconsciente        |  | Inconsciente        |  | FR:        | FR:       |               |

Hora de Egreso: \_\_\_\_\_

Firma Auxiliar: \_\_\_\_\_

Elaborado por: Coordinación de Medicina Nuclear y  
Cardiología no Invasiva  
Fecha: 18/12/2015

Aprobado por: Líder de Calidad  
Fecha: 22/12/2015