

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRAQUEOSTOMIA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

Es la realización de un orificio en la tráquea a través del cual se introduce una cánula para dar oxígeno y mantener asistencia respiratoria cuando se necesita. Permite retirar el tubo que hemos utilizado hasta ahora. En caso de pacientes con asistencia respiratoria prolongada conviene hacer este procedimiento aproximadamente a los 15 días de tubo oro-traqueal. Consiste en una intervención quirúrgica de corta duración, bajo anestesia local y sedación intravenosa. Se realiza en el cuello un corte con bisturí, se retira el tubo actual y se reemplaza por uno más corto que entra a través de esta herida. Se puede retirar la cánula sin problemas cuando ya no es necesaria, sin una nueva cirugía y sin dolor para el paciente; el orificio cierra solo a poco de retirada la cánula. Una vez retirada la cánula, el paciente recupera su voz anterior o con discreto cambio de tono.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Facilita que el paciente se comunique y se alimente por boca. Da confort al paciente intubado, esto es, se lo puede movilizar con mayor facilidad y menor riesgo. Puede mejorar la oxigenación con la ventilación mecánica. Facilita el manejo de la vía aérea artificial: movilización de secreciones, cambio del tubo en caso que tienda a taparse.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Puede mantenerse el tubo oro-traqueal: El paciente tendrá mayor riesgo de lesión permanente en cuerdas vocales. Puede retrasarse el proceso de curación por defectuosa oxigenación y dificultad de manejo de secreciones.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Mejoras en la oxigenación, en el confort del paciente, disminución de riesgos de lesiones permanentes. Para el equipo tratante, permite un manejo más seguro y eficaz de la vía aérea.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Lesiones permanentes a cuerdas vocales. cronicidad de la enfermedad, con mayor probabilidad de infecciones y otras morbilidades que aumentan el riesgo para la vida del paciente

RIESGOS FRECUENTES

Sangrado, fuga de aire a los pulmones o bajo la piel, salida accidental del tubo de traqueostomía en los primeros días, infección local de la herida operatoria, y nuevos episodios infecciosos del aparato respiratorio

RIESGOS POCO FRECUENTES

Sangrado de mayor cuantía, que no se llegue a instalar el tubo en tráquea y se haga un trayecto falso; estas son menos del 1%, y pueden llevar a la muerte. A largo plazo las complicaciones pueden ser importantes, más frecuentes y difíciles de resolver: estrechez en el sitio de entrada del tubo de traqueostomía y/o cierre de la tráquea durante la espiración o tos, con infecciones frecuentes y alteración de la calidad de vida.

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRAQUEOSTOMIA

ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **TRAQUEOSTOMIA**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/Sra..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **TRAQUEOSTOMIA**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO
FIRMA Y SELLO MÉDICO