

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE REDUCCIÓN DEL VELO DEL PALADAR MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la REDUCCIÓN DEL VELO DEL PALADAR MEDIANTE RADIOFRECUENCIA, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La llamada roncopatía crónica –el ronquido– y la 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 su especialista, quien valorará los aspectos singulares de su caso concreto.

La reducción mediante radiofrecuencia del velo del paladar se suele realizar mediante anestesia local, si bien pueden utilizarse, además, técnicas de analgesia o sedación. La intervención se realiza en régimen ambulatorio, es decir sin ingreso hospitalario. La técnica consiste en la introducción de un electrodo en diversos puntos de la porción blanda del paladar, liberando una energía que se conoce como radiofrecuencia. Ello aumenta la temperatura de dicha zona hasta los 75-85° C. El resultado que se persigue es una fibrosis, es decir una cicatriz, que provoque una mayor rigidez de la zona tratada y una disminución del volumen del tejido del paladar, para aumentar el espacio de detrás del mismo.

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que pueden irradiarse hacia los oídos. Estas molestias pueden prolongarse a lo largo de diez o quince días.

Durante estos primeros días cabe la posibilidad de que aparezca un aumento del ronquido como consecuencia de la inflamación de la zona tratada. Se trata de una situación pasajera que desaparecerá tras unos días de evolución.

Al principio, la alimentación será blanda, hasta completarse la cicatrización.

Las primeras 48-72 horas conviene que duerma con la cabeza elevada unos 30 grados.

Durante los primeros días, puede percibirse mal aliento. Es posible que aparezcan pequeñas zonas blanquecinas en el paladar que corresponden a los puntos de introducción del instrumento de radiofrecuencia.

Cabe la posibilidad de que, con posterioridad a este procedimiento quirúrgico, deban de realizarse otros, complementarios del mismo, incluso a otros distintos niveles, tales como la nariz, la laringe, etc.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Si no se han puesto en marcha otras medidas sobre las que su especialista le aconsejará, no puede esperarse una franca mejoría de su ronquido y las consecuencias que éste conlleva. Tampoco puede esperarse una mejoría de las apneas del sueño, si es que las padece, y sus consecuencias negativas, si bien existen otras alternativas terapéuticas de las que será ampliamente informado.

En el caso del ronquido, existe la hipótesis de que éste puede evolucionar hasta la apnea obstructiva del sueño. Por ello, el tratamiento del ronquido podría prevenir la posible aparición de dicha enfermedad.

BENEFICIOS ESPERABLES

La eliminación del ronquido se consigue en un 80% de los casos correctamente seleccionados,

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE REDUCCIÓN DEL VELO DEL PALADAR MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

pero estos resultados disminuyen hasta un 60% de los casos, después de un año de la cirugía. En relación a las apneas nocturnas, el porcentaje de buenos resultados se sitúa alrededor del 50% de los casos.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

El tratamiento de la roncopatía y/o de las apneas –las paradas respiratorias- durante el sueño debe ser global e individualizado. La indicación de esta cirugía y la asociación con otras medidas, depende de un estudio completo de cada caso. La cirugía puede ser el único tratamiento propuesto para resolver este problema o formar parte de una estrategia terapéutica combinada con otros procedimientos. En muchos casos, la pérdida de peso, la disminución en el consumo de alcohol y/o de tabaco y la disminución de determinados fármacos mejora, tanto la roncopatía, como la apnea del sueño.

Por otra parte, la llamada nCPAP es una mascarilla de ventilación a presión positiva que debe utilizarse durante toda la noche y que elimina, tanto el ronquido, como la apnea. Existen además otros procedimientos, como las prótesis de avance mandibular, otros tipos de cirugía y tratamientos médicos, o incluso posturales, que su médico le explicará.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La complicación más común es la hemorragia postoperatoria que puede aparecer en un 2 % de los casos. Lo habitual es que, si acontece, lo haga de forma inmediata, aunque excepcionalmente puede aparecer durante la primera semana tras la intervención. Pocas veces requiere una nueva intervención quirúrgica y, excepcionalmente, una transfusión de sangre.

Dado que la técnica utiliza electrodos que liberan energía calórica, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir.

En algunos casos, puede aparecer una tortícolis, generalmente pasajera, y tos persistente, a lo largo de unos días.

Las pequeñas lesiones de los dientes o de los labios provocadas por el instrumental utilizado son poco frecuentes.

Es frecuente la aparición, en el postoperatorio, de las denominadas parestesias faríngeas o sensaciones de cuerpo extraño en la garganta, tales como sensación de moco pegado o sequedad de garganta que suelen evolucionar hacia su desaparición con el tiempo. De la misma manera, pueden aparecer alteraciones del gusto, que también desaparecen un tiempo después.

Ocasionalmente puede producirse una infección de carácter local que pueda requerir un tratamiento adecuado con medicamentos.

Excepcionalmente, puede producirse, de manera transitoria, un cierto grado de reflujo de los líquidos deglutidos a través de la nariz.

Excepcionalmente, y también de forma transitoria, pueden producirse cambios en la tonalidad de la voz como, por ejemplo, una voz más nasal o más profunda, dificultades en la pronunciación de ciertas letras, como por ejemplo la "g", entre otras, así como la posibilidad de que se produzca un estrechamiento permanente de la zona del paladar con dificultades para la respiración nasal y para sonarse.

Excepcionalmente puede producirse una inflamación que comprometa la el paso de aire a través de la garganta. En estos casos, así como en pacientes con características de riesgo, tales como la obesidad mórbida y la presencia de un elevado número de apneas, puede precisarse una traqueotomía temporal durante el postoperatorio.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE REDUCCIÓN DEL VELO DEL PALADAR MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el 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 la misma, 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 a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Tras todo ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN**, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que durante la intervención el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento inicialmente proyectado, consultará la decisión con la persona autorizada por mí. Sólo cuando las eventualidades pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos al encontrarse con circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE REDUCCIÓN DEL VELO DEL PALADAR MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

En este documento le hemos informado de los riesgos y complicaciones más habituales y relevantes. No obstante, su médico puede facilitarle información sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. La firma del presente documento implica que he podido recabar toda la información necesaria para comprender la intervención y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

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 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 paciente/representante legal