

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RESECCIÓN PARCIAL DE LA LENGUA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

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 RESECCIÓN PARCIAL DE LA LENGUA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO, así como los aspectos más importantes del periodo postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, pueden aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Los Trastornos Respiratorios del Sueño—el ronquido y 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. Concretamente si le han comunicado la necesidad de realizar una resección parcial de lengua es porque su médico especialista considera que esta estructura contribuye de forma importante en la producción de su ronquido y/o apneas.

Con esta técnica se pretende aumentar el espacio de la vía aérea que queda por detrás de la lengua, y que causa la obstrucción que produce las apneas y los ronquidos.

La intervención se realiza con anestesia general, y a través de la boca. Puede llevarse a cabo mediante incisiones, extirpando el tejido directamente o vaporizándolo superficialmente o profundamente, introduciendo un instrumento en el cuerpo de la lengua mediante una incisión previa en la mucosa (técnica submucosa). La técnica elegida puede variar en función de su caso particular y/o de la experiencia con las distintas variantes de la técnica que tenga su cirujano.

Los métodos utilizados pueden ser diversos, pero todos ellos buscan una resección de tejido que cause el menor sangrado posible así como el menor daño en los tejidos que quedarán. Instrumentos habitualmente utilizados en este procedimiento son el bisturí armónico, la ablación por radiofrecuencia, el bisturí eléctrico, el LASER etc. Se puede trabajar con visión directa, aunque en las zonas más profundas es común usar endoscopios para permitirnos ver mejor. El instrumental puede ser manejado directamente por las manos del cirujano, o indirectamente mediante la cirugía robótica Transoral.

Puede requerir traqueostomía temporal (habitualmente se cierra en los primeros días tras la intervención).

Tras la intervención, y dependiendo de cómo ha transcurrido el acto quirúrgico y del estado general del paciente, puede ser necesario trasladar al paciente a la sala de Reanimación, en ocasiones intubado y anestesiado, donde permanecerá horas o hasta algunos días, según criterio médico.

Esta intervención puede hacerse de modo aislado o ir asociada a otras cirugías que aumenten el paso de aire en la faringe, especialmente aquellas que afecten al paladar blando y/o amígdalas palatinas., en función de las alteraciones anatómicas de la región y a criterio de su cirujano. Si se asocia a otras técnicas quirúrgicas se le informará de ello específicamente.

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que suelen ser intensas e irradiarse hacia los oídos, y que pueden prolongarse de 15 a 30 días, que requerirán la toma de medicamentos para el dolor. Dichas molestias pueden dificultar la deglución por lo que puede ser normal la pérdida de peso corporal, mientras dure el dolor. Al principio, la alimentación consistirá sólo en alimentos líquidos o pastosos, hasta que pasadas varias semanas se pueda hacer una dieta normal.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RESECCIÓN PARCIAL DE LA LENGUA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

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

Puede notarse, durante las primeras horas, que la saliva está ligeramente 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 puede ser normal el cambio de color de las heces, que aparecen oscuras, en los días inmediatos a la intervención, por el mismo motivo.

Durante las primeras 48-72 horas conviene que duerma con la cabeza elevada unos 30°.
La duración del ingreso hospitalario es variable, dependiendo de las molestias, la evolución, etc.

Cabe la posibilidad de que, con posterioridad a este procedimiento quirúrgico, se le aconseje realizarse otros, complementarios del mismo, a distintos niveles, como la nariz, el paladar blando etc. También puede que se le recomiende complementar este tratamiento quirúrgico con el uso de férulas de avance mandibular.

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 sus apneas del sueño, y las consecuencias negativas de las mismas.

BENEFICIOS ESPERABLES

El ronquido se suele reducir, pero el objetivo más importante de esta cirugía es la mejoría de las apneas/hipopneas, que se suele conseguir en un porcentaje mayor del 50%, si bien esta mejoría puede no ser suficiente para curarle de las mismas. La curación de la apnea del sueño depende de muchos factores, entre otros de la gravedad de su enfermedad previamente a la cirugía y de las estructuras que contribuyan al colapso de su vía aérea.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

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 reducción 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 utilizarse durante toda la noche y que elimina tanto el ronquido como la apnea. Existen, además, otros tratamientos, como las férulas de avance mandibular, que pueden aumentar el paso aéreo faríngeo durante el sueño, sin cirugía.

Existen otros procedimientos quirúrgicos y tratamientos médicos, incluso posturales, que su médico le explicará, si son relevantes/interesantes en su caso particular.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RESECCIÓN PARCIAL DE LA LENGUA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

- Consecuencias que siempre se producen:
 - Dolor postoperatorio, especialmente al deglutir.
 - Inflamación lingual de grado variable, que en algún caso, de modo infrecuente, dificulte la respiración por la vía natural (por ese motivo realizamos cuando se considera necesario traqueostomía preventiva).
- Complicaciones posibles, aunque poco probables, a corto plazo:
 - Sangrados intra o postoperatorios, que si son muy importantes puedan requerir: transfusión de sangre, y necesidad (en casos esporádicos) de tener que abordar el vaso sangrante mediante incisión en el cuello.
 - Infecciones de la zona intervenida, que puedan obligar a realizar tratamiento antibiótico e incluso drenaje de colecciones de pus.
- Complicaciones posibles, aunque poco probables, a medio y largo plazo (la mayoría de los casos, si se producen, duran semanas o pocos meses, pero pueden ser llegar a ser permanentes):
 - Alteración de la movilidad lingual, por lesión del nervio hipogloso, o por fibrosis (cicatrización muy agresiva) de la cicatriz.
 - Sensación de tener algo retenido en la en la garganta (sensación de cuerpo extraño) o sensación de no poder deglutir con igual facilidad que antes de la intervención.
 - Alteración del gusto, sobre todo en la zona posterior de la lengua.
 - Alteración de la sensibilidad térmica y/o táctil de la lengua
 - Adherencias entre la lengua y el paladar blando (poco probable, pero más si se realiza esta intervención combinada con cirugía de exéresis del velo del paladar).
 - Si se realiza traqueostomía, se le dará una explicación aparte sobre este procedimiento, pero debe saber que ello puede causar una cicatrización antiestética de la zona de la traqueostomía (porción anterior e inferior del cuello) y en ocasiones, al cerrarse puede producirse un enfisema subcutáneo: fuga de aire hacia los tejidos que se sitúan por debajo de la piel, que puede provocar dificultad respiratoria que obligue a una nueva apertura del orificio temporalmente.
- La posibilidad de fallecimiento como consecuencia de esta intervención es remota, pero no imposible. Podría producirse como consecuencia de un sangrado grave durante la intervención o en el periodo postoperatorio que no pudiese atenderse a tiempo o de modo efectivo, o por complicación fatal de una infección postoperatoria.
- Dado que la obstrucción de la VAS puede localizarse en más de una zona, podría suceder que la intervención de reducción lingual no sea suficiente, y que el resultado sea que no disminuya su número de apneas/hipopneas.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RESECCIÓN PARCIAL DE LA LENGUA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

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.

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN
DE RESECCIÓN PARCIAL DE LA LENGUA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS
TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO**

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

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 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.^a, 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

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN
DE RESECCIÓN PARCIAL DE LA LENGUA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS
TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO**

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

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