

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 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.

Esta técnica consiste en colocar en una posición más anterior un hueso que hay encima de la laringe (hioides), fijándolo con unas suturas al borde superior del cartílago tiroideo mediante unos tornillos en el borde interno de la mandíbula. La finalidad que se persigue es aumentar el espacio que hay detrás de la base de la lengua, y sobre todo tensar y hacer menos colapsable la faringe. Para ello necesitamos realizar una incisión horizontal en la parte anterior y alta del cuello. Esta cirugía se realiza bajo anestesia general.

Durante unos días Vd. llevará un drenaje para prevenir las colecciones de líquido 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, sensación de hinchazón. Para minimizar estos efectos secundarios se le administrarán 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, su oxigenación de la sangre y su calidad del sueño. En 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.

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:

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, la llamada nCPAP es una mascarilla de ventilación a presión positiva, que debe de 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

Las posibles complicaciones de esta técnica incluyen la formación de un hematoma o seroma (colección de sangre o líquido), infección de la herida, cicatriz anómala en el cuello, fractura del hioides, lesión de algunos nervios como el laríngeo superior o el hipogloso. En ocasiones puede producirse, debido a la inflamación y hematoma, obstrucción de la Vía Aérea Superior, pudiendo ser necesaria una traqueotomía y la estancia durante algún día en una sala de vigilancia intensiva.

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.

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:

Tras todo ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN**, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que durante la intervención el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento inicialmente proyectado, consultará la decisión con la persona autorizada por mí. Sólo cuando las eventualidades 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 al encontrarse con circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En este documento le hemos informado de los riesgos y complicaciones más habituales y relevantes. No obstante, su médico puede facilitarle información sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. La firma del presente documento implica que he podido recabar toda la información necesaria para comprender la intervención y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

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 MIOTOMÍA Y SUSPENSIÓN DEL HUESO HIOIDES

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº 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