

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 consciencia (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”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
Servicio de Anestesia
y Reanimación

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

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 _____

Firma del representante legal: