



Apellidos:

Nombre

Edad

Nº H.C.

SEDACIÓN Y MEDIDAS DE CONFORT EN LA FASE FINAL DE LA ENFERMEDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACION GENERAL

La sedación es el tratamiento que disminuye el nivel de conciencia y eleva el umbral mínimo para la percepción de todas las sensaciones. Se aplica para controlar síntomas o situaciones cuyo tratamiento específico se muestra ineficaz, y sean tan penosas para el enfermo que este admita la disminución del nivel de conciencia con tal de no percibir el síntoma. El tratamiento admite gradación en la profundidad de la sedación, en el tiempo de su aplicación (sedación transitoria, sedación terminal) y en el momento de la decisión (urgente o no urgente).

La sedación indicada durante el periodo de agonía se denomina *Sedación Paliativa en la Agonía* y consiste en la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima.

Es muy frecuente que los pacientes que afrontan los últimos días o horas de vida estén en fallo cognitivo, experimenten dolor, dificultad respiratoria o delirium agitado. En tales circunstancias, el marco temporal para la toma de decisiones se reduce de tal forma que los síntomas pueden considerarse prontamente refractarios, ya que no existe tiempo real para intentar otro tratamiento que no sea la sedación (superficial o profunda); y con su consentimiento explícito, implícito o delegado en la familia o allegados.

¿CÓMO SE REALIZA?

La elección de los fármacos depende esencialmente de cual es la causa por la que se indica la sedación. siendo los tres fármacos principalmente utilizados la morfina, el haloperidol y las benzodiazepinas

Como ocurre con muchos tratamientos médicos, la dosis adecuada es la mínima requerida para obtener el efecto farmacológico deseado. En la Sedación Paliativa los parámetros relevantes a evaluar y monitorizar son la ansiedad, la agitación y el nivel de conciencia.

La dosis, vía y el ritmo de administración de los sedantes puede variar de acuerdo con las necesidades clínicas del paciente, así pues, algunos pacientes requieren sedantes de forma puntual, o sólo durante un periodo del día o de la noche, mientras que otros pueden precisar una administración continuada.

COMPLICACIONES.

El objetivo clínico de la sedación es obtener un estado mental de calma, de una cierta indiferencia frente a una situación distresante y no la vida o muerte de los pacientes, y que el resultado de la sedación puede ser medida utilizando algunas de las escalas de sedación al uso. El efecto secundario de la sedación es la pérdida de la capacidad de comunicación de los pacientes, pero no su muerte, fallecimiento que puede ocurrir en el caso de pacientes extremadamente frágiles con enfermedades avanzadas o terminales, donde la muerte no es una posibilidad lejana, sino una realidad cercana influenciada por múltiples factores y raramente controlables por el equipo.



RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Si después de leer detenidamente este documento desea mas información, por favor, no dude en preguntar a su médico, que le atenderá con mucho gusto

CONSENTIMIENTO

Yo, D./D^a: _____ doy mi consentimiento para que me sea realizado un **SEDACION / MEDIDAS DE CONFORT**

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo y declaro estar debidamente informado/a, según disponen los artículos 8,9 y 10 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y Documentación clínica, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista con el médico firmante. Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria

Málaga, a _____ de _____ del _____ .

PACIENTE

FAMILIAR DELEGADO

MEDICO

DNI:

DNI:

Dr:

Fdo

Fdo

Nº Col/CNP:

Fdo:

REPRESENTANTE LEGAL

DNI:

Fdo

DENEGACION O REVOCACION

Yo, D./D^a: _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesta de forma libre y consciente mi **denegación / revocación** (*táchese lo que no proceda*) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión

Málaga, a _____ de _____ del _____ .

PACIENTE

FAMILIAR DELEGADO

MEDICO

DNI:

DNI:

Dr:

Fdo

Fdo

Nº Col/CNP:

Fdo:

REPRESENTANTE LEGAL

DNI:

Fdo