



**A INFORMACIÓ / INFORMACIÓN**

ANESTÈSIA I REANIMACIÓ

**1.- Identificació i descripció del procediment**

Hi ha diversos tipus d'anestèsia: general i local regional. Molt sovint en els xiquets es combinen ambdós tècniques. L'anestèsia local regional consistix a: la injecció, amb l'ajuda d'agulles especials i per mitjà de diferents tècniques, d'anestèsics locals en la proximitat d'un nervi o de la medul·la espinal, segons la intervenció, per a controlar el dolor tant intraoperatori com postoperatori. És realitzat per anestesiològs especialitzats en Anestèsia i Reanimació Pediàtrica que s'encarreguen de tot el procediment, així com de tractar les possibles complicacions que puguen sorgir. Després de valorar els antecedents i característiques del pacient, l'anestesiòleg decidix el tipus d'anestèsia més adequat i de menor risc per al xiquet.

Tots els procediments es duen a terme sota el control estricte de les constants vitals.

Abans d'entrar a quiròfan es disminúix l'ansietat del xiquet per a superar eixe moment amb el menor trauma psíquic. Per a això se li administren unes gotes per via nasal, un xarop per la boca o altres mitjans que li explicarem en eixe moment.

Sempre es col·loca un catèter intravenós per a l'administració de fluids i fàrmacs.

En la majoria dels casos, a causa de la falta de col·laboració dels xiquets i per a millorar el confort, l'anestèsia local regional es realitza sota anestèsia general i/o sedació.

De vegades, quan l'anestèsia local regional és insuficient, quan es produïx alguna complicació, etc. és obligatori realitzar una anestèsia general.

**2.- Objectius del procediment i beneficis que s'esperen aconseguir.**

Permetre la realització del procediment quirúrgic en les millors condicions per al xiquet, evitant o disminuint el dolor perioperatori.

**3.- Alternatives raonables a este procediment.**

En els casos en què l'anestèsia local regional no siga possible, o no s'aconseguisca per raons tècniques, pot ser necessari realitzar una anestèsia general. La difícil col·laboració del xiquet limita l'aplicació d'altres alternatives anestèsiques.

**4.- Conseqüències de la seua realització.**

El benefici principal és evitar el dolor perioperatori. Permet realitzar determinades cirurgies, exploracions i procediments en les condicions òptimes requerides i amb la major eficàcia i seguretat.

**5.- Conseqüències previsibles de la seua no realització.**

Si no es realitza el procediment, l'analgèsia només s'administrarà per via intravenosa o oral.

**6.- Riscos.**

De vegades, quan l'anestèsia local regional és insuficient o quan es produïx alguna complicació, és necessari realitzar una anestèsia general.

Per dificultat en la tècnica poden ser necessàries punxades repetits.

Després de l'anestèsia local regional poden sorgir molèsties a nivell de la columna vertebral com a mal de cap o d'esquena, que solen desaparèixer en els dies posteriors.

A l'administrar l'anestèsic en la proximitat del nervi poden sorgir molèsties com ara formiguejos o sensació d'insensibilitat.

L'anestèsia local regional sol comportar alteracions motores passatgeres.

De manera excepcional, per la dificultat per a col·locar l'anestèsic local en un punt concret, este pot passar a la sang o al sistema nerviós, produint un efecte semblant al de l'anestèsia general, i pot acompanyar-se de complicacions greus com a alteracions hemodinàmiques i convulsions.

Hi ha riscos de reaccions imprevistes i lesions secundàries a les tècniques anestèsiques locals regionals (al·lèrgies, alteracions hemodinàmiques, arrítmies, mareig, náusees, vòmits, etc) Està desaconsellada la pràctica sistemàtica de proves d'al·lèrgia als anestèsics en pacients sense història prèvia de reacció adversa als estos.

ANESTESIA I REANIMACIÓN

**1.- Identificación y descripción del procedimiento**

Hay varios tipos de anestesia: general y loco-regional. Muy a menudo en los niños se combinan ambas técnicas.

La anestesia loco-regional consiste en la inyección, con la ayuda de agujas especiales y por medio de diferentes técnicas, de anestésicos locales en la proximidad de un nervio o de la médula espinal, según la intervención, para controlar el dolor tanto intra como postoperatorio.

Es realizado por anesthesiólogos especializados en Anestesia y Reanimación Pediátrica que se encargan de todo el procedimiento, así como de tratar las posibles complicaciones que pudieran surgir.

Tras valorar los antecedentes y características del paciente, el anesthesiólogo decide el tipo de anestesia más adecuado y de menor riesgo para el niño.

Todos los procedimientos se llevan a cabo bajo estricto control de las constantes vitales.

Antes de entrar a quirófano se disminuye la ansiedad del niño para superar ese momento con el menor trauma psíquico. Para ello se le administran unas gotas por vía nasal, un jarabe por boca u otros medios que le explicaremos en el momento.

Siempre se coloca un catéter intravenoso para la administración de fluidos y fármacos.

En la mayoría de los casos, debido a la falta de colaboración de los niños y para mejorar el confort, la anestesia loco-regional se realiza bajo anestesia general y/o sedación.

En ocasiones, cuando la anestesia loco-regional es insuficiente, cuando se produce alguna complicación, etc, es obligatorio realizar una anestesia general.

**2.- Objetivos del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar.**

Permitir la realización del procedimiento quirúrgico en las mejores condiciones para el niño, evitando o disminuyendo el dolor perioperatorio.

**3.- Alternativas razonables a dicho procedimiento.**

En los casos en los que la anestesia loco-regional no sea posible, o no se consiga por razones técnicas, puede ser necesario realizar una anestesia general. La difícil colaboración del niño, limita la aplicación de otras alternativas anestésicas.

**4.- Consecuencias de su realización.**

El beneficio principal es evitar el dolor perioperatorio. Permite realizar determinadas cirugías, exploraciones y procedimientos en las condiciones óptimas requeridas y con la mayor eficacia y seguridad.

**5.- Consecuencias previsibles de su no realización.**

Si no se realiza el procedimiento, la analgesia sólo se administrará por vía intravenosa u oral.

**6.- Riesgos.**

En ocasiones, cuando la anestesia loco-regional es insuficiente o cuando se produce alguna complicación, es necesario realizar una anestesia general.

Por dificultad en la técnica pueden ser necesarios pinchazos repetidos.

Tras la anestesia loco-regional a nivel de la columna vertebral pueden surgir molestias como dolor de cabeza o de espalda, que suelen desaparecer en los días posteriores.

Al administrar el anestésico en la proximidad del nervio pueden surgir molestias tales como hormigueos o sensación de acorchamiento.

La anestesia loco-regional suele conllevar alteraciones motoras pasajeras.

De manera excepcional, por la dificultad para colocar el anestésico local en un punto concreto, éste puede pasar a sangre o sistema nervioso, produciendo un efecto similar al de la anestesia general, y puede acompañarse de complicaciones graves como alteraciones hemodinámicas y convulsiones.

Existen riesgos de reacciones imprevistas y lesiones secundarias a las técnicas anestésicas loco-regionales (alergias, alteraciones hemodinámicas, arritmias, mareo, náuseas, vómitos, etc) Està desaconsellada la pràctica sistemàtica de proves de al·lèrgia a los anestésicos en pacientes sin historia previa de reacción adversa a los mismos.



**A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE**

|                       |  |                    |  |  |
|-----------------------|--|--------------------|--|--|
| COGNOMS / APELLIDOS   |  | NOM / NOMBRE       | DNI                                    | DATA DE NAIXEMENT<br>FECHA DE NACIMIENTO |
| NÚM. SIP / Nº SIP     | DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA) |                    |  | CP                                       |
| LOCALITAT / LOCALIDAD | PROVÍNCIA / PROVINCIA  | TELÈFON / TELÉFONO | CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO |  |

**DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

|                     |              |     |                                    |                       |
|---------------------|--------------|-----|------------------------------------|-----------------------|
| COGNOMS / APELLIDOS | NOM / NOMBRE | DNI | DATA NAIXEMENT<br>FECHA NACIMIENTO | COM A / EN CALIDAD DE |
|---------------------|--------------|-----|------------------------------------|-----------------------|

**B DADES DEL METGE / DATOS DEL MÉDICO**

|                     |              |     |                                |
|---------------------|--------------|-----|--------------------------------|
| COGNOMS / APELLIDOS | NOM / NOMBRE | DNI | NÚM. COL-LEGIAT / Nº COLEGIADO |
|---------------------|--------------|-----|--------------------------------|

**C PROCEDIMENT / PROCEDIMIENTO**

NOM DEL PROCEDIMENT / NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

---

RISCOS ESPECÍFICS EN FUNCIÓ DE LA SITUACIÓ CLÍNICA DEL PACIENT / RIESGOS ESPECÍFICOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

---

**D DECLARACIÓ DE CONSENTIMENT / DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

**DECLARE QUE:**

- el doctor/a m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'este procediment
- he comprés la informació rebuda
- he pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes
- he sigut informat/ada que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant

**DECLARO que:**

- el doctor/a 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
- he sido informado/a de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto

- Autoritze la realització d'este procediment / Autorizo la realización de este procedimiento
- No autoritze la realització d'este procediment / No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El pacient / el seu representant / pare i/o mare / *El paciente / su representante / padre y/o madre (1)* El metge / El médico

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**E REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada  
 Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El pacient / el seu representant / pare i/o mare / *El paciente / su representante / padre y/o madre (1)* El metge / El médico

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**(1) En cas de no convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida hauran de firmar pare i mare, en cas contrari el progenitor que l'ostenta**  
**(1) En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta**

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).  
 Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).



A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE

Form fields for patient data: COGNOMS / APELLIDOS, NOM / NOMBRE, DNI, DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO, NÚM. SIP / Nº SIP, DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA), CP, LOCALITAT / LOCALIDAD, PROVÍNCIA / PROVINCIA, TELÈFON / TELÉFONO, CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Form fields for legal representative data: COGNOMS / APELLIDOS, NOM / NOMBRE, DNI, DATA NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO, COM A / EN CALIDAD DE

B DADES DEL METGE / DATOS DEL MÉDICO

Form fields for doctor data: COGNOMS / APELLIDOS, NOM / NOMBRE, DNI, NÚM. COL-LEGIAT / Nº COLEGIADO

C PROCEDIMENT / PROCEDIMIENTO

Form fields for procedure: NOM DEL PROCEDIMENT / NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO, RISCOS ESPECÍFICS EN FUNCIÓ DE LA SITUACIÓ CLÍNICA DEL PACIENT / RIESGOS ESPECÍFICOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

D DECLARACIÓ DE CONSENTIMENT / DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

DECLARE QUE:

- el doctor/a m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'este procediment
- he comprés la informació rebuda
- he pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes
- he sigut informat/ada que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant

DECLARO que:

- el doctor/a me ha explicat que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- he comprendido la información recibida
- he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- he sido informado/a de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto

Form fields for consent: Autoritze la realització d'este procediment / Autorizo la realización de este procedimiento, No autoritze la realització d'este procediment / No autorizo la realización de este procedimiento

El pacient / el seu representant / pare i/o mare / El paciente / su representante / padre y/o madre (1) El metge / El médico

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

E REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada
Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

El pacient / el seu representant / pare i/o mare / El paciente / su representante / padre y/o madre (1) El metge / El médico

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

(1) En cas de no convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida hauran de firmar pare i mare, en cas contrari el progenitor que l'ostenta
(1) En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).