

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE SUSPENSIÓN DE LA BASE LINGUAL

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 SUSPENSIÓN DE LA BASE LINGUAL, 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 equipo médico, quien valorará los aspectos singulares de su caso concreto.

Una de estas técnicas es la llamada suspensión de la base lingual.

La suspensión de la base lingual tiene como objetivo elevar la porción más posterior de la lengua para evitar que, durante el sueño, se desplace hacia atrás y colapse la vía respiratoria. Se realiza con anestesia general y consiste en practicar, en la cara ventral y anterior de la lengua - a la altura del frenillo- una pequeña incisión a través de la que se introduce un pequeño tornillo. Este se inserta en la porción anterior de la mandíbula, a nivel de su cara posterior.

Dicho tornillo sujeta dos hilos de material sintético. Uno de ellos se introduce a través del suelo de la boca, a lo largo de la masa muscular de la lengua, hasta alcanzar la parte posterior de la misma. Tras ello, el hilo se vuelve a introducir, de lado a lado de la porción posterior de la lengua, contorneando la misma. Posteriormente, el hilo se vuelve a introducir en la masa de la lengua, desde atrás hacia delante, hasta alcanzar su posición inicial, donde se anuda con el otro hilo que portaba el tornillo.

Inicialmente, la alimentación consistirá solo en 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.

Los primeros días el/la paciente puede tener hinchazón de la lengua, dolor, parestesias linguales, es decir alteraciones de la sensibilidad, cierta dificultad para mover la lengua, dificultad para tragar y, a veces, dolor con la deglución durante 7-14 días. Si este dolor persistiera más de 3-4 semanas es aconsejable retirar la suspensión. Es frecuente también tener molestias en la mandíbula y dientes. Para minimizar estos efectos se le administrarán antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA SUBMAXILECTOMÍA

Si no se han puesto en marcha otras medidas sobre las que su equipo de especialistas le aconsejará, no puede esperarse una franca mejoría de su ronquido y las consecuencias que este conlleva. Tampoco puede esperarse 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. En el caso del ronquido, existe la hipótesis de que este puede evolucionar hasta la apnea obstructiva del sueño. Por ello, el tratamiento del ronquido podría prevenir la posible aparición de dicha enfermedad.

BENEFICIOS ESPERABLES

La mejoría o curación de Apnea del Sueño (AOS). Transcurridas unas semanas después de la intervención se le volverá a hacer un estudio del sueño para comprobar si ha mejorado el índice de apnea/hipopnea, la saturación mínima de oxígeno y la calidad de su sueño.

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 disminución 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 procedimientos, como las prótesis de avance mandibular, otros tipos de cirugía, y tratamientos médicos, o incluso posturales, que su equipo 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- a nivel 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.

Otras posibles complicaciones son la inflamación de las glándulas salivares durante varios días por lesión del conducto de Warthon (a través del que sale la saliva), la infección mandibular, la dehiscencia de la incisión (que suele curar espontáneamente sin secuelas) y parestesias o sensación de acorchamiento en el labio y dientes inferiores durante varias semanas.

Menos frecuentemente puede producirse daño en las raíces de los dientes. El hilo puede provocar lentamente un corte en la lengua en sentido anterior, lo cual no es muy molesto, pero podría reducir el efecto terapéutico.

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.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA SUBMAXILECTOMÍA

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 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -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.

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.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA SUBMAXILECTOMÍA

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 SUBMAXILECTOMÍA

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: