

 Hospital Infantil Universitario Niño Jesús Avda. Menéndez Pelayo, 65. 28009 MADRID Telf. 915035900 atepac.hnjs@salud.madrid.org		NHC:.....F.NACIMIENTO:..... Nombre y Apellidos:..... SEXO:..... DIRECCIÓN:...../.....CP:..... TELÉFONO:..... N.S.S.:..... CIPA:.....	
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA			
SERVICIO ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR		FACULTATIVO que informa: (Nombre y apellidos)	
JUICIO DIAGNÓSTICO:			
La realización de diversos procedimientos diagnósticos o terapéuticos y/o intervenciones quirúrgicas hace necesaria la administración de anestesia general, regional, local o sedación anestésica y su finalidad es realizarlo sin dolor. Previamente, el anestesiólogo comprobará que su estado de salud es el adecuado para su realización con el mínimo riesgo y valorará la administración al niño (premedicación anestésica para conseguir una sedación que le permita superar ese momento con el menor trauma psíquico posible). La ANESTESIA GENERAL consiste en un estado de hipnosis similar al sueño profundo que se consigue mediante la administración de medicamentos a través de una vena o en forma de gases anestésicos. Habitualmente la respiración disminuye por lo que debe ser ayudada con aparatos denominados respiradores o ventiladores. En general se precisa introducir un dispositivo en la vía aérea que se conecta al ventilador para conseguir una respiración adecuada. La ANESTESIA LOCO-REGIONAL consiste en la supresión del dolor por bloqueo nervioso de la zona o región donde se va a realizar el procedimiento. En niños sin capacidad de colaboración, será necesario practicar previamente una anestesia general. Tanto para la Anestesia General como para la Loco-regional, es necesario canalizar algún acceso venoso. Durante el procedimiento, va a estar controlado por un/una médico especialista en Anestesiología y Reanimación, que valorará a través de distintos sistemas de monitorización y control, sus requerimientos anestésicos y la respuesta de su organismo a los fármacos administrados y a la manipulación, exploración y/o intervención quirúrgica. El anestesiólogo es el encargado de controlar, durante todo el tiempo que dura el procedimiento, las funciones vitales del paciente (cardiovasculares, respiratorias...) y de tratar las posibles complicaciones que puedan surgir. Dependiendo de su situación y del tipo de procedimiento puede ser necesario el empleo de otros medios de control para vigilar, diagnosticar y tratar cualquier problema (presión venosa central, presión arterial directa, monitorización compleja, sondaje vesical, sondaje nasogástrico, etc.). Además le serán administrados a través de un catéter en una vena; sueros; o incluso, transfusión sanguínea u otros derivados de la sangre; que pueda necesitar. Después de la intervención se seguirán controlando sus funciones vitales, y se le administrará el tratamiento más adecuado hasta que pueda volver a su habitación de las salas de hospitalización. Durante la anestesia, por corta que sea su duración, pueden presentarse complicaciones de diferente gravedad y frecuencia: a) Riesgos poco graves y relativamente frecuentes: Náuseas, vómitos y una sedación residual o agitación leve hasta la completa eliminación de los agentes anestésicos. En caso de intubación traqueal, puede producirse rotura o movilización de dientes, dolor de faringe y afectación de cuerdas vocales. Otros: dolor o hematomas en zonas de punción, traumatismos posturales leves, retención urinaria b) Riesgos poco frecuentes y graves: - Dificultad respiratoria de diferentes causas (vía aérea difícil, laringoespasma, broncoespasma, edema de glotis, neumotórax...). Su riesgo es mayor en pacientes con afectación pulmonar o de vías respiratorias, anomalías de cara y cuello, enfermedades musculares o neumotórax previo. Para prevenir que durante la anestesia se produzca un vómito y que este pase al pulmón debe guardarse un ayuno riguroso. Los tiempos de ayuno recomendado son: Seis-Ocho horas (6-8h) para alimentos sólidos. Seis horas (6 h) para la leche artificial. Cuatro horas (4h) para leche materna. Dos horas (2h) para agua (máximo volumen permitido: 10cc por kg. de peso del paciente). - Alteraciones cardiocirculatorias (arritmias, hiper o hipotensión arterial, parada cardíaca...). Su riesgo es mayor en pacientes con enfermedades cardíacas previas. - Alteraciones metabólicas: hiper o hipoglucemia, alteraciones del equilibrio ácido-base o hipertermia maligna. Son más frecuentes en pacientes con enfermedades metabólicas (ej. diabetes) y/o enfermedades musculares (ej. miopatías). -Reacciones alérgicas: La administración de sueros y medicamentos durante la anestesia puede producir reacciones alérgicas. Aunque infrecuente, estas pueden llegar a ser graves. No obstante, no es aconsejable la práctica sistemática de pruebas alérgicas a los medicamentos y sueros anestésicos, en pacientes sin historia previa de reacción adversa a los mismos. -En el caso de las técnicas loco-regionales: cefalea, lesión nerviosa, toxicidad por anestésicos locales. En general, las complicaciones son más frecuentes y de mayor gravedad en niños de corta edad (recién nacido y lactante) y en los procedimientos realizados con carácter de urgencia. Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, por lo que es necesario que adviertan de sus enfermedades asociadas y su medicación actual. Los riesgos personalizados (enfermedades y factores asociados que aumentan el riesgo anestésico) en este caso son: 			
Documento	ANR-CI-001		
Aprobado	SI	Edición	3
Acta	06/2018	COPIA CONTROLADA	

Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

☐ AUTORIZO

☐ NO AUTORIZO

Posibilidad de facilitar información a terceros y familiares ante la petición de la misma.

☐ AUTORIZO

☐ NO AUTORIZO

La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud del paciente.

☐ AUTORIZO

☐ NO AUTORIZO

D/D^a.....en calidad de padre/madre o tutor del niño.....**SI / NO da su autorización** libre y voluntariamente para la realización del **PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO**, quedando el que firma informado de los posibles riesgos que pudiera derivarse de la aplicación. De la misma forma declaro que **SI / NO** he comprendido las explicaciones que me han facilitado en lenguaje claro y sencillo, habiendo quedado satisfecho de la información recibida. El facultativo que me ha atendido **SI / NO** me ha permitido realizar todas las observaciones que he considerado y me ha aclarado las dudas que he planteado facilitándome información adicional. Igualmente se me ha explicado la posibilidad de revocar mi consentimiento.

Madrid, a..... de..... de.....

Existe la presunción legal de que la **patria potestad** se ejerce en beneficio de los hijos y, por tanto, que el progenitor que actúa sin el otro con su hijo lo hace en beneficio del menor, por lo que, respecto a terceros de buena fe, se presumirá que cada uno de los progenitores actúa en el ejercicio ordinario de la patria potestad con el consentimiento del otro.

D/D^a.....D/D^a.....D/D^a.....
(Padre) (Madre) (Tutor legal)
DNI/NIE/Pasaporte.....DNI/NIE/Pasaporte.....DNI/NIE/Pasaporte.....

Firma y rúbrica

Firma y rúbrica

Firma y rúbrica

D/D^a.....
(Paciente, en su caso)
DNI/NIE/Pasaporte:.....Firma y rúbrica

D/D^a.....Núm. colegiado:Firma y rúbrica.....
(Facultativo) (CIAS) (Sello)

D/D^a.....en calidad de padre/madre/tutor del niño:....., **revoco** la decisión anteriormente tomada acerca de la realización del **PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO**.

Madrid, a..... de..... de.....

Existe la presunción legal de que la **patria potestad** se ejerce en beneficio de los hijos y, por tanto, que el progenitor que actúa sin el otro con su hijo lo hace en beneficio del menor, por lo que, respecto a terceros de buena fe, se presumirá que cada uno de los progenitores actúa en el ejercicio ordinario de la patria potestad con el consentimiento del otro.

D/D^a.....D/D^a.....D/D^a.....
(Padre) (Madre) (Tutor legal)
DNI/NIE/Pasaporte.....DNI/NIE/Pasaporte.....DNI/NIE/Pasaporte.....

Firma y rúbrica

Firma y rúbrica

Firma y rúbrica

D/D^a.....
(Paciente, en su caso)
DNI/NIE/Pasaporte:.....Firma y rúbrica

D/D^a.....Núm. colegiado:Firma y rúbrica.....
(Facultativo) (CIAS) (Sello)

Documento	ANR-CI-001		
Aprobado	SI	Edición	3
Acta	06/2018	COPIA CONTROLADA	