

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

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 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 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.

La Suspensión de la Base Lingual consiste en realizar en la cara ventral o anterior de la lengua (cerca del frenillo) una pequeña incisión por donde se introduce un pequeño tornillo, que se inserta en la cara anterior de la mandíbula. Este tornillo lleva dos hilos no absorbibles. Uno de ellos se introduce a través de la boca y a continuación se introduce a través de la base de la lengua (parte posterior). Se extrae hacia fuera y se anuda con el otro hilo del tornillo. La finalidad es sujetar la base de la lengua y que no caiga hacia atrás mientras duerme.

La operación se suele efectuar bajo anestesia general y a través de la boca. Al principio, la alimentación consistirá sólo en líquidos y, posteriormente, alimentación 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 paciente puede tener hinchazón de lengua, dolor, parestesias linguales, cierta dificultad para mover la lengua, dificultad para tragar y a veces dolor con la deglución 7-14 días. Si persiste 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

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 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 éste 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 su Síndrome de Apnea del Sueño (SAHS). 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 del 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

# 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: .....

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

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) del suelo de la boca o de la lengua, que en ocasiones puede requerir una traqueotomía y estancia en una sala de vigilancia intensiva.

Otras posibles complicaciones son sialoadenitis varios días por lesión del conducto de Warthon, por donde sale la saliva, infección mandibular, 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.

## 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 SUSPENSIÓN DE LA BASE LINGUAL

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... Nº 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.<sup>a</sup> ....., 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 SUSPENSIÓN DE LA BASE LINGUAL

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