

Consentimiento Informado para Terapia Electroconvulsiva (TEC)

Nombre del procedimiento Terapia Electroconvulsiva (TEC)	Servicio de Psiquiatría
Nombre del Centro de Salud Hospital	Edad del usuario
Nombre del usuario	Nº de Identificación
Nombre del representante o garante (si procede)	Nº de Identificación
Nombre del profesional que informa	Código profesional
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional

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

Descripción del procedimiento: La decisión de utilizar este tratamiento se toma después de un análisis, considerando que los beneficios de la TEC están por encima de los riesgos. La TEC es un tratamiento que se brinda bajo anestesia general, mediante la cual se aplica una corriente eléctrica en la cabeza para estabilizar las sustancias químicas del cerebro. Generalmente requiere de dos a tres sesiones por semana y el número recomendado es de seis a dieciocho sesiones. Antes y después de cada tratamiento se valora el estado físico y mental del usuario.

La TEC se realiza en ayunas, en una sala especialmente equipada para ello, bajo el cuidado del personal médico y de enfermería. La técnica actual de aplicación bajo anestesia lo hace un tratamiento eficaz y seguro, que en general no le causará molestias al momento de su aplicación y que presenta un riesgo similar al de cualquier procedimiento quirúrgico que utilice anestesia general de corta duración. Las sesiones se pueden suspender si la persona que autoriza no está de acuerdo en continuarlo o si se presenta alguna complicación o contraindicación inesperada en el transcurso de la aplicación.

Objetivo y beneficios esperables: La TEC se usa para mejorar su condición de salud mental en cuadros depresivos y otros trastornos psiquiátricos que no han tenido respuesta adecuada con medicamentos. Es de elevada eficacia, generalmente su acción es más rápida que otros tratamientos, sin embargo, la eficacia esperada depende de la indicación de la TEC, usted debe saber que puede tener una respuesta parcial (solo mejora algunos síntomas) o incluso nula. En su caso particular, las razones clínicas que le llevan a un abordaje de este tipo y los resultados que se buscan se indican en el apartado observaciones.

Alternativas disponibles: La TEC es un procedimiento electivo, puede utilizarse como una alternativa de tratamiento o cuando no se ha tenido respuesta adecuada con medicamentos. De no elegirse, se puede optar por la continuación del tratamiento que su médico le explicará.

Consecuencias previsibles: Dolor de cabeza, sueño, dolores musculares después del tratamiento, entre otros.

Riesgos más frecuentes: Cualquier procedimiento médico tiene riesgos. En el caso de la TEC podrá presentar: dolor de cabeza, vómitos, náuseas, dolores musculares, cambios en la presión arterial, en la velocidad o el ritmo del corazón.

Riesgos más graves: son menos frecuentes como: riesgos derivados de la anestesia (reacciones alérgicas, problemas para mantener la respiración), problemas en los dientes como: pérdida de dientes, sangrado en encías, lesiones leves en la boca, trastornos de la memoria (que puede durar de días a semanas) y paro cardiaco.

Riesgos personalizados: El profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones médicas o de otra índole que generen algún riesgo adicional para la intervención.

Información de interés: Usted puede cambiar de opinión cuando lo desee, con respecto a si desea continuar con la TEC o no. Aceptar realizar la TEC no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o

administrativas que estos incumplan. En caso de una emergencia durante el procedimiento se hará lo necesario para el resguardo de su salud y su vida.

Dudas planteadas por el paciente: El profesional en medicina responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga.

Observaciones:

¿La persona usuaria tiene en este momento capacidad para la decisión? **(SI) (NO)**

Con base en la información y explicación que el profesional en medicina 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, que me han explicado verbalmente respecto al procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones, alternativas y me han aclarado las dudas y que conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta el procedimiento recomendado?		(SI)	(NO)
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha		Hora
_____	_____	_____	_____
Firma del representante o garante (si procede)	Fecha		Hora
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha		Hora
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza la intervención (si procede)	Fecha		Hora
En caso de consentimiento por delegación (completar solo en caso necesario o bien dejar en blanco)			
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma	Identificación	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma	Identificación	Fecha
En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario)			
He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento que había autorizado en la fecha _____.			
_____	_____	_____	_____
Nombre del usuario o representante	Firma	Identificación	Fecha