

# Sedación-Analgésia en procedimientos invasivos en Hemato-Oncología Pediátrica

## INTRODUCCIÓN

Como Padre/Madre o Tutor legal, usted tiene echo a ser informado acerca de los beneficios y riesgos derivados de la realización de una sedación/analgesia a su hijo/a. Esta es una norma para informarle y solicitar su autorización, siempre que la urgencia lo permita.

Tanto para el diagnóstico como para el tratamiento y seguimiento posterior de los procesos oncológicos los médicos nos vemos obligados a someter a los niños a numerosas pruebas, algunas molestas y otras realmente dolorosas. Entre éstas últimas destacan las punciones lumbares y aspirados de médula ósea a las que se tienen que someter principalmente los niños con leucemias, aunque dichos procedimientos son también necesarios en otros tipos de tumores y patologías.

En la actualidad contamos con métodos de sedación/analgesia que de forma eficaz y segura permiten aliviar tanto el dolor como el temor y ansiedad que los niños sufren ante dichos procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.

### 1. Identificación y descripción del procedimiento

La sedación/analgesia consiste en la administración de medicamentos por vía intravenosa que actúan tranquilizando al niño (sedantes) y disminuyendo o eliminando el dolor relacionado con el procedimiento (analgésicos). Esto se consigue mediante la combinación de tres medicamentos. Administrados a las dosis adecuadas a cada paciente consiguen un estado de "sedación consciente", que permite mantener todos los reflejos de defensa de la vía aérea de forma independiente y continua.

Para que la técnica sea segura se adoptan las mismas precauciones y vigilancia que para una anestesia general. El niño debe estar en ayunas un mínimo de 6 horas y será valorado previamente por el pediatra para descartar cualquier proceso que pueda interferir con la sedación/analgesia. Durante el procedimiento el niño estará vigilado por un pediatra y personal de enfermería expertos en el mismo, utilizando aparatos para controlar y monitorizar las constantes vitales (frecuencia cardiaca y respiratoria, saturación de oxígeno, tensión arterial). Con ello se mantiene una vigilancia permanente durante todo el proceso y se consigue la máxima seguridad.

### 2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

El objetivo del procedimiento es proporcionar a cada niño la sedación-analgésia necesaria para mitigar el dolor y facilitar el procedimiento diagnóstico-terapéutico. Los medicamentos utilizados también producen amnesia, por lo que el niño no es consciente de lo que se ha hecho y acude sin miedo al hospital, disminuyendo de forma notable la ansiedad anticipada. Por otra parte, al realizarlo en planta, se obtiene el beneficio adicional de no separar al niño de su familia.

### 3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Desde hacerlo sin preparación alguna a diversas técnicas (anestesia local, tranquilizantes orales, intranasales, analgésicos opioides) e incluso anestesia general. En nuestra experiencia la sedación consciente es el procedimiento que consideramos más adecuado.

### 4. Consecuencias previsibles de su no realización

Los procedimientos invasivos generan dolor y ansiedad. Cuando los procedimientos se repiten con frecuencia se han descrito síntomas de estrés. La falta de cooperación de algunos niños dificulta el procedimiento y puede interferir en el resultado del mismo.



# Sedación-Analgesia en procedimientos invasivos en Hemato-Oncología Pediátrica

## 5. Declaración de consentimiento

Don/doña ..... de ..... años de edad, con domicilio en ..... , DNI ..... y nº de SIP .....

Don/doña ..... de ..... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente) ..... , con DNI .....

Declaro:

Que el Doctor/a ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de ..... y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En ..... a ..... de ..... de 2 .....

Fdo.: Don / doña ..... DNI .....

Fdo.: Dr/a ..... DNI .....

Colegiado nº: .....

## 6. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... de ..... de 2 ..... y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En ..... a ..... de ..... de 2 .....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº: .....

