

CONSENTIMENTO INFORMADO

CIRURGIA PARA RONCO E APNEIA DO SONO

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu, _____

Data de Nascimento ____/____/____ Identidade nº: _____

Órgão expedidor: _____, declaro que estou devidamente informado (a) que a cirurgia à qual vou me submeter será a UVULOPALATOFARINGOPLASTIA.

PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES

A uvulopalatofaringoplastia é uma cirurgia realizada em pessoas portadoras de distúrbios do sono quando existe obstrução na faringe (excesso de úvula e de palato mole, com ou sem hipertrofia das amígdalas palatinas). Pode ser associada a outros procedimentos nasais, da boca e da faringe. As queixas mais frequentes são roncos, acordar durante a noite sufocado, taquicardia, arritmias (alterações nos batimentos cardíacos), alteração da pressão arterial, sonolência diurna, irritabilidade, esquecimento e falta de concentração. As indicações cirúrgicas são quando existe ronco e/ou apneias noturnas (paradas respiratórias por mais de 10 segundos) repetitivas durante o sono, as quais, em casos extremos, podem levar a desenvolvimento de cor pulmonale (dilatação das câmaras direitas do coração por esforço respiratório) e até a morte. Algumas vezes a cirurgia também é indicada quando o ronco passa a dificultar o convívio com outras pessoas.

CIRURGIA

A cirurgia é realizada com anestesia geral. Em geral, os pacientes necessitam ficar internados por 2 ou 3 dias, a fim de se recuperar bem do ato anestésico e da cirurgia em si, a qual causa dor de intensidade moderada a intensa no pós-operatório. Não há nenhuma incisão (corte) na face e/ou no pescoço, sendo a cirurgia realizada totalmente por via oral (por dentro da boca). Dependendo do caso, os pacientes podem ser submetidos também a adenoidectomia e/ou septoplastia e/ou turbinectomia inferior parcial bilateral e necessitarão de tampão para evitar sangramentos após a cirurgia, sendo que o mesmo é colocado por dentro do nariz e permanece por 1 a 3 dias, quando é retirado. Também poderão ser realizadas intervenções com o uso de bisturi elétrico de alta frequência (CAUP), laser (LAUP), além de procedimentos que envolvam ressecção de base de língua e/ou esqueléticas (avanço do músculo genioglosso,

cirurgia sobre a mandíbula e/ou maxila), depende do caso. Nos casos de LAUP ou CAUP, a cirurgia também pode ser realizada com anestesia local.

RISCOS E COMPLICAÇÕES

1. Febre e dor: dores de garganta muito acentuadas (necessitando de analgésicos potentes) ou dor referida na área do ouvido ocorrem normalmente e cedem em 10 a 20 dias. A febre pode ocorrer nos primeiros 3 dias após a cirurgia, sendo facilmente controlada.
2. Mau-hálito: é comum ocorrer e cede em 10 a 20 dias.
3. Vômitos: podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia, sendo constituídos de sangue coagulado (escuro “pisado”).
4. Hemorragia (sangramento): representa o maior risco desta cirurgia, podendo ocorrer até 10 dias após a cirurgia, sendo mais frequente em menor volume e, menos frequente, em grande volume, podendo até levar à reintervenção cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sanguínea. Em casos extremos, pode ser necessária a ligadura de vasos do pescoço e/ou embolização. A morte por hemorragia é extremamente rara.
5. Infecção: pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe e, geralmente, regride sem antibióticos. Entretanto, em casos raros, podemos ter evolução para abscessos e infecções sistêmicas, necessitando antibioticoterapia e drenagem cirúrgica.
6. Voz anasalada e refluxo de líquidos: podem ocorrer nos primeiros dias ou semanas, desaparecendo espontaneamente. Em casos raros pode ser persistente, necessitando de fonoterapia ou mesmo cirurgia (faringoplastia).
7. Dificuldade respiratória: pode ocorrer no pós-operatório imediato, em decorrência do edema da região operada e em casos graves ou associado à hemorragia, pode exigir a realização de traqueostomia.
8. Persistência das queixas: pode ocorrer (não é o comum) quando existe associação de causas centrais ou outras causas periféricas (hipertrofia de base de língua, anomalias de mandíbula, dentre outras), ou quando a ressecção foi mais econômica do que o caso requeria. Isto ocorre porque o cirurgião normalmente tem dificuldade em determinar exatamente o quanto retirar destas estruturas excedentes. Nesses casos é mais seguro optar por ser mais restrito na ressecção, embora sabendo que tal prudência poderá levar a nova cirurgia, alguns meses depois.

CONCLUSÕES

A uvulopalatofaringoplastia é uma opção cirúrgica para o tratamento de pacientes portadores de ronco e síndrome da apneia obstrutiva do sono e, em geral, tem bons resultados. Em alguns casos, procedimentos subsequentes podem ser necessários para a resolução da apneia e dos roncos, tais como uso de aparelhos dentários e/ou máscaras de pressão positiva.

Declaro que li o texto acima e que as informações me foram passadas de viva voz pelo médico (a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas, compromissando-me a seguir e respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), ciente que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e do tratamento pode obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos (CPAP, perda de peso, medicações) e estar atendido em minhas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns riscos e complicações deste procedimento, expresse o meu consentimento para sua realização.

Belo Horizonte, _____, de _____, de _____.

Assinatura do paciente/responsável (*)

Assinatura/CRM/carimbo do médico
responsável pelo Termo de
Consentimento