

Prueba en mesa basculante

1. ¿Qué es? Es una prueba diagnóstica que permite comprobar la respuesta del corazón y del aparato circulatorio ante los cambios posturales del propio cuerpo. Se realiza en pacientes que han tenido una pérdida de conciencia (sincope) o sospecha de ello y ayuda también a detectar la posible causa del síncope.

2. ¿Cómo se realiza? Se realiza estando el paciente en ayunas, consciente, tumbado/a en una camilla y sujeto a ella. Mientras permanece varios minutos en posición horizontal se le da un masaje en el cuello (región de la carótida). A continuación, se va inclinando progresivamente la camilla (no menos de 45° y no más de 80°), manteniéndola así un tiempo determinado (generalmente, inferior a una hora). Durante la exploración se controlan permanentemente el electrocardiograma y la tensión arterial para analizar sus variaciones. La prueba se detendrá si aparecieran síntomas o signos alarmantes. Suele administrarse en una segunda fase algún fármaco (nitroglicerina sublingual), para acentuar las reacciones al organismo.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes (más del 10%):** es habitual que el/la paciente tenga inicialmente palpitaciones. Si la frecuencia de las pulsaciones disminuye bastante (bradicardia) o desciende de modo importante la tensión arterial (hipotensión), puede notar mareo e incluso tener un desmayo. Ambas situaciones se resuelven volviendo a la posición horizontal.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** es excepcional la aparición de problemas graves.

4. Consecuencias previsibles de su realización: realizar un correcto diagnóstico.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: no poder realizar un diagnóstico

6. Alternativas: esta exploración está indicada preferentemente en su caso.

7. Riesgos en función de la situación del paciente: se le indicarán.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE				
APELLIDOS			NOMBRE	
DNI	Nº SIP		FECHA DE NACIMIENTO	
DATOS REPRESENTANTE LEGAL				
APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
DATOS PROFESIONAL				
APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL		NUM. COLEGIACIÓN

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma: