

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Traqueotomía Percutánea es una operación en la cual 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 tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

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 (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia 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 intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del 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).

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. Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Cirugía Traqueotomía Percutánea**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA, por el Dr.(a) _____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)