

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA EPIGLOTOPEXIA O UNA EPIGLOTTIS STIFFENING

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada EPIGLOTOPEXIA (FIJACIÓN DE LA EPIGLOTIS) O EPIGLOTTIS STIFFENING (AUMENTO DE RIGIDEZ DE LA EPIGLOTIS), así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de estos procedimientos, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Los trastornos respiratorios del sueño, como la apnea obstructiva (AOS), pueden deberse a la obstrucción de la vía aérea por el colapso de la epiglotis, dificultando así el paso de aire. La sujeción de la epiglotis o el aumento de rigidez de esta tienen como finalidad fijar o endurecer la epiglotis, evitando que esta obstruya la vía respiratoria.

Ambos procedimientos se realizan bajo anestesia general mediante abordaje transoral (a través de la boca), estabilizando la epiglotis -mediante suturas- o aumentando su rigidez utilizando láser, radiofrecuencia, u otras técnicas, según cada caso.

Pueden aparecer dolor y molestias al tragar en el período postoperatorio, que cederán a lo largo de unos días.

En determinados casos, esta técnica no puede realizarse, por la especial configuración anatómica de la laringe o la falta de flexibilidad del cuello.

Puede realizarse de forma aislada o combinada con otras cirugías de la vía aérea superior (faringoplastia, cirugía lingual, etc.).

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Si la causa de la obstrucción de la vía aérea durante el sueño es el mal funcionamiento de la epiglotis, persistirá la obstrucción causada por la mencionada estructura, manteniéndose los episodios de apnea del sueño y el deterioro en la calidad de vida y la salud del paciente.

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría en la obstrucción de la vía aérea causada por la epiglotis. Posible disminución de ronquido y apneas/hipopneas nocturnas. Posible reducción de síntomas diurnos asociados a la AOS (somnolencia, cansancio, cefaleas, etc.).

Mejoría de las posibles alteraciones funcionales de la laringe, tales como la protección del resto de las vías respiratorias, la fonación, etc.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA EPIGLOTOPEXIA O UNA EPIGLOTTIS STIFFENING

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

El tratamiento con presión positiva continua (CPAP o BiPAP); los dispositivos de avance mandibular; otras técnicas quirúrgicas en la vía aérea superior, tales como la amigdalectomía, las faringoplastias, la cirugía de base de lengua, la estimulación del nervio hipogloso, etc. Además, son aconsejables las medidas higiénico-dietéticas, tales como la pérdida de peso, el control del alcohol y la evitación, en la medida de lo posible, de sedantes. Su equipo médico le aconsejará el mejor procedimiento para tratar su caso.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La persistencia o agravamiento de la apnea obstructiva del sueño, lo que podría requerir una intervención posterior.

Podría producirse una inflamación local o una infección de la región intervenida lo que dificultaría la respiración y, excepcionalmente, requeriría una traqueotomía (la comunicación de la vía aérea con el exterior, mediante una intervención quirúrgica).

También podría aparecer una hemorragia durante la intervención quirúrgica o en el periodo postoperatorio que requeriría una modificación de la técnica inicialmente proyectada o una reintervención, con la posibilidad de realizar una traqueotomía.

La modificación de la posición o la consistencia de la epiglotis podría producir, tras la intervención quirúrgica, sensación de cuerpo extraño en la garganta y alteraciones en la deglución, como atragantamientos (paso de alimentos a la vía aérea) generalmente transitorios, y rara vez permanentes.

Pueden aparecer cambios en la voz, como alteración del tono vocal o sensación de una resonancia diferente.

Pueden aparecer estrechamientos cicatriciales de la garganta, lo que podría modificar su funcionamiento.

También pueden producirse fracturas y/o movilización anormal, o incluso pérdida de piezas dentarias, heridas en labios y boca, dolor cervical, trismus (dificultad para abrir la boca) y lesión mandibular o de la articulación de la mandíbula.

En pacientes con artrosis cervical, osteoporosis, u otras enfermedades de la columna cervical, la hiperextensión del cuello puede ocasionar traumatismos en la columna vertebral en diferentes grados. Así, se han señalado complicaciones cervicales, tales como fracturas o luxaciones, en la movilización del cuello que se lleva a cabo durante la intervención quirúrgica. Puede aparecer sensación de falta de aire que, incluso, pueda requerir la realización de una traqueotomía.

Dado que puede ser necesario utilizar diferentes sustancias, podría producirse una reacción alérgica frente a las mismas.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA EPIGLOTOPEXIA O UNA EPIGLOTTIS STIFFENING

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él se realizan incisiones o se cauterizan 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 placa - polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del/de la paciente.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0,5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 , es decir en buen estado general) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4, es decir en mal estado general), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo 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 esta, 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 para el equipo que me atiende.

Sé, por otra parte, que me intervendrá quien, dentro de las circunstancias del equipo médico, en el día de la intervención, sea más adecuado/a para mi caso.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA EPIGLOTOPEXIA O UNA EPIGLOTTIS STIFFENING

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico 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, el equipo médico 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 pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial 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 equipo 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 equipo asistencial 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/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA EPIGLOTOPEXIA O UNA EPIGLOTTIS STIFFENING

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/La 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/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: