

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE MIOTOMÍA Y SUSPENSIÓN DEL HUESO HIOIDES

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada MIOTOMÍA Y SUSPENSIÓN DEL HUESO HIOIDES, 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.

Una de estas técnicas es la llamada miotomía y suspensión del hueso hioides.

Esta técnica tiene como objetivo colocar el llamado hueso hioides -un hueso que hay encima de la laringe- en una posición más anterior, fijándolo con unas suturas al borde superior del llamado cartílago tiroides –que es el cartílago que corresponde a la nuez del cuello-, o mediante unos tornillos al borde interno de la mandíbula. La finalidad que se persigue con este desplazamiento es aumentar el espacio existente detrás de la porción posterior de la lengua, y hacer menos colapsable la faringe.

La intervención se realiza con anestesia general y precisa una incisión horizontal en la parte anterior y alta del cuello, a través de la cual se realizarán los gestos quirúrgicos antes comentados.

Tras la intervención, durante unos días Vd. llevará un drenaje para prevenir el acúmulo de líquidos orgánicos o sangre que se pueden formar en la herida.

Los primeros días es normal tener dolor en la zona de la herida, que suele ser discreto, cierta dificultad y dolor al tragar, y sensación de hinchazón.

Para minimizar estos efectos secundarios se le administrarán los tratamientos médicos oportunos.

Al principio, la alimentación consistirá en alimentos líquidos y, posteriormente, alimentación será blanda, hasta completarse la cicatrización.

La duración del ingreso hospitalario será 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

El ronquido se suele reducir, pero el objetivo más importante de esta cirugía es la mejoría de las apneas o hipopneas del sueño, lo que se suele conseguir en un porcentaje mayor del 50%, si bien esta mejoría puede no ser suficiente para curarle completamente las mismas. En efecto, la curación de la apnea del sueño depende de muchos factores, entre otros de las características de su caso, con carácter previo a la cirugía y de las estructuras que contribuyan al colapso de su vía aérea.

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, su oxigenación de la sangre y su calidad del sueño. En

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE MIOTOMÍA Y SUSPENSIÓN DEL HUESO HIOIDES

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

caso contrario se pueden plantear otros tratamientos físicos, quirúrgicos o protésicos de los que, también será ampliamente informado. 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

El tratamiento del ronquido y/o de las apneas –las antedichas 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, puede utilizarse las llamadas CPAP, NCPAP, BIPAP o AUTOCPAP: técnicas que utilizan mascarillas de ventilación a presión positiva que impulsan el aire a lo largo de la vía aérea y que deben utilizarse durante toda la noche, lo que elimina tanto el ronquido como la apnea. Existen, además, otros tratamientos, como las férulas de avance mandibular, que pueden aumentar el paso aéreo durante el sueño, sin ninguna técnica quirúrgica.

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

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Como ya hemos señalado, es normal la aparición de dolor en el periodo postoperatorio, especialmente al deglutir. Asimismo puede aparecer una inflamación de la lengua, de grado variable, que en algún caso, dificulte la respiración por la vía natural por lo que pueda ser necesaria la realización de una traqueotomía, con carácter preventivo o de forma terapéutica.

Cabe la posibilidad de que se produzca una hemorragia post-operatoria: en ocasiones pueda ser necesario abordar el vaso sangrante a través de la boca o, excepcionalmente, a través de la incisión realizada en el cuello. Si la hemorragia es muy importante pueda requerir una transfusión de sangre.

Asimismo pueden producirse infecciones de la zona intervenida, que puedan obligar a realizar un tratamiento antibiótico e incluso el drenaje de una colecciones de pus.

Pueden aparecer alteración de la movilidad lingual. Puede quedar una 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. Asimismo podría aparecer una mayor facilidad de atragantamiento. Estas alteraciones pueden durar semanas o pocos meses, pero pueden ser llegar a ser permanentes.

Dado que la obstrucción de la VAS puede localizarse en más de una zona, podría suceder que la intervención de reducción lingual no fuera suficiente, y que no disminuya su número de apneas/hipopneas.

Comoquiera que se va a actuar sobre la vía respiratoria, 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.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE MIOTOMÍA Y SUSPENSIÓN DEL HUESO HIOIDES

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

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.

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

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE MIOTOMÍA Y SUSPENSIÓN DEL HUESO HIOIDES

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

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

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