

DIGESTIVO**SEDACION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

1. **¿Qué es?:** La sedación consiste en disminuir de forma reversible el estado de conciencia (en grado variable, desde la sedación superficial a la profunda.) para reducir la ansiedad y la percepción consciente del dolor y de cualquier otro tipo de molestia, Además, facilita una inmovilidad adecuada, procurando la mayor seguridad posible.
2. **¿Cómo se realiza?:** Estando el paciente en ayunas, se administran medicamentos (hipnóticos, sedantes y/o analgésicos) por vía intravenosa, en proporción y dosis adecuada al estado clínico de cada paciente y según el procedimiento a realizar. También es necesario aportar oxígeno por vía nasal y controlar la respuesta de las funciones vitales por medios clínicos y electromecánicos con el fin de prevenir o resolver sin secuelas las posibles incidencias que pueden presentarse. Todo ello lo realiza un equipo integrado por médicas/os y enfermeras/os. En algunas ocasiones es necesaria incluso la anestesia general. Dependiendo del procedimiento realizado, se podrá dar el alta médica en 30-60 minutos tras concluir la exploración.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?.** Las complicaciones más importantes son:
 - a. **Frecuentes:** A) Relacionadas con la punción venosa y la administración intravenosa: dolor local, hemorragia, hematoma, flebitis e infección. Suelen ser leves y controlables con medidas locales. B) Reacciones alérgicas o anafilácticas a los medicamentos y líquidos intravenosos o anestésicos tópicos administrados. Su gravedad es muy variable, desde la reacción cutánea leve hasta el shock anafiláctico con compromiso vital. Para prevenirlas el paciente debe advertir al médico de cualquier alergia (conocida o sospechada) a medicamentos, materiales y a algunos alimentos (el huevo o la soja). No se recomienda la realización de pruebas alérgicas a pacientes sin antecedentes alérgicos previos. C) Cardiovasculares: Alteraciones del ritmo cardiaco (bradicardia, taquicardia y otras arritmias más complejas severas) y de la presión arterial (hiper o hipotensión). Estas complicaciones son más frecuentes en (aunque no exclusivas de) pacientes con enfermedades cardiovasculares previas, en tomadores de medicamentos con efectos cardiovasculares y en ancianos. D) Respiratorios: Hipoventilación (disminución en el número y/o la eficacia de las respiraciones) e hipoxemia (disminución de la cantidad de oxígeno en la sangre que abastece a los órganos vitales). Estas complicaciones son más frecuentes en (aunque no exclusivas de) consumidores de tabaco, enfermos del pulmón o de los músculos, pacientes con alteraciones o cirugías de la cara o el cuello, obesos, ancianos y tomadores de ansiolíticos, antidepresivos o medicamentos contra el insomnio. La broncoaspiración (entrada en los pulmones) del contenido esofágico, gástrico o intestinal regurgitado o vomitado puede ser muy grave, por lo que el paciente debe cumplir estrictamente las instrucciones de ayuno recibidas. E) Neuromusculares o psiquiátricas: Náuseas o vómitos, retención urinaria, alteraciones visuales, distonías (movimientos involuntarios anormales), agitación, delirio o convulsiones.
 - b. **Infrecuentes:** De forma excepcional puede producirse una parada cardiaca con resultado de coma, daño cerebral irreversible o fallecimiento. Este riesgo es mayor en ancianos, enfermos cardiacos y en situaciones de urgencia o emergencia.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La sedación facilita al médico la realización de la endoscopia y mejora la tolerancia del paciente. Ambos efectos se traducen en un incremento de la calidad de la endoscopia diagnóstica y eleva las posibilidades de éxito terapéutico. Optimiza la tolerancia evitando la percepción del dolor y otras sensaciones molestas y suele producir amnesia (ausencia de recuerdo) del procedimiento. La sedación anula temporalmente las funciones intelectuales y cognitivas y su reversión completa sólo se alcanza tras un periodo variable de al menos horas. Por este motivo, el paciente DEBE DE ACUDIR ACOMPAÑADO A LA EXPLORACION y debe abstenerse de realizar actividades de riesgo (en especial la conducción de vehículos) durante 24 horas. También debe evitar la toma de decisiones importantes o la firma de documentos relevantes.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** La aparición de molestias y dolor puede obligar a suspender la exploración y tener que repetirla en otro momento o a la práctica de exploraciones alternativas.
6. **Alternativas:** Las endoscopias pueden realizarse sin sedación, con las consecuentes molestias al paciente y el riesgo de que no se cumplan los objetivos de la prueba. En ciertas exploraciones y/o en enfermos de sedación compleja o alto riesgo anestésico puede ser necesaria la participación de un médico anestesista, citándose la prueba según disponibilidad, en una fecha y lugar apropiados.
7. **Riesgos en función de su situación:** La frecuencia y la gravedad de las posibles complicaciones son muy variables. Existen varios estados fisiológicos o patológicos y circunstancias que elevan el riesgo de sufrir una complicación. Entre ellos están la edad avanzada, el embarazo, la obesidad, el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, la toma de algunos medicamentos, la existencia de enfermedades agudas o crónicas y de algunas cirugías previas y las intervenciones de urgencia.

SEDACION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

DECLARACION DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE				
APELLIDOS			NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO		
DATOS REPRESENTANTE LEGAL				
APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
DATOS PROFESIONAL				
APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL		NÚM. COLEGIACIÓN

DECLARO QUE:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento.
- He comprendido la información recibida.
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por lo tanto (señale la opción deseada):

Autorizo la realización de este procedimiento **No autorizo** la realización de este procedimiento

_____, a _____ de _____ de _____

Paciente / su representante

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada: _____ de _____ de _____

_____, a _____ de _____ de _____

Paciente / su representante

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____, a _____ de _____ de _____

Paciente / su representante

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____