

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PRUEBA DE MESA BASCULANTE

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **PRUEBA DE MESA BASCULANTE** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ÉSTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

1- ¿QUÉ ES?

ES UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA PACIENTES QUE HAN SUFRIDO PÉRDIDA DE CONCIENCIA (SÍNCOPE) O SOSPECHA DE ELLA.

2- ¿PARA QUÉ SIRVE?

ESTA PRUEBA PERMITE COMPROBAR LA RESPUESTA DEL CORAZÓN Y EL APARATO CIRCULATORIO ANTE LOS CAMBIOS POSTURALES DEL CUERPO. AYUDA TAMBIÉN A PONER DE MANIFIESTO LA POSIBLE CAUSA DEL SÍNCOPE, CUANDO ESTE SE PRODUCE POR UNA MALA REGULACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO QUE CONTROLA EL CORAZÓN Y LA PRESIÓN ARTERIAL. ESTA ALTERACIÓN PUEDE CAUSAR DISMINUCIÓN DEL RITMO DEL CORAZÓN O BAJADAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL. EL DIAGNÓSTICO DE LA CAUSA PUEDE EVITAR OTRAS PRUEBAS INNECESARIAS Y PERMITIR EL INICIO DE UN TRATAMIENTO ADECUADO.

3- ¿CÓMO SE REALIZA?

EL PACIENTE DEBE ESTAR EN AYUNAS. SE LE PINCHA EN UNA VENA POR SI FUERA NECESARIO ADMINISTRAR ALGÚN MEDICAMENTO. SE COLOCAN ELECTRODOS PARA CONTROLAR DE FORMA CONTINUA DURANTE LA EXPLORACIÓN EL RITMO CARDIACO Y LA PRESIÓN ARTERIAL.

LA PRUEBA SE REALIZA TUMBADO SOBRE UNA CAMILLA Y SUJETO A LA MISMA CON UNAS BANDAS. MIENTRAS ESTÁ VARIOS MINUTOS EN POSICIÓN HORIZONTAL, SE LE DA MASAJE EN EL CUELLO (EN LA ARTERIA CARÓTIDA). DESPUÉS LA CAMILLA SE IRÁ INCLINANDO DE FORMA PROGRESIVA (ENTRE 45º Y 80º) MANTENIÉNDOSE INCLINADO UN TIEMPO DETERMINADO. MIENTRAS SE REALIZAN ESTAS MANIOBRAS SE MEDIRÁ LA PRESIÓN ARTERIAL, LA SATURACIÓN DE OXÍGENO EN LA SANGRE Y SE CONTROLARÁ EL ELECTROCARDIOGRAMA, PARA ANALIZAR SUS VARIACIONES .DURANTE LA PRUEBA SE PUEDE ADMINISTRAR ALGÚN FÁRMACO (ISOPROTERENOL) PARA INCREMENTAR LAS REACCIONES DEL ORGANISMO. LA PRUEBA FINALIZA SEGÚN UN TIEMPO ESTABLECIDO EN UN PROTOCOLO ESCRITO O CON LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS O SIGNOS ALARMANTES.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

ES FRECUENTE QUE SE NOTEN PALPITACIONES AL INICIO DE LA PRUEBA. SI EL RITMO CARDÍACO DISMINUYE O BAJA LA PRESIÓN ARTERIAL DE FORMA IMPORTANTE SE PUEDEN NOTAR SENSACIÓN DE MAREO O TENER UN DESMAYO. LOS SÍNTOMAS SE RESUELVEN VOLVIENDO A LA POSICIÓN HORIZONTAL.

PUEDEN APARECER MOLESTIAS RELACIONADAS CON LA PUNCIÓN VENOSA SIENDO NORMALMENTE LEVES (DOLOR, FLEBITIS, HEMATOMAS). ES EXCEPCIONAL LA APARICIÓN DE PROBLEMAS GRAVES (ASISTOLIA PROLONGADA).

EN SU CASO OTROS RIESGOS SON:

.....

SE LE HA RECOMENDADO REALIZAR ESTA PRUEBA PORQUE LOS BENEFICIOS QUE SE PUEDEN OBTENER SON SUPERIORES A LOS POSIBLES RIESGOS DE LA MISMA. SI APARECEN COMPLICACIONES EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA RESPONSABLE DE LA PRUEBA ESTÁ CAPACITADO Y DISPONE DE MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

5- ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

ESTA EXPLORACIÓN ESTÁ INDICADA EN SU CASO.

ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO NO DUDE EN PEDIR LA INFORMACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL *

EL MÉDICO DR./DRA. _____ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE _____. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. _____.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. _____ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN _____.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. _____ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO _____, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

HOSPITAL _____ Hª CLÍNICA Nº _____ SERVICIO _____

HABITACIÓN / CAMA _____ FECHA _____ HORA _____ LOCALIDAD _____

TESTIGO

YO, D. _____ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. _____ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. _____.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE _____.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: _____

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. _____ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA _____ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. _____ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE _____.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor