



Consentimiento Informado para Terapia Electroconvulsiva bajo anestesia general y relajación muscular

Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre de la persona usuaria	N.º de identificación	Edad
Nombre del profesional que informa	Código profesional	

Lea cuidadosamente y consulte al médico cualquier duda que le surja.

Descripción del procedimiento:

La Terapia Electroconvulsiva (TECAR) bajo anestesia general y relajación muscular consiste en aplicar, de forma controlada, un estímulo eléctrico a través de electrodos colocados en la cabeza, con el objetivo de producir una convulsión breve que ayude a estabilizar las sustancias químicas del cerebro y mejorar el funcionamiento mental.

El procedimiento tiene una duración corta, generalmente de pocos minutos. Durante la sesión se monitorean en forma continua los signos vitales, la oxigenación y la actividad del cerebro para garantizar su seguridad. Se realiza en ayunas durante un periodo de 08 horas, en una sala especialmente equipada, y bajo la supervisión de personal médico y de enfermería capacitado. La anestesia y la relajación muscular garantizan que usted no experimente molestias durante su aplicación. Al finalizar, permanecerá aproximadamente dos horas en una sala de recuperación hasta que se haya recuperado completamente de la anestesia.

Antes y después de cada sesión, el equipo médico evalúa su estado físico y mental para asegurar su bienestar. La frecuencia del tratamiento es de dos a tres sesiones por semana, y la cantidad total de sesiones dependerá de su respuesta al tratamiento. En general, se aplican entre 6 y 18 sesiones para completar el tratamiento.

Objetivo y beneficios esperables:

La TECAR es un tratamiento indicado en depresión mayor, trastorno bipolar, catatonía, esquizofrenia u otras condiciones psiquiátricas, en las siguientes situaciones:

- Cuando no ha existido una respuesta adecuada o hay intolerancia a otros tratamientos previos con medicamentos
- Cuando la persona ha tenido una respuesta favorable a TECAR en ocasiones anteriores
- En casos de urgencia psiquiátrica, como riesgo grave para la vida o catatonía.

El objetivo es lograr la mejoría significativa y rápida de los síntomas y favorecer la mejoría funcional.

El médico tratante le explicará las razones clínicas que justifican la indicación de TECAR en su caso particular, los resultados esperados y las anotará en el espacio siguiente:



Riesgos más frecuentes:

- Como todo procedimiento clínico, la TECAR bajo anestesia general y relajación muscular implica ciertos riesgos que es importante que usted conozca. Entre los efectos secundarios más comunes, aunque generalmente leves y transitorios, se encuentran:
- Dolor de cabeza
- Náuseas y vómitos
- Dolor muscular
- Cambios en la presión arterial
- Alteraciones en la frecuencia o ritmo cardíaco
- Trastornos temporales de la memoria
- Somnolencia
- Desorientación mental transitoria
- Pérdida de piezas dentales que estén flojas

Estos efectos suelen resolverse solos o con medidas médicas inmediatas. El personal médico a cargo está debidamente capacitado para atender cualquier eventualidad que pudiera surgir durante o después del procedimiento.

Riesgos más graves:

Generalmente se presentan con menor frecuencia.

- Reacciones alérgicas, problemas para mantener la respiración, paro cardíaco o muerte.
- Problemas en la boca como pérdida de dientes, sangrado en encías y trastornos de la memoria que pueden durar de días a semanas.

Riesgos personalizados:

El médico le explicará y anotará sus condiciones médicas o de otra índole que generen algún riesgo adicional para la TECAR.

Consecuencias previsibles de su no realización:

En caso de que usted no acepte recibir esta terapia, puede optar por la continuación del tratamiento que su médico le explicará, con las siguientes consecuencias esperables:



Información de interés

- Si usted tiene capacidad para tomar decisiones, puede optar por interrumpir la TECAR.
- El médico tratante puede considerar no interrumpir la TECAR si hacerlo representa un riesgo para usted o para otras personas.
- La TECAR ha demostrado ayudar en condiciones como la depresión resistente, la catatonía y la manía grave; sin embargo, cada persona responde de forma diferente, por lo que no se puede asegurar que produzca mejoría en todos los casos.
- La sesión puede modificarse o suspenderse si el equipo médico detecta alguna condición que lo haga necesario, garantizando su seguridad.
- Antes de la sesión, se deben retirar dentaduras postizas, joyas u otros objetos metálicos para evitar lesiones o interferencias con los electrodos.
- Después de la TECAR, es posible sentirse somnoliento o desorientado; por ello, debe contar con un acompañante responsable que pueda cuidarlo y trasladarlo de forma segura.
- No se debe conducir ni tomar decisiones importantes durante las 24 horas posteriores a la sesión, debido a los efectos temporales de la anestesia y el tratamiento.
- Es fundamental seguir las instrucciones y cuidados indicados por el equipo médico, los cuales se entregan por escrito para garantizar la seguridad y eficacia del tratamiento.
- La aceptación para recibir TECAR no exime al médico ni a la institución de cumplir con sus responsabilidades legales o administrativas.

Dudas planteadas por el paciente

El profesional en medicina responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga.

Observaciones:

¿La persona usuaria tiene capacidad conservada para tomar decisiones? Sí () No () Justifique

--

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado: declaro que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. También declaro que me han explicado verbalmente el procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones y alternativas, y me han aclarado todas las dudas. Además, declaro que se me ha informado que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento.



De manera libre y voluntaria complete la siguiente información

¿Acepta someterse al procedimiento recomendado?		(SI)	(NO)
Firma o huella del usuario o representante legal	Fecha	Hora	
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora	

Firmas de los testigos: nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- ☐ Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- ☐ Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta.

Nombre de la persona a la que se delega	Firma o huella	Identificación	Fecha
Nombre del testigo 1	Firma o huella	Identificación	Fecha
Nombre del testigo 2	Firma o huella	Identificación	Fecha

De requerirse practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

Revocatoria: en caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)

He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento o intervención que había autorizado.			
Nombre del usuario o del representante (si procede)	Firma o huella	Identificación	Fecha