



# SEUP

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
URGENCIAS DE PEDIATRÍA

**PEGATINA/DATOS DEL NIÑO**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEDACIÓN Y/O ANALGESIA**

### **¿PARA QUÉ SIRVE?**

La sedación y/o analgesia se realizan para disminuir o eliminar el dolor y la ansiedad del niño durante el procedimiento al que se va a proceder. En ocasiones también se utiliza para conseguir que el niño colabore o esté tranquilo en procedimientos en requieren mucha precisión.

### **¿EN QUÉ CONSISTE?**

Usamos medicamentos por diferentes vías: local, oral, nasal, inhalatoria, intramuscular o intravenosa. Dependiendo del caso, del efecto deseado y de su duración, en algunas ocasiones es preciso dar más de un medicamento o repetir las dosis.

Además, el niño estará vigilado en todo momento por personal sanitario durante el procedimiento y tras él, hasta que se recupere totalmente. Según la medicación utilizada, puede ser necesario que estén monitorizados el corazón, la respiración, etc.

### **¿HAY OTRAS OPCIONES?**

La alternativa es realizarlo sin fármacos, lo que ocasionaría al niño dolor y/o ansiedad de intensidad variable.

En los procedimientos que duelen poco se puede buscar alternativas no farmacológicas (sin medicamentos), cuya eficacia puede ser muy variable según el niño. Pero en los procedimientos o técnicas que duelan mucho o en aquellos que requieran mucha precisión, no existe alternativa posible en urgencias, salvo la no realización de la misma o la realización bajo anestesia general, a cargo de un especialista anestesiólogo.

### **EFFECTOS SECUNDARIOS**

#### **FRECUENTES**

- Náuseas y vómitos.
- Somnolencia excesiva, haciéndose preciso el uso de oxígeno u otras ayudas para respirar, durante un período corto de tiempo.
- Reacciones leves o sensación desagradable en el lugar de aplicación de la medicación (piel, nariz, vía venosa, etc)

#### **RAROS**

- Bajada de la tensión arterial, arritmias cardíacas.
- Problemas respiratorios que pueden necesitar intervención para mejorar la respiración del niño, como la introducción de un tubo hacia los pulmones.
- Reacciones alérgicas o individuales inesperadas a los medicamentos utilizados que en ocasiones pueden ser graves, pero que rara vez ponen en peligro la vida del paciente.

*Riesgos relacionados con las circunstancias personales específicas del niño:*

---

---



# SEUP

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Este documento sirve para que usted de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a su realización. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información anterior.

**DECLARO:**

Que he sido informado por el médico, de las ventajas e inconvenientes de la analgesia y sedación y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

**EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE LE ADMINISTRE ESTE TRATAMIENTO**

**REPRESENTANTE LEGAL** (caso de incapacidad del paciente):

D/Dña. \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Parentesco (padre madre, tutor, etc): \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MENOR SI PACIENTE MAYOR DE 12 años**

D/Dña. \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**PACIENTE ENTRE 6 Y 12 AÑOS**

Asentimiento del paciente según la ley 41/2002 de Autonomía del paciente  SI  NO

**MEDICO**

D/Dña. \_\_\_\_\_ Nº Colegiado: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Con fecha \_\_\_\_\_ hora \_\_\_\_\_ revocó el consentimiento informado para la realización de la sedación y/o analgesia. Me han sido explicadas las repercusiones de esta decisión sobre la evolución de la enfermedad, las entiendo y las asumo.

Parentesco (madre, padre, tutor, etc) \_\_\_\_\_

Firma del representante legal \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_