

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MIOTOMÍA Y SUSPENSIÓN DEL HUESO HIOIDES**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

El ronquido y la apnea del sueño ocurren porque la vía respiratoria (nariz y garganta) se estrecha o incluso se cierra durante el sueño, impidiendo que el aire llegue bien a los pulmones. Esto puede deberse a la forma o tamaño de distintas estructuras de la garganta.

Una de las técnicas para tratar este problema es la miotomía y suspensión del hueso hioides. Este procedimiento consiste en desplazar el hueso que está situado por encima de la laringe llamado hioides, hacia una posición más adelantada y fijarlo con puntos o pequeños tornillos al cartílago tiroideos (la nuez del cuello), o al borde interno de la mandíbula. La elección de la técnica dependerá de las características anatómicas y clínicas de cada paciente.

Se realiza una pequeña incisión horizontal en la parte alta del cuello. Al finalizar, se coloca un drenaje temporal para evitar acumulación de líquidos o sangre.

Esta intervención se realiza bajo anestesia general.

En algunos casos, puede ser necesario realizar procedimientos complementarios en otras zonas, como la nariz o la laringe, para mejorar aún más la respiración durante el sueño.

Este procedimiento se realiza cuando otros tratamientos no han sido efectivos, como la CPAP (mascarilla que ayuda a respirar con presión), las férulas o la pérdida de peso, entre otros.

La finalidad de esta cirugía es aumentar el espacio en la garganta, especialmente detrás de la lengua, para disminuir el ronquido y los episodios de apnea, mejorar la respiración y la calidad del sueño, y prevenir posibles complicaciones graves relacionadas con la apnea del sueño.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

- Alteraciones transitorias de la deglución.
- Modificación de la estructura interna del cuello.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Dolor e inflamación en la zona intervenida.
- Dificultad y dolor al tragar.
- En ocasiones, la inflamación de la garganta puede ser tan intensa que dificulta el paso del aire. Puede ser necesario colocar un tubo de respiración o realizar una traqueotomía de urgencia, a través de un orificio en el cuello.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados o una nueva intervención quirúrgica. Este sangrado puede provocar la entrada de sangre a las vías respiratorias.
- Infecciones en la zona intervenida.
- Alteración de la movilidad de la lengua y/o una mayor facilidad de atragantamiento.
- Sensación de tener algo retenido en la garganta (sensación de cuerpo extraño) o de no

poder deglutir con igual facilidad que antes de la intervención. Suele durar unas semanas o meses y de forma muy rara pueden ser permanentes.

- Persistencia de la obstrucción.
- Posibilidad de que la cirugía no sea suficiente para mejorar la apnea, si el problema está en varias zonas de la vía respiratoria.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene       Diabetes       Obesidad       Hipertensión

Anemia       Edad Avanzada       Tabaquismo       Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Utilizar la CPAP (mascarilla de ventilación a presión positiva) por la noche.
- Estrategia terapéutica combinada: cirugía más otros procedimientos.
- Pérdida de peso.
- Disminución en el consumo de alcohol y de tabaco.
- Reducción del consumo de determinados fármacos.
- Férulas de avance mandibular.
- Tratamientos posturales.

### AUTORIZACIÓN PARA "MIOTOMÍA Y SUSPENSIÓN DEL HUESO HIOIDES"

Yo, D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD  
Servicio de  
Otorrinolaringología

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: .....

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: