

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEDACIÓN ANESTÉSICA PEDIÁTRICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La sedación consiste en la administración de medicamentos anestésicos, analgésicos, tranquilizantes o sedantes por vía respiratoria, oral, rectal o en la vena. Las dosis de medicamento utilizados son las más adecuadas para cada situación, según la edad, el procedimiento a realizar, las características personales, la sensibilidad a los fármacos y el estado de salud del niño.

El grado de sedación necesario es distinto en cada caso, y puede ir desde la simple eliminación de la ansiedad y el miedo, hasta un estado próximo a la anestesia general. Lo normal es que el niño esté en un estado de desconexión parcial de la conciencia (dormido), pero seguirá con el control de las funciones respiratorias y cardíacas. A veces es necesario dar oxígeno a través de gafas nasales o mascarilla, para tener un buen nivel de oxígeno en sangre.

En algunas ocasiones puede ser necesario la reconversión de esta técnica a anestesia general, en principio no prevista para facilitar que el procedimiento se haga de la forma más segura.

Después del procedimiento y una vez despierto el niño aún puede pasar un tiempo hasta que esté completamente recuperado para realizar las actividades normales de la vida diaria, como correr o ir al colegio. Este tiempo puede ser de unas pocas horas hasta un día.

La finalidad de la sedación es proporcionar un estado de tranquilidad y relajación para que el niño se encuentre confortable y sin dolor ante la realización de intervenciones o actuaciones exploratorias diagnósticas y/o terapéuticas. Además permite que no se mueva el paciente para que la prueba se realice con éxito y de forma segura.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Riesgos frecuentes:

- Agitación.
- Hematomas por dificultad para la canalización de la vena.
- Flebitis (inflamación de las venas) y tromboflebitis (formación de un coágulo en la vena).
- Náuseas y vómitos.
- Problemas para orinar o respirar.
- Bajada de la tensión arterial.
- Retraso en la recuperación de la sedación.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- El contenido del estómago puede llegar a los pulmones y causar problemas respiratorios.
- Alergia a sueros y fármacos usados en la sedación y al material de los guantes (látex). Estas alergias pueden ser graves, pero rara vez ponen en peligro la vida del paciente.
- Intoxicación o reacciones graves ante el uso de algunos medicamentos y anestésicos. Estos pueden bajar la tensión arterial, el ritmo del corazón, aumentar la temperatura del cuerpo, y causar problemas del riñón y del cerebro.

- Parada cardiaca, con posibilidad de muerte o de sufrir daño permanente en el cerebro.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Existen situaciones en las que habría que valorar si el beneficio supera a los riesgos que pueda ocasionar como:

- Enfermedad respiratoria y/o cardíaca grave.
- Alergia conocida a los fármacos a utilizar.
- Infección aguda de las vías respiratorias.
- Tiempo insuficiente de ayuno, en las pruebas programadas.
- Problemas con sedaciones previas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Las alternativas a la técnica son:

- Realizar el procedimiento sin sedación (asumiendo las molestias del mismo).
- Anestesia general.

AUTORIZACIÓN PARA "SEDACIÓN ANESTÉSICA PEDIÁTRICA"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.^a , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padeczo, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: