



## 1. Identificación y descripción del procedimiento

Se me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación clínica de fallo respiratorio crónico o agudo, a VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. La ventilación no invasiva es un procedimiento terapéutico que pretende suplantar o ayudar a la respiración natural realizada por el paciente, mediante una respiración artificial llevada a cabo por una máquina (respirador) para que todo o parte del esfuerzo de la respiración lo realice la máquina en lugar del paciente. El respirador dispone de una turbina o compresor que expulsa aire a presión. Este aire pasa por un tubo y entra en el aparato respiratorio del paciente a través de una mascarilla colocada sobre la nariz o sobre la nariz y boca. En ocasiones, este tratamiento se realiza en situaciones agudas durante el ingreso en el hospital. En otras se usa para tratamiento de enfermedades crónicas respiratorias por lo que después de una acomodación, normalmente en el hospital, se realiza crónicamente en el domicilio.

## 2. Objetivos del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Suplantar o ayudar a la respiración natural realizada por el paciente para así mejorar su situación de oxigenación y ventilación y permitir el descanso de sus músculos respiratorios fatigados.

## 3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

En situaciones de fallo respiratorio agudo la alternativa razonable a este procedimiento sería la ventilación mecánica invasiva mediante la cual se le conectaría también a un respirador pero mediante la introducción de un tubo por la cavidad oral hasta la tráquea. Este procedimiento le obligará a ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos, por lo que no podrá estar con su familia, tiene muchas más complicaciones, empeorará su confort y prolongará su estancia hospitalaria.

En situaciones de fallo respiratorio crónico no existen alternativas razonables y el médico me ha explicado que, en mi caso, este procedimiento es la mejor opción para el tratamiento de mi enfermedad.

## 4. Consecuencias previsibles de su realización

Durante la aplicación de la ventilación mecánica no invasiva usted debe permanecer sentado o en decúbito supino, sin moverse demasiado para que no se desplace la mascarilla nasal u oronasal que tendrá en la cara sujeta con unos arneses que la fijarán para que no se escape a su alrededor el aire que le administra el respirador y que le ayudara a respirar. Si la mascarilla es nasal deberá permanecer con la boca cerrada.

Durante la aplicación de la misma no podrá hablar, comer ni beber.

## 5. Consecuencias previsibles de su no realización

No conseguirá respirar adecuadamente por si mismo y acabará necesitando ventilación mecánica invasiva.

## 6. Riesgos frecuentes

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica de ventilación y de su correcta realización se pueden presentar efectos indeseables como disconfort (30-50%), obstrucción nasal o rinorrea (20-50%), eritema facial (20-34%), conjuntivitis (10-20%), sequedad de la nariz o boca (10-20%), erosiones faciales (más frecuentemente en la nariz) por la presión de la mascarilla (5-10%) y claustrofobia (5-10%).

## 7. Riesgos poco frecuentes

Más raramente se puede producir neumotórax, hipotensión, neumonía por aspiración o perforación timpánica (todas ellas <5%).

## 8. Riesgos en función de la situación clínica del paciente.

Riesgos personalizados: están relacionados con el estado de salud previo del paciente y los más significativos en su caso son .....

.....

## 9. Declaración de consentimiento

Don/doña ..... de ..... años de edad, con domicilio en .....  
....., DNI ..... y nº de SIP .....

Don/doña ..... de ..... años de edad, con domicilio en .....  
..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado  
de la paciente) ....., con DNI .....

Declaro:

Que el Doctor/a ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi  
situación la realización de .....

y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En ..... a ..... de ..... de 2 .....

Fdo.: Don / doña ..... DNI .....

Fdo.: Dr/a ..... DNI .....

Colegiado nº: .....

## 10. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... de ..... de 2 ..... y no deseo proseguir  
el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En ..... a ..... de ..... de 2 .....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº: .....

