

En cumplimiento de la Ley General de Sanidad del 29-4-1986, aptdo. 6 del artículo 10 que dice textualmente “...siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención...”

Se presenta este documento informativo para pretender explicarle de forma sencilla la intervención quirúrgica llamada **UVULOPALATOFARINGOPLASTIA**

DOCUMENTO DE INFORMACION Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UVULOPALATOFARINGOPLASTIA.

Nombre y Apellidos:.....Fecha.....

Edad:.....D.N.I. :.....Número de Historia clínica.....

Médico informante: **Dr. Jaime Carbonell Casasús**

Nº de Colegiado 4313

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

La llamada roncopatía crónica –el ronquido- y la apnea obstructiva del sueño –situación en la que los movimientos respiratorios quedan temporalmente detenidos- se deben a alteraciones variables en el tamaño y la morfología de muy diferentes estructuras anatómicas. En los casos en los que, estos síntomas, aparecen como consecuencia de peculiaridades a nivel del paladar blando, la úvula, las amígdalas y la faringe, situación relativamente frecuente, la uvulopalatofaringoplastia modifica el tamaño y la forma de las ya mencionadas estructuras. La intervención se lleva a cabo mediante anestesia general y a través de la apertura bucal.

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas, en el momento de tragar, que suelen ser intensas e irradiarse hacia los oídos, prolongándose a lo largo de diez o quince días, debiendo, por ello, administrarse calmantes. Puede notarse, durante las primeras horas, la saliva teñida de sangre o incluso aparecer vómitos de sangre oscura, ya digerida, y que están en relación con la sangre deglutida durante la intervención. También pueden ser normales las heces oscuras, en los días inmediatos, por el mismo motivo. Durante los primeros días puede percibirse mal aliento. Al principio, la alimentación consistirá sólo en líquidos y, posteriormente, alimentación blanda hasta completarse la cicatrización.

La duración del ingreso hospitalario es variable, entre 2-6 días, dependiendo de las molestias, la evolución etc. Durante los mismos se controlará la presencia de fiebre y hemorragia, así como el proceso de cicatrización de la herida.

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

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** no puede esperarse una franca mejoría de la llamada roncopatía y / o de la apnea tales como la tendencia al sueño, la pérdida de memoria, etc. y, en algunos casos, éstos, con diferentes circunstancias, pueden empeorar

BENEFICIOS ESPERABLES: Disminución o ausencia de roncopatía y / o apnea del sueño

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: En muchos casos, la pérdida de peso, la disminución en el consumo de alcohol y/o de tabaco y 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 de utilizarse durante toda la noche y que elimina tanto el ronquido como la apnea.

RIESGOS ESPECÍFICOS MAS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO:

Cabe la posibilidad de que se produzca una pérdida de sangre de cierta intensidad durante el periodo posterior a la intervención. Si ésta fuera muy intensa o no se tratara con corrección podría aparecer una anemia e incluso un “shock” -llamado hipovolémico, por la pérdida del volumen de sangre-. En algunos casos puede aparecer una tortícolis, generalmente pasajera y tos persistente a lo largo de unos días. Cabe la posibilidad de que, accidentalmente, pueda pasar la sangre que procede de la herida operatoria hacia las vías respiratorias: a esta posibilidad se la conoce como hemoaspiración y puede llegar a obstruir las vías aéreas produciendo incluso una parada cardiorrespiratoria. Si se produjera un edema intenso que justificara dificultades respiratorias podría ser necesaria la realización de una traqueotomía temporal –apertura y comunicación de la tráquea con el exterior-. No es frecuente que esta herida se infecte pero podría aparecer una pequeña infección o incluso, si el estado general del paciente está debilitado, una septicemia, es decir la propagación de la infección a través de la sangre del paciente.

Por tal motivo, se administrarán antibióticos. Además hay que considerar, entre las complicaciones, la posibilidad de que se produzca una edentación –pérdida de alguna pieza dental- de manera accidental, la fisura del paladar, la aparición de una voz nasalizada que llamamos rinolalia, la insuficiencia del velo del paladar para ocluir las

fosas nasales en su parte posterior, durante la deglución y las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general. El riesgo vital es muy poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia. En general el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad y la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas

DECLARACIONES Y FIRMAS:

Declaro que he sido informado por el cirujano de los riesgos de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, así como de las consecuencias que se derivarían de la no realización de la misma.

Asimismo he sido informado de las complicaciones relacionadas con la intervención y conozco mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO.

Firma del paciente.

Firma del médico.

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D/D^a.....

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. He sido suficientemente informado de la intervención que se le va a realizar y otorgo expresamente mi consentimiento, que podré retirar en el momento que lo desee.

Firma del tutor o familiar.

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 por consecuencia las entiendo y asumo

Firma del paciente o representante legal

Fecha