

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL VELO DEL PALADAR MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

Nombre y apellidos:.....
Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: Nº Colegiado:
Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, el TRATAMIENTO 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 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 corrección se utilizan diferentes técnicas en cuya elección será ayudado por su especialista, quien valorará los aspectos singulares de su caso concreto.

El tratamiento mediante radiofrecuencia del velo del paladar se suele realizar mediante anestesia local, si bien suelen utilizarse, además, técnicas de analgesia o sedación. La intervención se suele realizar 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 a través del cual respira el paciente.

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.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL VELO DEL PALADAR MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

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 de modo que no se oiga nada es prácticamente imposible de conseguir, ya que normalmente diferentes estructuras faríngeas contribuyen al mismo y sólo pueden ser modificadas parcialmente ya que si no los efectos secundarios serían muy incapacitantes. No obstante, el ronquido se suele reducir de forma muy significativa, y suele ser suficiente para no molestar a su entorno. No se puede garantizar que esta reducción se mantenga en el tiempo durante toda la vida ya que, desafortunadamente, los cambios en la faringe que acompañan a la edad suelen hacer que el ronquido reaparezca tarde o temprano.

Por otro lado, la mejoría de las apneas se suele conseguir en un porcentaje mayor del 50%, si bien esta mejoría puede no ser suficiente para curarle de las mismas. La curación de la apnea del sueño depende de muchos factores, entre otros de la gravedad de su enfermedad previamente a la cirugía y de las estructuras que contribuyan al colapso de su vía aérea. Estas estructuras pueden ser distintas de un paciente a otro.

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 reducción 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 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.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL VELO DEL PALADAR MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

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, y las relacionadas con la anestesia general: 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.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL VELO DEL PALADAR MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

Acepto que, durante la intervención, el cirujano 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 quirúrgica, el cirujano 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 quirúrgica 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 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 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 médico 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, entendiendo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20____

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL VELO DEL PALADAR MEDIANTE RADIOFRECUENCIA

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

Nombre y apellidos:

Firma: