

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOFRECUENCIA DEL VELO DEL PALADAR Y/ O BASE DE LENGUA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

En los trastornos respiratorios del sueño, como el ronquido y la apnea obstructiva del sueño, las vías respiratorias se estrechan, lo que impide que el aire llegue bien a los pulmones. Esto puede deberse a cambios en el tamaño o forma de partes de la nariz y la garganta.

Para mejorar este problema se pueden usar diferentes técnicas quirúrgicas que ayudan a aumentar el espacio por donde pasa el aire, especialmente en el paladar o en la zona detrás de la lengua, que es donde suele producirse la obstrucción.

La elección de la técnica dependerá de las características de cada persona.

Esta técnica consiste en la introducción de un electrodo en diversos puntos del paladar o base de la lengua, liberando energía (radiofrecuencia). El resultado que se persigue es producir una fibrosis, es decir una cicatriz, que ocasione una mayor rigidez de la zona tratada y una disminución del volumen del tejido del paladar o base de la lengua.

La finalidad es disminuir el ronquido y la apnea nocturna.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Aumento del ronquido y mal aliento en los primeros días tras la intervención.
- Alteraciones del gusto, que pueden desaparecer un tiempo después.
- Parestesias (sensación de adormecimiento) faríngeas o sensaciones de cuerpo extraño en la garganta.
- Aparición de dolor moderado o intenso y dificultad para tragar.
- Aparición de úlceras o pequeñas llagas en el punto exacto del paladar/zona de la lengua donde se introducen las agujas de radiofrecuencia.
- Lesiones de los dientes, de los labios, mucosa oral o quemaduras provocadas por el instrumental utilizado
- Reflujo de los líquidos deglutidos a través de la nariz, generalmente de forma transitoria.
- Cambios en la tonalidad de la voz, por ejemplo, una voz más nasal (gangosa).
- Dificultades en la pronunciación de ciertas letras, como por ejemplo la “g”.
- Estrechamiento permanente de la zona del paladar con dificultades para la respiración nasal.
- Dolor e inflamación (que puede ser importante) de la zona intervenida dificultando la ingesta de líquidos y alimentos.
- Infección local o formación de pus (absceso).

- Daño temporal o permanente de los nervios cercanos, provocando alteraciones de sensibilidad (táctil o térmica) o dificultad motora en la lengua.
- Mayor facilidad de atragantamiento que puede ser temporal o permanente.
- Hemoaspiración, es decir, paso de la sangre desde la herida quirúrgica hacia las vías respiratorias.
- Riesgo de que la intervención no sea suficiente y no disminuya el número de apneas.
- Sangrado, que en ocasiones, puede llegar a ser grave precisar una transfusión de sangre o sus derivados o una nueva intervención quirúrgica para solucionarlo.
- En ocasiones, la inflamación de la garganta puede ser tan intensa que dificulta el paso del aire. Puede ser necesario colocar un tubo de respiración o realizar una traqueotomía de urgencia, a través de un orificio cuello.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- ☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión
- ☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Intervenciones no farmacológicas (pérdida de peso, eliminación o disminución en el consumo de alcohol y de tabaco, reducción de determinados fármacos, prótesis avance mandibular, etc.).
- Utilizar la CPAP (mascarilla de ventilación a presión positiva) por la noche.

AUTORIZACIÓN PARA "RADIOFRECUENCIA DEL VELO DEL PALADAR Y BASE DE LENGUA"

Yo, D./Dª. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas,

en entrevista personal con D./Dª. _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: