

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEDACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La sedación consiste en proporcionar al paciente un estado transitorio y reversible de disminución del nivel de consciencia para ayudarle a relajarse y favorecer el control del dolor (analgesia).

Para ello se administran medicamentos anestésicos, analgésicos, tranquilizantes o sedantes por vía intravenosa. Las dosis de medicamentos utilizados son las más adecuadas para cada situación, según sea el procedimiento a realizar, las características personales, la sensibilidad a los fármacos y el estado de salud del paciente.

El grado de sedación necesario es distinto en cada caso, y puede ir desde la simple eliminación de la ansiedad y el miedo, hasta un estado próximo a la anestesia general. Lo normal es que usted esté en un estado de desconexión parcial de la consciencia (dormido), pero seguirá con el control de las funciones respiratorias y cardiacas.

Después del procedimiento y una vez despierto, aún puede pasar un tiempo hasta que esté completamente recuperado para realizar las actividades normales de la vida diaria. Este tiempo puede ser de unas pocas horas, hasta un día.

El control de la sedación está a cargo del personal médico y de enfermería de la unidad de endoscopia con la vigilancia de parámetros vitales.

La finalidad de la sedación es evitar la angustia y el dolor en las actuaciones exploratorias diagnósticas y/o terapéuticas endoscópicas. Además permite que no se mueva el paciente para que la prueba se realice con éxito y de forma segura.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Hematomas por dificultad para la canalización de la vena.
- Flebitis (inflamación de las venas) y tromboflebitis (formación de un coágulo en la vena).
- Náuseas y vómitos.
- Problemas para orinar o respirar.
- Bajada de la tensión arterial.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- El contenido del estómago puede llegar a los pulmones (aspiración) y causar problemas respiratorios.
- Alergia a sueros y fármacos usados en la sedación. Estas alergias pueden ser graves, pero rara vez ponen en peligro la vida del paciente.

- Intoxicación o reacciones graves ante el uso de algunos medicamentos y anestésicos. Estos pueden bajar la tensión arterial, el ritmo del corazón, aumentar la temperatura del cuerpo y causar problemas del riñón y del cerebro.
- Problemas cardiorrespiratorios: alteraciones de la tensión arterial, ritmo cardiaco y disminución de la concentración de oxígeno en sangre sobre todo en relación con el grado y la duración de la sedación. Parada cardiorrespiratoria.
- Retraso en la recuperación de la sedación.
- Lesiones neurológicas: movimientos distónicos o coreiformes, agitación, delirio.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Enfermedad respiratoria y/o cardíaca grave no controlada.
- Alergia conocida a los fármacos a utilizar.
- Tiempo insuficiente de ayuno, en las pruebas programadas.
- Problemas graves con sedaciones previas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Realizar el procedimiento sin sedación (asumiendo las molestias del mismo).
- Anestesia general.

AUTORIZACIÓN PARA "SEDACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS"

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Digestivo

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: