

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRAQUEOTOMIA

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

INTRODUCCION

La traqueotomía es la apertura temporal de la tráquea, por debajo del nivel de las cuerdas vocales, para dar acceso directo a la vía respiratoria inferior. La traqueotomía permite tratar de urgencia una asfixia de origen faríngeo o laríngeo que no responde a tratamiento médico o preparar un acto quirúrgico sobre la faringe o laringe. Es una alternativa ante la intubación dificultosa cuando se necesita una anestesia general y permite una ventilación mecánica prolongada.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anesesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA TRAQUEOTOMIA

En ocasiones, puede realizarse de extrema urgencia, incluso con anestesia local. Se realiza mediante una pequeña incisión cervical en la base del cuello, que permite una apertura de la tráquea y la colocación de una cánula a través del orificio de la piel.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA TRAQUEOTOMIA

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad,...), y los específicos del procedimiento:

- Riesgos inmediatos: Es posible la hemorragia local, que precise reintervención para control del punto sangrante. También es posible la obstrucción de la cánula por secreciones y/o el enfisema subcutáneo (aire debajo de la piel del cuello). Los siguientes riesgos postoperatorios son menos frecuentes en la traqueotomía reglada bajo anestesia general que en la traqueotomía de extrema urgencia: parada cardiorrespiratoria que precise reanimación, neumotórax o neumomediastino, por entrada de aire al tórax o al mediastino durante la intervención, la lesión de un nervio laríngeo (el

nervio recurrente), la lesión de alguna vena o arteria del cuello o comunicación de la tráquea con el esófago (fístula traqueoesofágica).

- Riesgos secundarios: La sobreinfección traqueobronquial es habitual en los días siguientes a la intervención. La cicatrización de la traqueotomía puede dejar una cicatriz retráctil, que puede necesitar cirugía local posteriormente.
- Riesgos excepcionales graves: La hemorragia de un gran tronco arterial es una eventualidad excepcional. Este riesgo es mayor en casos de asfixia y traqueotomía de emergencia y según la anatomía del cuello. La infección de los cartílagos laríngeos puede dar lugar a estenosis o retracciones cicatriciales traqueolaringeas.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....
.....

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

.....
.....

RESPONSABILIDADES ECONOMICAS

El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el coste de los implantes y material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y posibles cargos del hospital, dependiendo de dónde se realice la cirugía. Si el coste de la cirugía está cubierto por un seguro, usted puede ser responsable de pagos adicionales, deducciones y cargos no cubiertos. Puede haber costes adicionales si se dan complicaciones derivadas de la cirugía. Los cargos por cirugía secundaria o cirugía hospitalaria de día relacionadas con revisión quirúrgica podrían también correr a su cargo.

RENUNCIA

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o situación determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los

principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente satisfará las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias.

Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en un caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

Es importante que lea cuidadosamente la información anterior y hayan sido todas sus preguntas antes de que firme este consentimiento.

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA

1. Por la presente autorizo al **Dr. José Ramón Castelló Fortet** y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento:

.....
He recibido el siguiente folleto informativo: "Consentimiento informado para traqueotomía".

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse situaciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier situación que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier tipo de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte, sin perjuicio de la información más detallada que pueda facilitar el propio equipo de anestesistas, y a quien otorgaré el correspondiente consentimiento escrito.

4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

DR. JOSE RAMON CASTELLO FORTET
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA
MIEMBRO DE LA S.E.C.P.R.E.
COL. NUM. 282845840

JUAN BRAVO, 25 BAJO IZDA.
28006 MADRID
TEL. 91 771 02 96

6. Me ha sido explicado de forma comprensible: el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento, los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

Doy consentimiento a dicha intervención y, en el caso de existir alguna modificación de la técnica quirúrgica a emplear, así como alguna modificación en la indicación primaria surgida durante el transcurso de dicha intervención, autorizo al equipo Médico para que pueda variar lo anteriormente expuesto, debiendo dichos Médicos informar a los familiares, y/o a D.

....., de las referidas modificaciones durante la intervención quirúrgica o después de ésta, si la urgencia así lo requiriese.

Igualmente he sido informado, y me doy plenamente por enterado, de que el presente consentimiento podrá ser revocado por el abajo firmante en cualquier momento, así como que, en su caso, dicha revocación deberá hacerse por escrito.

Así pues, doy el consentimiento para el tratamiento o procedimiento, estando satisfecho/a con la información que se me ha facilitado.

En a de de 201...

Firma del Paciente

Firma del Cirujano Plástico

Firmado: D./D^a.

Fdo.: Dr./Dra.

(Nombre y apellidos)

(Nombre y apellidos)

D.N.I.: