



## SEDAZIO SAKONERAKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEDACIÓN PROFUNDA

### A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....

### B. INFORMAZIOA:

Sedazio sakonak hainbat helburu ditu: ebakuntzan minik ez sentitzea, prozedura galaraz edo zail lezaketan mugimenduak saihestea eta pazientearen kontrol globala izatea. Sedazioa Medikuntza Intentsiboko espezialistak ematen eta gainbegiratzen du. Hura arduratzen da prozesua une oro kontrolatzeaz.

Sedazio sakona jasotzen duzunean guztiz lo egongo zara. Pazientea sedatzeko, ezinbestekoa da gailu bat sartzea ahoan edo sudurrean, arnasketa normala ez galtzeko.

### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Sedazio-prozeduretako heriotza-tasa guztiz ezohikoa da (1 kasu 10.000 pazientetan).
- Bihotzeko, gibelesko edo giltzurruneko gaixotasunak dauzkaten pazienteek, edo hipertentsio arteriala, diabetesa, bronkioetako asma edo obesitate handia daukatenean, bai eta urte asko dauzkaten pazienteek ere, arrisku handiagoa daukate, eta, hortaz, balorazio indibiduala behar dute. Aurretik miokardio-infartua izan duten pazienteek % 15-30 inguruko arriskua dute berriro ere infartua izateko, lehenengo infartua izan zutenetik hiru hilabete igaro baino lehen operatzen badira, eta % 10-15 artekoa, infartua izan zutenetik hiru eta sei hilabete arteko epean operatzen badira.
- Oso gutxitan, serumek eta medikazioak erreakzio alergikoak eragin ditzakete, baina oso ezohikoak dira, eta ez dituzte aurreko probak justifikatzen.

#### Sedazio sakonaren arazo espezifikoak:

- Goragaleak-gorakoa, zorabioak, ondoeza eztarrian eta erlastura. Normalean ordu batzuen buruan desagertzen dira sintoma horiek.
- Batzuetan, zaila gertatzen da gailua ahoan sartzea, eta baliteke hortzen bati kalte egitea. Inoiz edo behin, lesioak eragin ditzake trakean edo esofagoan, eta/edo bronkoaspirazioa (urdaileko edukia biriketara igarotzea).

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

### A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:  
..... Fecha: .....

### B. INFORMACIÓN:

Los objetivos de la sedación profunda son eliminar el dolor durante la intervención, evitar movimientos que puedan dificultar o impedir la realización del procedimiento y llevar el control global del paciente. La administración y supervisión de la misma corre a cargo del especialista en Medicina Intensiva que está encargado de controlar el proceso en todo momento.

Durante la sedación profunda se encontrará profundamente dormido/a. Para administrarla, es preciso colocar un dispositivo en la boca o en la nariz, con el fin de que siga respirado correctamente.

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- La mortalidad por el proceso de sedación es excepcional (1 de cada 10.000 pacientes).
- Los pacientes con enfermedades cardíacas, hepáticas o renales, hipertensión arterial, diabetes, asma bronquial, obesidad importante o ancianidad, tiene un riesgo mayor, que hay que valorar individualmente. Los que hayan tenido infarto de miocardio tienen un 15-30% de riesgo de reinfarto, si se operan en los tres meses posteriores, y de un 10-15% entre los tres y los seis meses siguientes.
- La administración de sueros y medicación puede producir reacciones alérgicas que son poco frecuentes, y no justifican pruebas previas.

#### Complicaciones específicas de la sedación profunda:

- Nauseas-vómitos, mareos, molestias en la garganta y ronquera, síntomas que desaparecen normalmente en unas horas.
- A veces, la introducción de un dispositivo en la boca puede ser dificultosa y dañar algún diente y raramente, producir lesiones en la tráquea o esófago, y/o broncoaspiración (paso de contenido del estómago a los pulmones).

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

**D. ESAN IEZAGUZU:**

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergia, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, egungo medikazioa, edo beste edozein kontu; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna handiagoa izan daiteke haien eraginez.

**E. ARRISKU PERTSONALAK:**

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikuek eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

**F. ORDEZKO AUKERAK:**

Horiek sedazioaren ardura duen medikuek baloratuko ditu estimatutako arriskuen arabera.

**D. AVÍSENOS:**

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

**E. RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

**G. ALTERNATIVAS:**

Serán valoradas por el médico responsable de la sedación en función de los riesgos estimados.

**DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN**

**FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.**

**Pazientea/ El Paciente****Pazientearen izen-abizenak**Nombre, dos apellidos  
.....**Sinadura eta data**

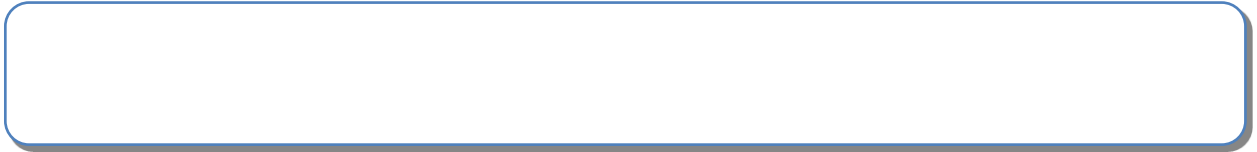
Firma y fecha .....

**Medikua/El/La Médico****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha &lt;&lt;FECHA&gt;&gt;

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad****Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal****Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones, ejerzo mi derecho de desistimiento.  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

