



Consentimiento Informado para Terapia Electroconvulsiva con anestesia y relajación

Nombre del procedimiento: Terapia Electroconvulsiva con anestesia y relajación (TECAR)	Servicio: Psiquiatría
Nombre del Centro de Salud:	Edad del usuario:
Nombre del usuario:	Nº de Identificación:
Nombre del encargado (si procede):	Nº de Identificación:
Nombre del médico que informa:	Código médico:
Nombre del médico que aplica el procedimiento de la TECAR:	Código médico:

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

Descripción del procedimiento:

La TECAR es un tratamiento, mediante el cual previa anestesia general y relajación, se aplica un estímulo eléctrico en la cabeza, buscando estabilizar las sustancias químicas del cerebro. Se realiza en ayunas, en una sala especialmente equipada para ello, bajo el cuidado del personal médico y de enfermería. En general, no causa molestias al momento de su aplicación por realizarse bajo anestesia, lo cual lo hace un tratamiento eficaz y seguro.

Antes y después de cada sesión se valorará su estado físico y mental. Esta terapia se aplica dos a tres veces por semana, el número de sesiones se determinará según su respuesta y evolución; por lo general se requieren un total de 6 a 18 sesiones.

Objetivo y beneficios esperables:

La TECAR es un procedimiento electivo que se usa para mejorar su condición de salud mental en cuadros depresivos y otros trastornos psiquiátricos, como una alternativa de tratamiento, cuando no se ha tenido respuesta adecuada con medicamentos o en situaciones de urgencias psiquiátricas. La respuesta esperada a este tratamiento depende de su condición mental actual.

El médico tratante le explicará las razones clínicas y los resultados esperados del tratamiento en su caso particular y las anotará a continuación:

Riesgos más frecuentes:

La TECAR al igual que todo procedimiento clínico posee riesgos, por lo que es importante que usted los conozca. Dentro de los riesgos frecuentes pero leves están: dolor de cabeza, vómito, náuseas, dolor muscular, cambios en la presión arterial, en la velocidad o ritmo del corazón, trastornos temporales de la memoria, somnolencia y desorientación mental transitoria. Estos riesgos son leves y el personal médico a su cargo está debidamente capacitado para atenderle si ocurre alguno de ellos.



Riesgos más graves:

Generalmente se presentan con menor frecuencia.

- Riesgos propios de la anestesia: reacciones alérgicas, problemas para mantener la respiración, paro cardíaco o muerte.
- Riesgos propios de la terapia: 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 se encuentra en capacidad para tomar decisiones, puede optar por interrumpir la TECAR.
- Su médico tratante puede considerar no interrumpir la TECAR, si representa un riesgo para usted o para otras personas.
- El médico tratante puede suspender la TECAR cuando surja alguna contraindicación o complicación en el transcurso de las sesiones.
- La aceptación para recibir la TECAR no libera al médico tratante o a la institución de cumplir 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 ()



Con base en la información y explicación que el profesional en medicina me ha suministrado.

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 oralmente respecto al procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones y alternativas; que me han aclarado las dudas y que conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización de este.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información

¿Acepta el procedimiento recomendado?		Sí ()	No ()
_____	_____	_____	_____
Firma o huella de la persona usuaria	Fecha		Hora
_____	_____	_____	_____
Firma del representante (si procede)	Fecha		Hora
_____	_____	_____	_____
Firma del médico que informa	Fecha		Hora
_____	_____	_____	_____
Firma del médico que realiza la intervención	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 o bien dejar en blanco)			
He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento que había autorizado.			
_____	_____	_____	_____
Nombre de la persona usuaria o encargado	Firma	Identificación	Fecha