

Consentimiento Informado Para Traqueotomía Percutánea

Cirugía de Tórax

Consentimiento Informado Para Traqueotomía Percutánea

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de la
TRAQUEOSTOMÍA PERCUTANEA

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende realizar una abertura quirúrgica en la tráquea a través de una incisión en el cuello, en la cual se coloca un tubo (tubo de traqueostomía) para suministrar una vía aérea que permita una ventilación adecuada del paciente con un manejo apropiado de las secreciones de la tráquea, bronquios y pulmones. De igual modo se indica en caso de Ventilación Mecánica prolongada, para permitir un mejor manejo de la vía aérea, una mejor adaptación al ventilador mecánico, y disminuir riesgo de daño a las cuerdas vocales.

La traqueostomía debe permanecer por algún tiempo, hasta una adecuada recuperación del paciente, pero en algunos casos puede llegar a ser definitiva.

Como alternativas existe la técnica de traqueostomía abierta, la cual puede tener mayor número de complicaciones, también existe la opción de mantener la ventilación a través del tubo por la boca con las dificultades que esta conlleva.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de Anestesia General con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y explicados por el médico Anestesiólogo.

La técnica consiste en el abordaje de la tráquea con una pequeña incisión en el cuello y mediante un set especial de dilatadores (especialmente diseñados para esto), se accede a la tráquea, con la ayuda de una videofibrobroncoscopía (pequeña cámara de video en la tráquea), para insertar el tubo de traqueostomía que se conecta luego a los tubos de ventilación mecánica.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables y complicaciones, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (trombosis venosa profunda, embolía pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intra operatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas a medicamentos u otras.

Existen algunas complicaciones inherentes al procedimiento:

- Poco graves y frecuentes:
- Infección sitio de traqueostomía
- Sangrado de herida quirúrgica
- Dolor prolongado en la zona de la operación
- Aire en los tejidos circundantes.
- Obstrucción de la cánula
- Decanulación accidental
- Necesidad de cambio de la cánula (tubo) de traqueostomía

Poco frecuentes y graves:

- Lesión de vasos sanguíneos del cuello y del tórax
- Embolia gaseosa
- Hipoxia (falta de oxigenación durante el procedimiento)
- Neumotórax. (Aire alrededor de los pulmones)
- Lesión del esófago
- Lesión de nervios laríngeos

Tardías (semanas hasta años después)

- Granuloma de la tráquea
- Estenosis Subglótica
- Traqueo malacia segmentaria
- Fistula traqueo Cutánea (persistencia del orificio de la tráquea)

Pueden existir otras complicaciones, muy raras, diferentes a las previamente descritas.

Entiendo que ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes y complicaciones, incluyendo el de mortalidad, especialmente en patologías de alto riesgo como es esta.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica, la cual incluye la realización del procedimiento con técnica abierta

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones como

.....

Aunque puede ser realizable sin su preparación completa.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

El médico me ha explicado que en mi caso, la mejor opción es la TRAQUEOSTOMÍA PERCUTANEA

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy conforme con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
TRAQUEOSTOMÍA PERCUTANEA

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....



REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).