

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL CIERRE DE UNA TRAQUEOTOMÍA

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada CIERRE DE UNA TRAQUEOTOMÍA, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La traqueotomía es una situación en la que, por diversas circunstancias, se ha realizado un orificio que comunica la tráquea, es decir el canal respiratorio, con el exterior. Dicha comunicación se suele mantener permeable mediante el uso de un dispositivo, que denominamos cánula. Por lo general, al retirar la mencionada cánula, el orificio tiende a cerrarse espontáneamente. No obstante, hay situaciones en las que este cierre no se produce, o no es completo. En dependencia de las circunstancias de su caso, y del criterio de su equipo asistencial, puede llevarse a cabo mediante una intervención quirúrgica.

Puede realizarse con anestesia general o con anestesia local y una sedación/analgesia del/de la paciente, y a través de una vía de abordaje externa.

Esta intervención se puede llevar a cabo mediante diferentes técnicas en dependencia de las circunstancias del caso, tales como el tamaño del orificio, el estado de los tejidos de su cuello, los tratamientos recibidos previamente, etc.

Valoradas las circunstancias anteriormente citadas, se actuará como mejor convenga al caso concreto: se suelen reavivar los bordes del orificio y, a partir de ese paso previo, se puede proseguir con técnicas tales como: una sutura de los tejidos que conforman el orificio, la utilización de la piel del propio paciente para cubrir el orificio (lo que se denomina un colgajo de piel, o un injerto) o, en casos excepcionales, un fragmento de cartílago procedente del propio paciente que se dispone de tal manera que quede libre la luz de paso de aire. Tras la intervención, es importante la colocación de un vendaje dispuesto de manera que impida el escape de aire a través del orificio intervenido.

Es conveniente que el/la paciente presione, con su dedo, en la zona intervenida en el momento de la tos, o la realización de esfuerzos.

Tras la intervención se recomienda el reposo de voz durante los primeros días. Asimismo, pueden aparecer ligeras molestias al tragar que suelen desaparecer a lo largo de unos días.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL CIERRE DE UNA TRAQUEOTOMÍA

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Persistirá el orificio a nivel de la parte inferior del cuello.

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría o normalización de la vía respiratoria inferior.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Si el objetivo es el cierre del orificio de traqueotomía, no existe otro procedimiento de eficacia contrastada.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Es posible que se reproduzca el orificio que ha sido intervenido.

Puede producirse una infección de la herida quirúrgica, o del aparato respiratorio, tales como traqueítis -es decir, inflamaciones de la tráquea-, bronquitis y neumonitis.

Es excepcional, pero puede aparecer una pericondritis -inflamación de los cartílagos de la tráquea-, o una afectación de las partes blandas del cuello.

Es posible que, durante unos días, el/la paciente sufra una disfagia o una odinofagia -dificultades y dolor al tragar-.

Excepcionalmente, pueden aparecer hemoptisis o hematemesis -emisión de sangre por la boca procedente del aparato respiratorio o digestivo-; y, excepcionalmente, disnea -sensación de falta de aire- que, incluso, puede requerir la realización de una intubación o una traqueotomía -apertura de la tráquea a nivel del cuello-.

En el caso de que se haya utilizado un colgajo o un injerto procedente de la piel del propio paciente, puede quedar una cicatriz inestética o dolorosa.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realizan incisiones o cauterizan pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa -polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del/de la paciente.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0.5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL CIERRE DE UNA TRAQUEOTOMÍA

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de ésta, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes para el equipo que me atiende.

Sé, por otra parte, que me intervendrá quien, dentro de las circunstancias del equipo médico, en el día de la intervención, sea más adecuado/a para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención, el equipo médico descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL CIERRE DE UNA TRAQUEOTOMÍA

Entiendo que es posible que el equipo asistencial finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL CIERRE DE UNA TRAQUEOTOMÍA

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a, con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el
paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este
momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que
haría el propio paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que
queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta
anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: