

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UVULOPALATOPLASTIA ASISTIDA POR LÁSER (LAUP)

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 UVULOPALATOPLASTIA ASISTIDA POR LÁSER (LAUP), 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

El ronquido y la apnea obstructiva del sueño, también llamado SAOS, son trastornos que se producen por un estrechamiento de la vía aérea durante el sueño, lo que justifica la aparición del característico ruido, e incluso del colapso temporal de la vía ventilatoria -lo que impide una funcionamiento normal del aparato respiratorio-. Estos trastornos se deben, entre otros motivos, a alteraciones variables en el tamaño y la forma de muy diferentes zonas de la nariz, de la garganta o de la boca. Para su corrección pueden utilizarse distintas técnicas quirúrgicas en cuya elección será ayudado por su especialista, quien valorará los aspectos singulares de su caso.

En su caso concreto, se le ha propuesto la realización de una uvulopalatoplastia asistida por láser. Esta técnica consiste en la realización, mediante un láser de CO₂, de dos incisiones a cada lado de la úvula o campanilla, y la vaporización -es decir, la eliminación- del 60-70% de la misma, así como la porción adyacente del paladar blando.

La intervención se suele realizar bajo anestesia local, pudiéndose asociar una sedación y una analgesia, y en régimen ambulatorio, es decir sin ingresar en el hospital. No obstante, en dependencia de sus circunstancias personales, puede requerirse la realización de una anestesia general y un breve ingreso.

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que suelen ser intensas e irradiarse hacia los oídos. Estas molestias pueden prolongarse a lo largo de diez o quince días, debiendo, por ello, administrarse calmantes. Dichas molestias pueden dificultar la deglución por lo que puede ser normal la pérdida de una cierta cantidad de peso corporal mientras dure el dolor. Durante los primeros días, puede observarse el escape de una pequeña cantidad de los líquidos que se degluten, por la nariz. Ello se considera normal y no debe preocuparle ya que este fenómeno suele ser pasajero. Tras la intervención, puede haber un incremento del ronquido, debido a la inflamación del paladar que, asimismo, es pasajero.

Al principio, la alimentación consistirá sólo en alimentos líquidos y, posteriormente, la alimentación será blanda, hasta completarse la cicatrización de la zona intervenida

Durante los primeros días, puede percibirse mal aliento y puede observarse la existencia de unas placas blancas en el paladar que corresponden a la cicatrización de la zona operada.

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

Cabe la posibilidad de que, con posterioridad a este procedimiento quirúrgico, deban de realizarse otros, complementarios del mismo, 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

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UVULOPALATOPLASTIA ASISTIDA POR LÁSER (LAUP)

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

La eliminación del ronquido se consigue en un 80% de los casos correctamente seleccionados, 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 del ronquido y/o de las apneas –las antedichas 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 reducción de determinados fármacos mejora, tanto la roncopatía, como la apnea del sueño. Por otra parte, puede utilizarse las llamadas CPAP, NCPAP, BIPAP o AUTOCPAP: técnicas que utilizan mascarillas de ventilación a presión positiva que impulsan el aire a lo largo de la vía aérea y que deben utilizarse durante toda la noche, lo que elimina tanto el ronquido como la apnea. Existen, además, otros tratamientos, como las férulas de avance mandibular, que pueden aumentar el paso aéreo durante el sueño, sin ninguna técnica quirúrgica. Existen otros procedimientos quirúrgicos y tratamientos médicos, incluso posturales, que su médico le explicará, si son relevantes/interesantes en su caso particular.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La complicación más común es la hemorragia. 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.

Ya hemos señalado que, en un cierto número de casos, puede producirse, de manera transitoria, un cierto grado de reflujo de los líquidos deglutidos a través de la nariz. Excepcionalmente, este fenómeno puede persistir de forma permanente.

En un 10% de los casos, y también de forma transitoria, pueden producirse cambios en la tonalidad de la voz como, por ejemplo, una voz más nasal o más profunda, o dificultades en la pronunciación de ciertas letras, como por ejemplo la “g”, entre otras

Es frecuente la aparición, en el periodo 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. En algunos casos, puede aparecer una tortícolis, generalmente pasajera, y tos persistente, a lo largo de unos días.

La aparición de una estrechez en la llamada rinofaringe -la zona de detrás de la nariz- con dificultad respiratoria nasal o imposibilidad de sonarse, es excepcional.

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

La infección local y la dificultad respiratoria, debidas a la inflamación postoperatoria son, asimismo, excepcionales.

Muy raramente y únicamente en pacientes de riesgo, como pacientes afectos de obesidad mórbida y presencia de un elevado número de apneas, puede precisarse una traqueotomía temporal durante el periodo postoperatorio.

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

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UVULOPALATOPLASTIA ASISTIDA POR LÁSER (LAUP)

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general, si es que se ha verificado: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

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

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UVULOPALATOPLASTIA ASISTIDA POR LÁSER (LAUP)

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

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.

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.

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN
DE UVULOPALATOPLASTIA ASISTIDA POR LÁSER (LAUP)**

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente/representante legal