DIGESNOVA - SALUD DIGESTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEDACIÓN CONSCIENTE

Servicio de Anestesiología | Documento clínico para información al paciente y firma

IMPORTANTE: ENTREGUE ESTE DOCUMENTO FIRMADO EL DÍA DE LA PRUEBA/INTERVENCIÓN. EN CASO DE DUDA CONSULTE A SU MÉDICO.

Nombre y apellidos del paciente: _____	**D.N.I:** _____

¿Qué es la sedación consciente?

Consiste en la administración por parte del anestesiólogo de medicación anestésica vía intravenosa que le proporcionará cierto grado de relajación y/o somnolencia que disminuirá su ansiedad y conseguirá abstraerle de estímulos externos desagradables, teniendo bajo control los signos vitales y proporcionando los cuidados médicos necesarios.

La sedación consciente tiene como objetivo principal mantenerle calmado, cómodo y sin dolor.

Posibles riesgos asociados a la sedación

El efecto de los fármacos administrados siempre tiene una variabilidad inter-individual en función de la edad, peso, interacciones medicamentosas con medicación que usted tome habitualmente y sus antecedentes médicos y otros factores desconocidos.

La sedación consciente siempre transita en la frontera con la sedación inconsciente, a veces, es inevitable por dicha variabilidad interindividual a pesar de seguir los protocolos previstos.

La frecuencia de aparición de complicaciones es muy baja, aunque ninguna intervención está libre de riesgo. En general son leves y reversibles; sin embargo, existe la posibilidad de graves lesiones de órganos vitales (1 de cada 10.000).

Entre los riesgos potenciales se encuentran:

- Sedación excessive e hipotensión.
- Broncoaspiración de secreciones y/o sangre.
- Reacciones alérgicas a los líquidos o medicamentos utilizados; pueden darse, aunque no tenga antecedentes de alergia, y pueden ser leves o graves y podrían llevar a una situación de gravedad extrema pudiendo producir lesiones neurológicas y cardíacas graves o, incluso la muerte.
- Náuseas, vómitos, dificultad para orinar y dolores musculares los días que siguen a la operación.
- Flebitis y/o tromboflebitis (inflamación de las venas). Quemaduras en la piel o electrocución por la utilización de instrumentos eléctricos durante la intervención.
- Parada cardíaca imprevista, con resultado de muerte, coma o daño cerebral irreversible; este riesgo es mayor en pacientes con enfermedades cardíacas, edad avanzada, anestesia general y en la cirugía de urgencia.

Para minimizar los riesgos y tratar cualquier posible complicación el anestesiólogo estará controlando todo el proceso de sedación de principio a fin, ayudado por la monitorización de constantes vitales y soporte farmacológico pertinente.

Riesgos personalizados

En función de sus antecedentes médicos personales a los riesgos anteriormente citados se le pueden sumar otras consideraciones a tener en cuenta:

_____
_____

Medidas previas al tratamiento

Se me ha informado de la obligatoriedad de adoptar las siguientes medidas previas al tratamiento:

- No tomar alimentos sólidos mínimo 8 horas antes del procedimiento ni tomar líquidos claros hasta 3 horas anteriores siguiendo estrictamente las indicaciones dadas por el Gastroenterólogo según la prueba endoscópica a realizar.
- Seguir con mi medicación habitual (a no ser que se me indique lo contrario).
- Advertir antes del inicio del procedimiento de cualquier anomalía o problema que haya podido aparecer desde la última visita (dolor, fiebre, inflamación, etc.).

Normas a seguir después del tratamiento

Asimismo, he sido informado de las siguientes normas a seguir después del tratamiento:

- Abandonar el centro acompañado de un familiar o amigo mayor de edad.
- No conducir vehículos de ningún tipo durante 24 horas posteriores al tratamiento.
- No realizar actividades potencialmente peligrosas durante 24 horas posteriores al tratamiento.
- No ingerir alcohol ni cualquier otro tipo de sustancia tóxica durante 24 horas posteriores al tratamiento.

Firma y Autorización del Paciente

Yo, D./Dña. _____, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria CONSIENTO que se me realice el tratamiento propuesto en este documento.

En _____, a _____ de _____ de 20___

Firma del paciente

Tutor Legal o Familiar

D./Dña. _____, y en calidad de _____, soy consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento no es competente para decidir en este momento, por lo que asumo la responsabilidad de la decisión en los términos que haría el propio paciente y CONSIENTO la realización del tratamiento propuesto en este documento.

En _____, a _____ de _____ de 20___

Firma del tutor legal o familiar

Firma del Médico

Firma del médico que informa:

En _____, a _____ de _____ de 20___

Firma del médico que informa

Firma Denegación / Revocación

Yo, D./Dña. _____, después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN / REVOCACIÓN (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de 20___

Firma del paciente (Denegación/Revocación)