

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRAQUESTOMÍA

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente ..... Edad .....

Nombre y apellidos (Representante legal) .....

DIAGNÓSTICO .....

### OBJETIVOS

- Mediante este procedimiento se pretende realizar una abertura 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 adecuado de las secreciones de la tráquea, bronquios y pulmones. De igual modo se indica en caso de Ventilación Mecánica prolongada.

### PROCEDIMIENTO

- El procedimiento consiste en el abordaje de la tráquea con una incisión en el cuello, exponiendo los anillos traqueales cartilagosos que el cirujano corta, uno o dos de ellos e inserta el tubo de traqueostomía que se conecta a los tubos de ventilación.

### CARACTERÍSTICAS

- La técnica consiste en el abordaje de la tráquea con una incisión en el cuello, para mostrar los anillos traqueales cartilagosos duros que forman la pared externa de la tráquea y que finalmente el cirujano corta uno o dos de ellos e inserta el tubo de traqueostomía que se conecta a los tubos de ventilación.
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

### RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.
- Poco graves y frecuentes: 1. Infección o sangrado de herida quirúrgica. 2. dolor prolongado en la zona de la operación, aire en los tejidos circundantes.
- Poco frecuentes y graves: 1. lesión de vasos sanguíneos del cuello. 2. embolia gaseosa. 3. neumotórax.
- El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden resolverse con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

### DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

#### MÉDICO/PROFESIONAL

#### PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a) .....	Sr(a) .....
RUT .....	RUT .....
Firma .....	Firma .....

### NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal .....

RUT .....

Firma .....

Fecha .....

### REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente .....
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal .....

RUT .....

Firma .....

Fecha .....