

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: el tratamiento electroconvulsivo (TEC) es una tecnología terapéutica, en concreto un producto sanitario terapéutico activo sobre el sistema nervioso central para tratar ciertos trastornos mentales. Consiste en una serie completa de sesiones, es decir, un tratamiento continuado, limitado en el tiempo y completo por paciente. Tanto el número como la frecuencia de las sesiones puede ser variable para cada paciente. Una sesión de TEC tiene por objeto lograr cambios en el cerebro que pueden provocar una convulsión generalizada tónico-clónica de una intensidad y duración determinadas a la que se atribuye el efecto terapéutico principal. Esta tecnología terapéutica requiere equipamientos materiales, instrumentales y humanos específicos, y se realiza siempre bajo anestesia general.

2. ¿Cómo se realiza?: para conseguir el efecto terapéutico, se aplica una corriente eléctrica al cerebro, mediante un aparato específico, a través de electrodos colocados en la superficie cutánea craneal. El tratamiento tiene lugar bajo anestesia general y se aplica un relajante muscular con el fin de minimizar la convulsión tónico-clónica. El procedimiento completo dura unos minutos y puede realizarse tanto en pacientes ingresados como ambulatorios.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** aparte de los riesgos comunes a toda anestesia general, los riesgos más frecuentes son la disminución en la memoria retrograda y el deterioro de la memoria para eventos públicos o impersonales dos meses después de su uso. Se ha informado afectación de la memoria declarativa, que incluye la semántica o de hechos y la episódica o de sucesos. Un número importante de pacientes refiere deterioro persistente de la memoria. A pesar de que siempre se usan relajantes musculares, eventualmente puede haber lesiones dentales, que incluyen la posible pérdida de piezas, debido a la fuerza del espasmo bucal inducido por la sesión de electrochoque.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** se ha descrito crisis epilépticas tardías, espontáneas en uno de cada 10.000 pacientes (similar al tratamiento con medicamentos).
- El riesgo de muerte por TEC es similar a la anestesia general en cualquier cirugía menor, aproximadamente uno por cada 100.000 tratamientos aplicados o uno por cada 10.000 pacientes (menor que el riesgo de los pacientes con trastornos mentales graves no tratados)

4. Consecuencias previsibles de su realización: mejora o remisión del trastorno mental o la condición clínica por la que se prescribe.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: la falta de mejoría del trastorno mental o condición clínica, o la demora temporal en alcanzar dicha mejoría.

6. Alternativas: en algunos trastornos mentales o condiciones clínicas concretas es el tratamiento de primera elección, mientras que para otros lo es de segunda o tercera elección. La alternativa usual al TEC es el tratamiento psicofarmacológico, una combinación de distintos tratamientos, o bien otros tratamientos biológicos más o menos invasivos.

7. Riesgos en función de su situación: los derivados de la anestesia general. No parece que la mayor edad del paciente represente un factor adicional de riesgo para el TEC. Si hubiera deterioro cognitivo previo, el TEC podría exacerbar sus efectos adversos sobre la memoria

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

**PSIQUIATRIA
TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVO**

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. 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:

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

_____ , 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 _____

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.

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____