

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRAQUEOTOMÍA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en la apertura de la tráquea (el conducto por el que el aire llega a los pulmones) a la altura del cuello. Se realiza cuando es necesario mantener una intubación prolongada, resolver una obstrucción crónica o progresiva de las vías respiratorias superiores, tratar una infección, un tumor, entre otras indicaciones.

La traqueotomía se lleva a cabo mediante una incisión horizontal de aproximadamente 4 cm en la parte anterior e inferior del cuello. A través de esta incisión se crea una comunicación entre la tráquea y el exterior, en la que se coloca una cánula (un pequeño tubo) que permite la respiración y la expulsión de secreciones.

La intervención puede realizarse con anestesia general o local, dependiendo del estado clínico del paciente. Puede ser una cirugía urgente, en situaciones que comprometen la vida, o programada. La cánula se utiliza durante días o semanas, aunque en algunos casos debe mantenerse de forma permanente.

Tras la intervención, el aire entra y sale por un orificio visible en el cuello (traqueostoma). La voz puede cambiar o desaparecer mientras se use la cánula.

El objetivo del procedimiento es aliviar o eliminar la dificultad respiratoria, facilitar la eliminación de secreciones y proteger las estructuras traqueales frente a los efectos de una intubación prolongada. Si no se realiza, pueden producirse complicaciones graves como estenosis traqueales permanentes o incluso la muerte por asfixia.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- La respiración será a través de un orificio visible en la región anterior del cuello.
- Alteración en la voz.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la técnica son:

Riesgos frecuentes:

- Sangrado leve.
- Infección de la herida.
- Dificultad para manejar secreciones.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Hemorragia importante que puede precisar transfusión de sangre o sus derivados.
- Lesión del nervio laríngeo.
- Fístula traqueoesofágica.
- Imposibilidad de cerrar el orificio al retirar la cánula.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

..... puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "TRAQUEOTOMÍA"

Yo, D./D^a. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a. _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal: DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra. Col. Nº: Servicio de
--	---



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
*Servicio de
Otorrinolaringología*

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: