

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE</b>
-------------------------	--------------------

**1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) UVULOPALATOFARINGOPLASTIA (Modificación del tamaño y/o forma de las anginas, el velo del paladar, la base de la lengua y la úvula)**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

**1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**

**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

Es una operación que se realiza para mejorar ciertos desórdenes del sueño como son la apnea obstructiva del sueño (situación en la que los movimientos respiratorios quedan temporalmente detenidos durante el sueño) y el ronquido.

Debido a que la apnea obstructiva puede obedecer a múltiples causas, la mejoría al realizar esta intervención dependerá de cuánto esté influyendo el tamaño de las anginas, el velo del paladar, la base de la lengua y la úvula en su enfermedad.

La uvulopalatofaringoplastia modifica el tamaño y la forma de las estructuras (ya mencionadas) para conseguir disminuir el grado de obstrucción de la vía respiratoria superior y mejorar la respiración y por tanto el ronquido y la apnea del sueño.

**CÓMO SE REALIZA:**

La intervención puede llevarse a cabo mediante anestesia general o anestesia local. El Servicio de Anestesia estudiará su caso y le informará al respecto.

Se realiza a través de la apertura bucal, pudiendo utilizarse medios instrumentales, radiofrecuencia o láser dependiendo de la estructura a tratar y el grado de obstrucción que provoca.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

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.

Durante las primeras horas puede notarse 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.

Con posterioridad, es posible que sea necesario realizar otros procedimientos quirúrgicos complementarios de otros distintos niveles, como la nariz, la laringe, etc.

---

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Disminución o ausencia de roncopatía y/o apnea del sueño.

---

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

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 CPAP es una mascarilla de ventilación a presión positiva que debe de utilizarse durante toda la noche y que elimina o mejora, tanto el ronquido, como la apnea.

En su caso:

---

**QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Sangrado después de la cirugía que se suele solucionar con una revisión bajo anestesia local y cauterización del vaso sangrante. En otras ocasiones, si el caso lo requiere se deberá revisar el sangrado bajo anestesia general.
- Algunos pacientes pueden quejarse de voz nasal (algo gangosa) debido al acortamiento del velo del paladar, después de la intervención. Puede producirse una insuficiencia del velo del paladar para ocluir las fosas nasales en su parte posterior, lo que ocasiona una voz nasalizada, que llamamos rinolalia, o dificultad a la deglución con paso de líquidos hacia la nariz.

- Pequeña infección de la herida, aunque es poco frecuente.
- Movilización anormal, una fractura e, incluso, una edentación (pérdida de alguna pieza dental) de manera accidental.
- **LOS MÁS GRAVES:**
  - De forma ocasional, los pacientes con apnea obstructiva severa o un riesgo quirúrgico añadido debido a la obesidad, pueden requerir una traqueotomía (abertura de la tráquea al cuello) temporal.
  - Como ya hemos comentado, después de la intervención, algunos pacientes pueden quejarse de voz nasal (algo gangosa) debido al acortamiento del velo del paladar. El efecto contrario por excesivo cierre del velo del paladar ocasionado por la cicatrización se llama estenosis y puede tener varios grados e incluso llegar a ser completa. Esta grave complicación es extremadamente rara y suele precisar una nueva intervención para abrir el paso entre la nariz y garganta.
  - Hemorragia de cierta intensidad, durante el período posterior a la intervención. Si esta hemorragia postoperatoria 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.
  - De forma accidental, puede 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.
  - Puede aparecer una tortícolis, generalmente pasajera, y tos persistente, a lo largo de unos días. Si se produjera un edema intenso que justificara dificultades respiratorias, podría ser necesaria la realización de una traqueotomía –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.
- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

---

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

---

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

---

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

**1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:**

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

---

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA</b>
-------------------------	---

**2. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

**2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL** (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

**2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

**2.3 CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

001530

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA</b>
-------------------------	---

**2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN**

---

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE                      Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

**2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

---

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE                      Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

---