CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO

1.Identificación y descripción del procedimiento: La sedación consiste en proporcionar al paciente un estado reversible de disminución del nivel de consciencia y analgesia. Para ello es preciso realizar la punción de una vena y la introducción de un pequeño catéter por el que se administrarán los sueros y los fármacos necesarios según la situación del paciente y el tipo de exploración prevista. La sedación es dirigida por el médico endoscopista. El control de la sedación se realiza por parte del personal médico y de enfermería de la Unidad de Endoscopia Digestiva, mediante diferentes métodos clínicos y aparatos que controlan y vigilan las funciones vitales (cardíaca, respiratoria, cerebral y otras). Con ello se mantiene una vigilancia permanente durante todo el acto y se consigue la máxima seguridad. Uno de los fármacos más usados en sedación es propofol, y si bien su uso por parte del personal de endoscopia está fuera de ficha técnica, es ampliamente usado en estas exploraciones, y avalada su utilización por las sociedades científicas de endoscopia dada su superioridad en cuanto a seguridad, documentada científicamente, frente a otros sedantes, y su idoneidad para este tipo de procedimientos.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar: El propósito de la sedación es permitir que el paciente sea explorado sin sufrir dolor, mediante la administración de fármacos hipnóticos, sedantes y/o analgésicos por vía intravenosa, procurando la máxima seguridad, comodidad y vigilancia durante la exploración endoscópica.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento: Aunque no es aconsejable, las exploraciones endoscópicas pueden ser llevadas a cabo sin sedación.

4. Consecuencias previsibles de su realización: La utilización de sedación durante la exploración endoscópica permite un mayor confort tanto para el paciente como para el médico endoscopista, lo que incrementa la posibilidad de éxito de la exploración. Además, el paciente no siente dolor y habitualmente no guarda recuerdo de una exploración que puede ser desagradable.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: La aparición de molestias y dolor puede condicionar que la exploración haya de ser interrumpida sin llegar por tanto a ser completada, lo que frecuentemente obliga a repetirla o a indicar otro tipo de pruebas alterativas molestas también para el paciente.

6. Riesgos: La sedación no está exenta de riesgos como flebitis en el lugar de punción, complicaciones cardiopulmonares: hipoxemia (disminución del oxígeno en la sangre), hipoventilación (disminución en la frecuencia de las respiraciones), hipotensión, hipertensión, bradicardia (disminución de la frecuencia cardiaca), taquicardia (aceleración del ritmo cardiaco), arritmias (alteraciones en el ritmo cardiaco), aspiración (paso de secreciones orales o gástricas a los pulmones), complicaciones neurológicas: movimientos distónicos o coreiformes, agitación, delirio. Estas complicaciones son las más frecuentes y ocurren aproximadamente en 1 de cada 100-1000 sedaciones efectuadas. Menos frecuentes que las anteriores pueden ser consecuencia de la hipoxemia mantenida o de la lesión de un nervio por la posición adoptada, alergia a algún medicamento sedante, alteraciones visuales, tos, fiebre, hiperlipemia, retención urinaria. En casos extremadamente raros las lesiones producidas a consecuencia de la sedación pueden producir daños graves e irreversibles, y muy excepcionalmente paro cardiorrespiratorio y muerte.

7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente: La posibilidad de que alguna de estas complicaciones aparezca puede aumentar por circunstancias añadidas como su edad, peso, enfermedades que usted padezca, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, drogas), antecedentes médicos o quirúrgicos, medicación que esté recibiendo.

8. Los riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas son:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA:
DECLARACIONES Y FIRMAS

Yo (nombre y apellidos del paciente que recibe la información)
Declaro que: el Dr./Dra
me ha informado de la necesidad/conveniencia de realizar endoscopia digestiva bajo sedación, y se me ha explicado y he comprendido y aceptado la información que se me ha dado. El facultativo que me ha atendido es quien me ha facilitado las explicaciones en lenguaje claro y sencillo y he comprendido el procedimiento, así como sus riesgos y complicaciones más frecuentes, tanto de tipo general como derivados de mi situación concreta. He sido, así mismo, informado/a de las posibles alternativas, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado las dudas planteadas.
Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.
En consecuencia, **doy mi consentimiento** para que se me realice la intervención que me ha sido explicada anteriormente.

Fecha y lugar: En (lugar) , a (día) de (mes) de (año)

Firma del paciente Firma del médico

TUTOR O REPRESENTANTE
D./Dña. con DNI: , y en calidad de (parentesco)
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.
He sido suficientemente informado/a del procedimiento que se le va a realizar y doy expresamente mi consentimiento para su realización, que podré retirar en el momento que lo desee.

Firma del tutor o representante legal

NO AUTORIZACIÓN O ANULACIÓN
Por la presente **NO AUTORIZO / ANULO** cualquier consentimiento plasmado en este impreso, que queda sin efecto a partir de este momento. Me han sido explicadas, y entiendo y asumo las repercusiones que sobre la evolución del proceso ello pudiera derivar.

Fecha y lugar: En (lugar) , a (día) de (mes) de (año)

Firma del paciente o representante legal