

NOMBRE:

PROCEDENCIA (CAMA): NHC:

FECHA: / /

GÉNERO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO
IDENTIFICACIÓN: I-ANR-003

SERVICIO DE ANESTESIA-REANIMACIÓN
(HOSPITAL INFANTIL)

ANESTESIA PEDIÁTRICA PARA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

¿QUÉ LE VAMOS A HACER?

1. Descripción del procedimiento

- **En qué consiste:** Se suprimirá el dolor y la ansiedad, con o sin pérdida de consciencia. Es realizado por médicos especialistas en Anestesia y Reanimación Pediátrica. Hay varios tipos de anestesia: General, Sedación monitorizada, Regional y Local. La anestesia general se parece a un sueño profundo y estable. La sedación es una variante más leve, por la que el paciente no llega a perder la consciencia. La anestesia regional y local afectan a una parte del cuerpo, aunque en niños a menudo se combinan con anestesia general o sedación. Pueden encontrar una explicación, en formato video, escaneando el código QR o en la web del Servicio: www.comunidad.madrid/hospital/lapaz/sites/lapaz/files/2019-11/Cartel_CaraB_LogoOK.pdf. En caso de que tenga alguna duda, puede contactar en horario de mañana con el teléfono 912071837.



• **Cómo se realiza:**

Antes de la anestesia, se estudian y valoran los antecedentes y características que tienen interés para definir el tipo de anestesia más adecuado y de menor riesgo para su hijo/a. Para ello, es importante que informe de:

- Enfermedades padecidas por su hijo/a, cirugías realizadas, procesos infecciosos contagiosos, medicamentos que toma, hábitos tóxicos, así como problemas anestésicos anteriores en él/ella o en familiares.
- Antecedentes conocidos en su hijo/a de alergias a fármacos, agentes anestésicos, alimentos, polen, etc.
- La presencia, en los días cercanos a la intervención, de procesos catarrales, fiebre, tos y moco, porque se asocian a problemas respiratorios más serios, en relación con la anestesia y la cirugía.

Durante la ANESTESIA GENERAL: Según valoración previa y mediante un estricto control de todas las constantes vitales del paciente:

- 1º Su hijo/a debe haber permanecido en ayunas al menos 6 horas para sólidos, 3 horas para la lactancia materna y 1 hora para agua.
- 2º Antes de entrar en quirófano, habitualmente se administra una sedación que permita disminuir la ansiedad del paciente y minimizar el impacto psicológico producido al separar al/la paciente de su familia.
- 3º La anestesia se administra, en la mayoría de los casos, a través de una mascarilla facial, respirando gases anestésicos, aunque también se puede utilizar la vía intravenosa.
- 4º Una vez dormido, se introduce un tubo en la tráquea o laringe, para el control de la respiración.
- 5º Puede ser necesario asociar anestesia regional o local, para controlar el dolor postoperatorio.

- **Cuánto dura:** Depende de la duración del procedimiento que necesite su hijo/a, según sea una intervención quirúrgica, exploración y/o tratamiento bajo anestesia, etc.

2. Qué objetivos persigue: Permitir la realización del procedimiento de la mejor forma posible, suprimiendo el dolor y la ansiedad asociados, y en las mejores condiciones para su hijo/a.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

1. Riesgos generales:

- Un número reducido de pacientes puede presentar, al despertar, náuseas y vómitos, así como sensaciones molestas, con ronquera en la garganta.
- Algunos niños eliminan de un modo paradójico los fármacos utilizados en la anestesia presentando agitación y desorientación o quedando excesivamente sedados, necesitando una vigilancia más prolongada en la Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA).
- Muy ocasionalmente pueden producirse problemas respiratorios potencialmente graves (broncoespasmo, laringoespasmo, barotrauma -lesión del pulmón-, infecciones respiratorias), a menudo desencadenados por procesos infecciosos respiratorios recientes o en curso (debe avisar de ello).
- En el caso de no haber guardado el ayuno indicado arriba, puede haber regurgitación o vómitos, y producirse la aspiración del contenido gástrico hacia el aparato respiratorio, lo que puede producir problemas respiratorios y/o infecciones respiratorias secundarias.
- Existen riesgos de reacciones imprevistas y lesiones secundarias a las técnicas anestésicas (alergias, alteraciones hemodinámicas, arritmias, lesiones dentales, vasculares, pulmonares, hepáticas, edema de glotis, hipertermia maligna, hematoma epidural...) y secundarias a la tecnología empleada (fluidos, látex, contraste radiológico, bisturí eléctrico, sistemas de calentamiento, lesiones posturales, etc.).
- Afortunadamente, el riesgo de mortalidad (1/100.000) y de complicaciones graves, es muy poco frecuente cuando el procedimiento anestésico se lleva a cabo por especialistas con formación específica en Anestesiología Reanimación Infantil. Esta probabilidad aumenta en presencia de patología añadida, en los pacientes recién nacidos y cuando la intervención o procedimiento se realice de urgencia.

Así mismo puede aparecer otra complicación no especificada, ya que en toda intervención quirúrgica o el periodo postoperatorio se pueden presentar problemas y/o complicaciones no previsibles, que pueden hacer necesarios cambios sobre lo previsto indicando su ingreso en la Unidad de Reanimación-Cuidados Críticos Postquirúrgicos.

2. Riesgos personalizados: Además de los riesgos anteriormente citados, por la/s enfermedad/es que padece su hijo/a, puede presentar otras complicaciones:

3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo: Evita el dolor y la ansiedad, disminuyendo el impacto psicológico en el niño. Permite realizar todo tipo de cirugía, exploración y procedimiento, en las condiciones óptimas requeridas y con la mayor eficacia y seguridad.

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

La difícil colaboración del niño, limita la aplicación de otras alternativas anestésicas.

¿NOS AUTORIZA?

Por este documento solicitamos la autorización para realizarle el procedimiento y/o prueba al paciente.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

Le informamos además que, en cumplimiento de la legislación vigente, sus datos personales serán tratados con la finalidad de prestarle asistencia sanitaria y le aseguramos la anonimización de las imágenes e información procedentes de la Historia Clínica cuando éstas sean utilizadas con fines docentes o científicos. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Servicio de Atención al Paciente del Hospital.

1. Relativo al paciente:

D./D.^a con D.N.I.

He sido informado/a suficientemente del procedimiento que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas; lo he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicho procedimiento por el médico responsable y/o médico residente supervisado por facultativo especialista. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

Firma del paciente

Fecha:/...../.....

2. Relativo al médico:

Dr./Dra. he informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Firma del médico

Fecha:/...../.....

3. Relativo a los familiares y tutores:

El paciente D./D.^a no tiene capacidad para decidir en este momento.
D./D.^a con D.N.I. y en calidad de he sido informado/a suficientemente del procedimiento que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del tutor o familiar

Fecha:/...../.....

4. Relativo a la no aceptación (REVOCACIÓN) del Consentimiento Informado:

D./D.^a con D.N.I.

He sido informado/a de que puedo revocar este documento previamente a la realización del procedimiento, por lo que manifiesto que **NO** doy mi Consentimiento para someterme a la realización del mismo, dejando sin efecto mi Consentimiento anterior. Deseo hacer las siguientes observaciones

Firma del paciente

Fecha:/...../.....

5. Relativo a la RENUNCIA al Derecho de Información:

D./D.^a con D.N.I.

Pongo de manifiesto que, por razones personales, **renuncio** al derecho de 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 este procedimiento, tal como he prestado y firmado en el apartado 1.

Firma del paciente

Fecha:/...../.....