

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VIDEOFIBROSOMNOSCOPIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

En los trastornos respiratorios del sueño, como el ronquido y la apnea obstructiva del sueño, las vías respiratorias se estrechan, lo que impide que el aire llegue bien a los pulmones. Esto puede deberse a cambios en el tamaño o forma de partes de la nariz y la garganta.

La videofibrosomnoscopia (también llamada endoscopia de la vía aérea superior durante el sueño inducido) es una prueba diagnóstica que se hace a personas que tienen ronquidos fuertes o apnea del sueño (pausas en la respiración mientras duermen).

Consiste en la introducción de un tubo delgado y flexible con una cámara (endoscopio) por la nariz. Mientras se hace esto, se administra un medicamento para que la persona se duerma de forma controlada (sedación) y con el objetivo de reproducir los ronquidos o las pausas respiratorias, como si estuviera durmiendo en casa.

El procedimiento se suele grabar para su revisión posterior con fines diagnósticos y terapéuticos.

La finalidad de esta prueba es ver directamente por dónde pasa el aire en la garganta mientras la persona duerme. Detectar en qué parte o partes se produce la obstrucción que causa los ronquidos o la apnea y hacer un diagnóstico más preciso para decidir el mejor tratamiento.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de una adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- No obtener un diagnóstico preciso ya que no es posible evaluar dónde y con qué intensidad se cierra la vía aérea al no poder reproducir el ronquido ni la parada respiratoria.
- Difícil interpretación de la prueba debido a la presencia de secreciones (moco y saliva) en la vía aérea.
- Pequeñas lesiones en su vía aérea (nariz, faringe o laringe) que provoquen pequeños sangrados o dolor.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a otro tipo de tratamiento para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- ☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión
☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "VIDEOFIBROSOMNOSCOPIA"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D^a. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: , no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Fdo. Paciente: