

## 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: .....

Centro: .....

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

La llamada roncopatía crónica -el ronquido- y la apnea obstructiva del sueño -situación en la que los movimientos respiratorios quedan temporalmente detenidos- 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 tratamiento se utilizan diferentes técnicas en cuya elección será ayudado por su equipo de especialista, quien valorará los aspectos singulares de su caso concreto.

La técnica de la uvulopalatoplastia asistida por láser consiste en la realización, mediante un láser de CO<sub>2</sub>, de dos incisiones a cada lado de la úvula o "campanilla", y la vaporización -es decir, la eliminación- del 60-70% de la zona que comprende el paladar blando y su apéndice, la úvula.

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 solo en alimentos líquidos y, posteriormente, la alimentación será blanda, hasta completarse la cicatrización de la zona intervenida.

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

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 equipo de especialistas le aconsejará, no puede esperarse una franca mejoría de su ronquido y las consecuencias que este 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 este 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, 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 -y otras técnicas semejantes- es una mascarilla de ventilación a presión positiva, que debe de 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. 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.

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

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

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 un 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 los afectos de obesidad mórbida y presencia de un elevado número de apneas, puede precisarse una traqueotomía temporal durante el periodo postoperatorio.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realizan incisiones o cauterizan pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa -polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del/de la paciente.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0,5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

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

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.

---

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

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

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.

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

Nombre y apellidos: .....

Firma: .....

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

### TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.<sup>a</sup> ....., 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: .....