

PACIENTE: _____

CEDULA No. _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEDACION

INDICACION

La sedación moderada está indicada para el acompañamiento de procedimientos para diagnóstico o tratamiento que producen molestia o dolor al paciente y que necesitan un estado donde el paciente se encuentre relajado, tranquilo, sin dolor y en contacto con el personal a cargo de su cuidado.

A pesar de que la mayoría de estos procedimientos se hacen a través de pequeñas agujas o catéteres (tubitos o mangueras delgadas), pueden asociarse a dolor o recuerdo desagradable del procedimiento, como en el caso de las punciones en hígado, riñón, región de la pelvis, así como endoscopias de tracto digestivo y las vías respiratorias. En algunos casos, la aplicación del anestésico local no es suficiente para evitarlos, por lo que se recomienda la sedación moderada.

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO:

La sedación moderada se define como la disminución del nivel de consciencia con la utilización de medicamentos, manteniéndose la posibilidad del paciente para respirar sin ayuda y la capacidad de responder a la estimulación física y a órdenes verbales.

BENEFICIOS:

La sedación moderada permite la realización del procedimiento con menos ansiedad del paciente disminuye el dolor, el paciente tolera mejor el procedimiento y sin recuerdo del evento (amnesia transitoria). Permite una recuperación más rápida, cuando se compara con la anestesia general.

RIESGOS DEL PACIENTE CON EL PROCEDIMIENTO:

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de la correcta aplicación de la sedación, se pueden presentar eventos indeseables.

Los diferentes esquemas de sedación son seguros y con baja posibilidad de complicaciones (menores del 2%), casi todas relacionadas con disminución transitoria de la presión arterial. La depresión respiratoria o disminución de la capacidad de respirar espontáneamente, secundaria al uso de analgésicos opioides (como morfina meperidina o fentanyl, entre otros) es una complicación muy rara.

Por el procedimiento pueden presentarse náuseas o vómito, que podría ocasionar aspiración del contenido del estómago hacia los pulmones, si usted no puede toser efectivamente y proteger naturalmente las vías respiratorias.

Aunque excepcionales, pueden existir complicaciones que lleven a la muerte o a secuelas irreversibles. Es muy importante que informe los medicamentos que está tomando actualmente para evitar posibles reacciones entre medicamentos.

En todos los casos, el Dr. José Ignacio Restrepo hace todos los esfuerzos para la reducción de los riesgos propios del procedimiento y dispone de los medios para el manejo de las complicaciones que llegaran a presentarse.



ALTERNATIVAS:

En algunas ocasiones, es posible hacer el procedimiento sin sedación, es decir con la plena conciencia del paciente. Pero puede causar ansiedad, un mal recuerdo o movimientos no intencionales en el procedimiento, que causen dolor o riesgos en el manejo del equipo, como salida accidental o daño de una vena o de un órgano interno del paciente.

Otra alternativa es la anestesia general, proporcionada por un médico anesthesiólogo, pero suele tener mayor riesgo de complicaciones.

OBTENCION DE LA VOLUNTAD DEL PACIENTE

Declaro que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el estado de salud y los posibles procedimientos diagnósticos o terapéuticos necesarios. También manifiesto que me han sido aclaradas todas las dudas y me han explicado los posibles riesgos y complicaciones con el procedimiento.

Doy mi consentimiento para que se efectúen el procedimiento descrito anteriormente y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo llevan a cabo.

Firma del paciente
C.C.

Firma del Medico
Registro Médico No.

FECHA _____

DISENTIMIENTO

No acepto el procedimiento, soy consciente y asumo los riesgos y consecuencias de mi negativa. Me han informado que negarme al procedimiento no cambia la disposición del equipo asistencial a proporcionarme las alternativas de tratamiento, con las limitaciones, que mi sedación genera.

Firma del paciente
C.C.

Firma del médico
Registro Médico No. _____

Fecha _____