

Consentimiento informado para  
**TILT-TEST**

**¿Qué es?**

Es un estudio con fines diagnósticos para pacientes que han sufrido episodios SINCOPALES.

**¿Para que sirve?**

Permite diagnosticar si el síncope sufrido, puede ser de causa VASO VAGAL, y ver qué tipo de modalidad tiene, en caso de ser POSITIVO.

El síncope vasovagal ocurre cuando una persona se desmaya porque el cuerpo reacciona de manera desproporcionada a ciertos factores desencadenantes, como -por ejemplo- ver sangre o sentir mucha angustia emocional. El factor que desencadena el síncope vasovagal hace que la frecuencia cardíaca y la presión arterial disminuyan abruptamente. Como consecuencia, el flujo sanguíneo al cerebro disminuye y así se pierde el conocimiento por un momento. En general, el síncope vasovagal es inofensivo y no requiere tratamiento.

Debe tenerse presente que hecho que el Tilt Test sea NEGATIVO no descarta completamente que el origen del síncope pueda ser VASO VAGAL, lo que se denomina como "falso negativo".

**¿Cómo se realiza?**

El paciente debe permanecer parado en una camilla basculante a 70 grados de inclinación, durante un lapso de 45 minutos, si no presenta signos o síntomas "SINCOPE o PRESINCOPE" antes de ese lapso. En caso de referir algún síntoma o evidenciar alguna variación de la tensión arterial o de la frecuencia cardíaca, se reclina nuevamente la camilla a 0 grados, con lo cual se mejoran los síntomas del paciente.

Durante los 45 minutos que puede durar el estudio, el paciente se encuentra monitoreado y controlado permanentemente, con tomas de tensión arterial y un registro electrocardiográfico cada tres minutos. No se realizan ningún tipo de punciones, ni es necesario colocar accesos venosos durante un estudio habitual

**¿Qué riesgos corre el paciente?**

El paciente puede sufrir un SINCOPE o un cuadro PRE SINCOPAL, sudoración fría, hipotensión arterial, relajación de esfínteres, similar a los que ocurren cuando un paciente sufre un SINCOPE y por ello le solicitan el Tilt Test.

El riesgo de muerte y/o Accidente cerebro vascular es excepcional (1 por 10000).

**La realización o no del estudio queda sujeta también a la propia evaluación del profesional interviniente**

Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.

Fecha..... Paciente: .....

El médico, Dr..... me ha explicado de forma satisfactoria, como se realiza y para que sirve el estudio de TILT-TEST.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, y que es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el Dr. ....y el personal ayudante que precise, me realicen el estudio de TILT-TEST. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Firma \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_