

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivo

Permitir la ventilación adecuada del paciente, así como el manejo de secreciones de tráquea, bronquios y pulmones. De igual modo se indica en caso de ventilación mecánica prolongada.

Características

La cirugía consiste en la apertura de 1 o 2 cartílagos traqueales, en la parte anterior de la tráquea, y la inserción de un tubo de traqueotomía a través de ella. Se me ha advertido que otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdo a los hallazgos intra operatorios.

También que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se me ha explicado que si fuese necesario se administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

Riesgos

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, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento. Estos pueden ser:

Poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, hematoma, dolor prolongado en la zona de la lesión, cicatriz hipertrófica, flebitis.

Poco frecuente y de mediana gravedad: Complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías.

Poco frecuentes y graves: Shock anafiláctico y/o hemodinámico, sepsis

Específicos de la cirugía: Infección, hematoma y/o seroma de herida operatoria, aire en los tejidos circundantes y/o a distancia (embolia gaseosa, neumotórax), lesión de los vasos sanguíneos del cuello.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

También me ha indicado la necesidad de advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

La situación vital actual de mi hijo(a) (prematurez, malnutrición, enfermedades asociadas) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones. El médico me ha explicado que, en este caso, la mejor opción de tratamiento es la quirúrgica.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **TRAQUEOSTOMÍA INFANTIL**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal