

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE OSTEOTOMÍA MANDIBULAR Y AVANCE GENIOGLOSO.

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada OSTEOTOMIA MANDIBULAR Y AVANCE GENIOGLOSO, 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

Los trastornos respiratorios del sueño –el ronquido y la apnea obstructiva del sueño, situación en la que se estrecha la vía aérea pudiendo incluso colapsarse totalmente, con lo que el aire no puede llegar a los pulmones- se deben, entre otros motivos, a alteraciones variables en el tamaño y la 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.

La osteotomía mandibular y avance genigloso consiste en la realización, en la parte anterior de la mandíbula, una sección rectangular del hueso de la propia mandíbula, de 2 cm de largo y 1 cm de alto, adelantarlos unos cms y fijarlo con una placa metálica estabilizada mediante unos tornillos. Dado que en la parte interna de este rectángulo de hueso se inserta el llamado músculo geniogloso, que juega un papel principal en la dilatación de la vía aérea superior, al avanzar la mandíbula, se pretende tensarlo para que pueda dilatar la faringe y no se produzca el colapso de la misma.

Esta intervención se lleva a cabo bajo anestesia general.

Durante los primeros días es normal que pueda tener dolor en la zona de la intervención, así como en la zona de la lengua y cierta dificultad para tragar.

Para minimizar los efectos secundarios y evitar posibles complicaciones se le administrarán durante algunos días analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios.

Al principio, la alimentación consistirá en alimentos líquidos y, posteriormente, alimentación será blanda, hasta completarse la cicatrización. La duración del ingreso hospitalario es variable, dependiendo de numerosas circunstancias. En ocasiones, la estancia en el hospital es muy breve.

Cabe la posibilidad de que con posterioridad a este procedimiento quirúrgico, deban realizarse otros, complementarios al mismo a otros distintos niveles, tales como nariz, laringe etc. Para conseguir una mayor resolución de su problema respiratorio durante el sueño.

## En caso de NO EFECTUAR 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 se puede esperar una mejoría de las apneas del sueño, si es que las padece, y sus consecuencias negativas, si bien existen otras alternativas terapéuticas de las que será ampliamente informado.

## BENEFICIOS ESPERABLES

La mejoría o curación de su ronquido y/o apnea obstructiva del sueño. Transcurridas unas semanas después de la intervención se le volverá a hacer un estudio del sueño para comprobar si ha mejorado su nivel de apneas, la oxigenación de su sangre y su calidad de sueño.

En el caso del ronquido, existe la hipótesis de que éste puede evolucionar hasta la apnea obstructiva del sueño. Por ello, el tratamiento del ronquido podría prevenir la posible aparición de dicha enfermedad.

## PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE OSTEOTOMÍA MANDIBULAR Y AVANCE GENIOGLOSO.

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

El tratamiento de la roncopatía y/o de las apneas –las paradas respiratorias- durante el sueño debe ser global e individualizado. La indicación de esta cirugía y la asociación con otras medidas, depende de un estudio completo de cada caso. La cirugía puede ser el único tratamiento propuesto para resolver este problema o formar parte de una estrategia terapéutica combinada con otros procedimientos. En muchos casos, la pérdida de peso, la disminución en el consumo de alcohol y/o de tabaco, y la disminución 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 utilizarse durante toda la noche y que elimina, tanto el ronquido, como la apnea.

Existen, además, otros procedimientos, como las prótesis de avance mandibular, otros tipos de cirugía, y tratamientos médicos, o incluso posturales, que su médico le explicará.

## RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La complicación más inmediata e importante es la obstrucción de la vía aérea superior, debido al edema postquirúrgico y al posible hematoma (retención de sangre) en la zona del suelo de la boca o de la lengua, que en ocasiones puede requerir una traqueotomía y la estancia en una sala de vigilancia intensiva.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves en las proximidades de la zona a intervenir o en la zona de la placa –polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del paciente.

Puede notar también parestesias –es decir hormigueo- o sensación de acorchamiento en el labio y los dientes inferiores durante varias semanas.

En un tercio de los pacientes intervenidos se produce algún grado de pérdida de sensibilidad en los dientes más próximos a la zona de la intervención, que puede ser permanente. Algunos casos evidencian un pequeño cambio en la apariencia de la cara, por el adelantamiento que se produce en el mentón, aunque suele ser muy pequeño.

Otras posibles complicaciones son la infección mandibular, la dehiscencia de la incisión gingivolabial, que suele curar espontáneamente sin secuelas, y menos frecuentemente puede producirse daño en las raíces de los dientes inferiores o en los nervios del mentón y fractura de la mandíbula: la osteotomía que se realiza deja una cierta debilidad en la mandíbula en caso de que se produjera con posterioridad un traumatismo.

También se ha descrito la infección tardía con secuestro óseo y extrusión –es decir, expulsión, de alguno de los elementos del sistema de fijación.

## RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE OSTEOTOMÍA MANDIBULAR Y AVANCE GENIOGLOSO.

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

### OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

---

### DECLARACIONES Y FIRMAS

---

Declaro 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 conveniente 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.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las 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.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE  
OSTEOTOMÍA MANDIBULAR Y AVANCE GENIOGLOSO.**

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El facultativo

**TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

D./D.<sup>a</sup>....., con 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 mismos términos que haría el propio paciente.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El representante legal

**REVOCACIÓN DEL 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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente/representante legal

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE  
OSTEOTOMÍA MANDIBULAR Y AVANCE GENIOGLOSO.**

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....