

## Documento de información y autorización para el tratamiento del velo del paladar mediante radiofrecuencia

Nombre y Apellidos.....

Edad..... D.N.I.....

Número de Historia Clínica.....

Diagnóstico del Proceso.....

Fecha.....

Médico Informante.....

Nº de Colegiado.....

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 al 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 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 pueden utilizarse, además, técnicas de analgesia o sedación. La intervención se realiza 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 75-80 °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 de detrás del mismo.

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que pueden irradiarse hacia los oídos, y que pueden prolongarse de 10 a 15 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 30º.

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 realizarse otros, complementarios, incluso a otros distintos niveles, como la nariz, la laringe, etc.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, y 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,

**RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES**

.....  
.....  
.....

**OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES**

.....  
.....  
.....

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro y firmo 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 convenientes 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 OPERADO**, 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 el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo.

También entiendo que, a pesar de la 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.

**Firma del Paciente**

**Firma del Médico**

## TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D<sup>a</sup>.....

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 mismo términos que haría el propio paciente.

**Firma del Tutor o Familiar**

**REVOCACIÓN DE 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.

**Firma del paciente o representante legal**

**D.N.I.** .....

**Firma del médico**

**Nº Colegiado**.....

En ....., a ..... de ..... de .....