

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad en relación con la Ley Orgánica 1/1982.

Yo, D/Doña.
 como paciente o (D/Doña como su representante),
en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr./Dra., y en consecuencia, AUTORIZO a para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

La apnea obstructiva del sueño se produce por un estrechamiento de la vía aérea superior que puede llegar a colapsarse. El dispositivo que ejerce presión continua positiva en las vías respiratorias (CPAP) es considerado el tratamiento de elección. Sin embargo, existen opciones quirúrgicas que se pueden plantear por elección del paciente o por intolerancia al CPAP. En este documento recogemos las consideraciones a tener en cuenta en la cirugía de: Uvulopalatofaringoplastia, resección parcial de la base lingual, avance geniogloso, suspensión del hioides, suspensión lingual. En ocasiones pueden complementarse varios procedimientos.

Puede realizarse bajo anestesia local o general, con el riesgo inherente a la misma, que será informado por su anestesiólogo.

A pesar de los posibles beneficios de la cirugía, no está exenta de complicaciones, entre las que podemos incluir y no en forma exhaustiva las estadísticamente más frecuentes:

- Efectos adversos de los anestésicos utilizados u otros medicamentos.
- Hematoma y edema postoperatorio.
- Hemorragia intra o postoperatoria.
- Infección postoperatoria.
- Dolor con la deglución.
- Dehiscencia de los puntos de sutura.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del paladar blando.
- Hipoestesia o anestesia de los labios, mentón, mejilla, nariz, encía, lengua, dientes o paladar. Parcial o total, temporal o permanente.
- Daño en las raíces de los dientes
- Alteraciones del gusto.
- Alteración de la movilidad lingual
- Lesión de los conductos de Wharton de las glándulas salivares
- Sinusitis, comunicación oronasal y/o orosinusal.
- Insuficiencia velofaríngea. Alteraciones en el habla.
- Disfagia
- Insuficiencia respiratoria. Necesidad de una traqueostomía temporal.
- Incapacidad parcial o total de los objetivos quirúrgicos
- Recidiva (recaída) total o parcial.
- Cicatrices inestéticas
- Rotura de instrumentos.
-

Pueden ser necesarios una serie de tratamientos postoperatorios, tales como: fisioterapia, colocación de una férula entre los dientes, reconstrucciones dentarias, cirugía adicional.



Para la realización de este tratamiento es imprescindible mi colaboración tanto durante la intervención como en el postoperatorio, comprendiendo que cualquier falta de seguimiento de las mismas podrá provocar resultados inferiores a los esperados

Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística

.....

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento

.....

Además, en entrevista personal con el Dr. / Dra. he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me practique

.....

.....

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....

.....

.....

Y, para que así conste, firmo el presente original después de leído, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

Enade.....de

Firma del paciente
(o su representante legal en caso de incapacidad).
D.N.I.

Firma del médico
Nº de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento

Firma del testigo (D.N.I.)