

EXPLORACIÓN ENDOSCÓPICA DE VÍA AÉREA SUPERIOR BAJO SUEÑO INDUCIDO EN PACIENTES CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

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 EXPLORACIÓN ENDOSCÓPICA DE VÍA AÉREA SUPERIOR BAJO SUEÑO INDUCIDO EN PACIENTES CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO, así como los aspectos más importantes del periodo posterior y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta exploración, pueden aparecer.

Breve descripción del procedimiento quirúrgico

Los trastornos respiratorios del sueño–el ronquido y apnea obstructiva del sueño –situación en la que se estrecha la vía aérea pudiendo incluso colapsarse totalmente, con lo que el aire no puede llegar a los pulmones, se deben, entre otros motivos, a alteraciones variables en el tamaño y la forma de muy diferentes zonas de la nariz y de la garganta. Para su corrección se utilizan diferentes técnicas en cuya elección será ayudado por sus especialistas, quienes valorarán los aspectos singulares de su caso concreto. La videofibrosomnoscopia o endoscopia de vía aérea superior bajo sueño inducido es una prueba diagnóstica que se realiza en pacientes con ronquido nocturno y/o apnea del sueño. Consiste en la introducción de un endoscopio flexible por la fosa nasal para valorar la vía aérea superior, mientras induce el sueño de forma farmacológica (usando propofol y/o midazolam u otras drogas). Esta sedación con fármacos intenta que se reproduzca el ronquido y/o las paradas de respiración mientras duerme. De esta forma podemos diagnosticar la zona o zonas de obstrucción a nivel de la faringe, con una visualización directa en un estado de sueño lo más semejante posible a cuando duerme normalmente en casa. La evaluación se puede hacer directamente o, mediante grabación de las imágenes, valorarlo posteriormente. Este procedimiento no es una intervención quirúrgica, sino una exploración en unas condiciones especiales. Se llevará a cabo en una instalación sanitaria donde se disponga de todo el material necesario para que el procedimiento sea útil y seguro para usted. En determinados casos se seguirá en el mismo acto del procedimiento quirúrgico más adecuado para resolver su problema respiratorio en el mismo escenario y en otros casos se procederá a despertarlo y con posterioridad se le explicará cuál es el tratamiento que se le aconseja, sea quirúrgico o no, para llevarlo a cabo más adelante. En cualquier caso, su equipo médico le explicará con antelación a la prueba cuál de las dos opciones se seguirá con mayor probabilidad, en su caso. Si no se sigue con un tratamiento quirúrgico en el mismo acto, en pocas horas podrá ser dado de alta y se le indicarán las recomendaciones y consejos pertinentes a un proceso ambulatorio con sedación. En el supuesto de que se siga en el mismo escenario con una cirugía, que ya habrá sido explicada con anterioridad, la información de la misma y su aceptación vendrán expuestas en el consentimiento informado correspondiente. La técnica de la sedación la lleva a cabo por los equipos de anestesia y/o pediatría y le será explicada por dichos departamentos.

EXPLORACIÓN ENDOSCÓPICA DE VÍA AÉREA SUPERIOR BAJO SUEÑO INDUCIDO EN PACIENTES CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

La no realización de esta exploración podría dejar sin diagnosticar la obstrucción o colapso en alguna zona de la vía aérea que desempeñe un papel importante en su trastorno respiratorio del sueño. En ese caso es posible que no se obtenga el beneficio esperado con el tratamiento propuesto por su equipo asistencial.

BENEFICIOS ESPERABLES

Con esta exploración se consigue una mejor y más segura indicación de la opción de tratamiento para su caso particular. Se pretende valorar la causa de los ronquidos o paradas de respiración nocturnas y las posibilidades de tratamiento: quirúrgico, mediante dispositivos de avance mandibular o CPAP, pudiendo hacer una estimación más real de las posibilidades de éxito de los mismos. En algunos casos puede ser útil para evitar la realización de procedimientos más arriesgados y de mayor coste para obtener el beneficio esperado.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En general, no existe una alternativa a esta prueba para el diagnóstico de las zonas de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño, excepto en algunos casos los estudios con mediciones de la presión faríngea o esofágica. El resto de las exploraciones, que se realizan actualmente, se hacen mientras está despierto. Todas estas pruebas realizadas con el paciente despierto carecen de la característica de ser más cercanas a lo que sucede en su vía aérea superior mientras está durmiendo.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Existe la posibilidad de no llegar a poder reproducir el ronquido o la parada de respiración y no poder valorar el cierre de la vía aérea superior en intensidad y localización del lugar donde se produce. En algunos pacientes, la presencia de secreciones (moco y saliva) en la vía aérea hace que la prueba sea de difícil interpretación. Puede suceder que, a pesar, de conseguirse una correcta evaluación de su vía aérea mientras duerme, la indicación de tratamiento no consiga resolver totalmente su problema. En algunos casos pueden acontecer pequeñas lesiones en su vía aérea (nariz o faringe) que provoquen pequeños sangrados o dolor. En ambos casos la solución es sencilla y con muy poco riesgo para su integridad. De forma excepcional y, especialmente, en pacientes con estado grave, pueden producirse complicaciones severas, como insuficiencia respiratoria o hemorragia importante que podrían llegar a requerir intubación orotraqueal o cirugía para su resolución, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad. Además, cualquiera de los medicamentos utilizados en la inducción farmacológica del sueño puede, de forma excepcional, producir una reacción alérgica. Los riesgos derivados de la sedación administrada para llevar a cabo la exploración, le serán debidamente explicados por el Servicio de Anestesiología. Sin embargo, no se han descrito complicaciones graves con la realización de esta prueba.

Nombre y apellidos:

Firma:

EXPLORACIÓN ENDOSCÓPICA DE VÍA AÉREA SUPERIOR BAJO SUEÑO INDUCIDO EN PACIENTES CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

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 esta, 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.

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.

Nombre y apellidos:

Firma:

EXPLORACIÓN ENDOSCÓPICA DE VÍA AÉREA SUPERIOR BAJO SUEÑO INDUCIDO EN PACIENTES CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

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

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: