

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE SEDACIÓN PALIATIVA

Lugar.....

Fecha ...../...../.....

**1.** Yo..... habiéndome explicado en términos claros y sencillos la patología que presento, sin posibilidad alguna de realizar tratamiento onco-específico, hallándome en la etapa terminal de mi enfermedad y presentando un estado de sufrimiento y/o desasosiego producto de la misma, ..... autorizo al Dr/a..... y a su equipo a realizar un procedimiento conocido como SEDACIÓN PALIATIVA.

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 los síntomas o situaciones cuyo tratamiento específico se muestra ineficaz, y sean tan traumatizantes para el paciente que este admita la disminución del nivel de conciencia con tal de no percibir dicho síntoma. La sedación indicada durante el período de agonía producto de una enfermedad terminal se denomina SEDACIÓN PALIATIVA DE FIN DE VIDA.

Esta consiste en la administración de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia de un paciente cuya muerte se prevé muy próxima. Es muy frecuente que los pacientes que afrontan los últimos días u horas de su vida estén con deterioro cognitivo, experimenten dolor, dificultad respiratoria o delirium con excitación psicomotriz. En tales circunstancias este tratamiento es efectivo a fin de brindar calidad de vida en la etapa final de la misma.

**2.** Se me ha explicado que el objetivo de la sedación paliativa es obtener un estado mental de calma e indiferencia frente a la situación estresante y no la vida o muerte del paciente, la cual ocurrirá producto de la misma enfermedad.

**3.** También fui informado/a que la elección de los fármacos se encuentra basada en los protocolos institucionales que existan para tales situaciones. Como en todo tratamiento médico, la dosis adecuada será la mínima necesaria para conseguir el efecto farmacológico deseado, siendo los parámetros a evaluar: la ansiedad del paciente, el estado de conciencia y la agitación que el paciente presente, no constituyendo un objetivo de la sedación el fallecimiento en sí del mismo.

**4.** Se me ha explicado que la alternativa a este tratamiento, es la no realización del mismo, pero para el caso puntual de la patología que presento, y el estado actual de la misma, el tratamiento propuesto es el de elección a fin de paliar mis síntomas actuales.

Asimismo, se me ha dado la oportunidad de efectuar todas aquellas preguntas que considere pertinentes al respecto las cuales me fueron respondidas en forma satisfactoria.

**5.** Se me ha explicado y he comprendido que del resultado de la sedación perderé la capacidad de comunicación con el entorno, la capacidad de alimentarme, lo mismo que toda posibilidad de deambulación, debido a que disminuiré mi estado de conciencia.

**6.** Fui informado que durante el curso de la SEDACIÓN PALIATIVA condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo que el profesional interviniente y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias.

**7.** Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del tratamiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.

8. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

Manifiesto ser alérgico a: .....

9. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo al profesional mencionado precedentemente a realizar el tratamiento conocido como SEDACIÓN PALIATIVA.

**Firma del paciente:** .....

**Documento:** .....

**Aclaración:** .....

**Firma del Profesional:**.....

**Sello:** .....

**SI EL PACIENTE ES MENOR, INCAPAZ O SE ENCUENTRA IMPOSIBILITADO DE CONSENTIR,  
COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente consentimiento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**Firma:** .....

**Aclaración:** .....

**Documento:** .....

**Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:** .....

**2.** Se me ha explicado y he comprendido que el drenaje de los abscesos consiste en vaciar el contenido purulento que se encuentra acumulado en su interior. Para ello, primero se realiza, a través de un estudio de imágenes, la localización del absceso para valorar el tamaño del mismo y confirmar la indicación de la realización del drenaje. A continuación, se selecciona el punto por el que se va a ingresar a drenar el absceso utilizando anestesia local en la zona para así evitar que se sienta dolor durante el procedimiento, pudiendo llegar a utilizarse la aplicación de anestesia endovenosa, para lo cual intervendrá un médico anesthesiólogo, habiéndome explicado y comprendido también los riesgos que implica la administración de la anestesia.

Posteriormente, por medio de un catéter, se punza la lesión y se intenta el drenaje del absceso. En ciertas situaciones puede requerirse dejar colocado el catéter en el sitio de punción hasta que se vacíe la colección.

**3.** Hago saber que se me ha dado la oportunidad de hacer todas aquellas preguntas que consideré pertinentes al respecto las que me han sido contestadas satisfactoriamente.

**4.** También se me ha informado y he comprendido que existe un tratamiento alternativo que consiste en el drenaje quirúrgico del absceso, o bien el empleo de tratamientos antibióticos solamente, no obstante, para mi caso en particular el tratamiento propuesto es el aconsejado.

**5.** Asimismo, se me han explicado los riesgos y las complicaciones que pueden originarse en este tipo de procedimientos, las cuales son las propias de todo procedimiento, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente (DBT, HTA; obesidad, etc.), como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación y a título ejemplificativo las siguientes: Infección o hematoma localizado en la zona de punción, obstrucción del catéter con el requerimiento de recolocación del mismo, pirogenemia, punción accidental de un vaso sanguíneo (arteria o vena), en el caso de abscesos en el tórax se puede provocar la punción accidental de la pleura con el consecuente desarrollo de un neumotórax, etc.

**6.** Estoy en conocimiento que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo al profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o medidas terapéuticas que sean necesarias, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el profesional, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período posterior al procedimiento.

**7.** Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me ha sido garantizado la obtención de los mismos.

**8.** Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados posteriores que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el procedimiento, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del mismo, de acuerdo a las explicaciones que se me brindaron sobre el particular.

**9.** Doy fe no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

Manifiesto ser alérgico a: .....

**10.** Autorizo a ser fotografiado y/o filmado durante el procedimiento a realizarse, siendo este material propiedad del profesional, quien podrá publicarlo en revistas científicas y/o ser expuesto con fines médicos y/o educacionales, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.

11. He leído este consentimiento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo el procedimiento indicado.

**Firma del paciente:** .....

**Documento:**.....

**Aclaración:** .....

**Firma del Profesional:**.....

**Sello:** .....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente consentimiento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**Firma:** .....

**Aclaración:** .....

**Documento:** .....

**(Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:** .....