

1. ¿Qué es? La apnea obstructiva del sueño se produce por un estrechamiento de la vía aérea superior que puede llegar a colapsarse. El tratamiento de elección es el dispositivo que ejerce presión continua positiva en las vías respiratorias (CPAP), sin embargo, existen opciones quirúrgicas que se pueden plantear por elección del paciente o por intolerancia al CPAP.

2. ¿Cómo se realiza? Son técnicas de cirugía consistentes en uvulopalatofaringoplastia, resección parcial de la base lingual, avance geniogloso, suspensión del hioides, suspensión lingual que pueden aplicarse aisladas o en ocasiones, pueden complementarse varios procedimientos.

Puede realizarse bajo anestesia local o general, con el riesgo inherente a la misma, que será informado por su anestesiólogo.

Pueden ser necesarios una serie de tratamientos postoperatorios, tales como: fisioterapia, colocación de una férula entre los dientes, reconstrucciones dentarias, cirugía adicional.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

▪ **Riesgos frecuentes:**

- Hematoma y edema postoperatorio.
- Hemorragia intra o postoperatoria.
- Infección postoperatoria.
- Dolor con la deglución.
- Dehiscencia (apertura) de los puntos de sutura.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del paladar blando.
- Hipoestesia o anestesia de los labios, mentón, mejilla, nariz, encía, lengua, dientes o paladar. Parcial o total, temporal o permanente.
- Daño en las raíces de los dientes.
- Alteraciones del gusto.
- Alteración de la movilidad lingual.
- Insuficiencia velofaríngea. Alteraciones en el habla.
- Disfagia (dificultad para tragar).
- Incapacidad de logro parcial o total de los objetivos quirúrgicos
- Recidiva (recaída) total o parcial.

▪ **Riesgos infrecuentes:**

- Lesión de los conductos de las glándulas salivares.
- Sinusitis, comunicación oronasal y/o orosinusal.
- Insuficiencia respiratoria. Necesidad de una traqueostomía temporal.
- Cicatrices inestéticas.
- Posibles efectos adversos de los anestésicos utilizados u otros medicamentos.

4. Consecuencias previsibles de su realización: la realización de estas técnicas quirúrgicas pretende una mejoría consistente en la disminución de los problemas respiratorios: apneas, hipopneas, desaturaciones, despertares, ronquidos y otros síntomas que estaban presentes durante el sueño.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: persistencia de las pausas de apnea, despertares, ronquidos y las consecuencias fisiopatológicas que estas circunstancias implican en la salud del individuo.

6. Alternativas: continuar utilizando los medios no quirúrgicos mediante dispositivos que ejerce presión continua positiva en las vías respiratorias (CPAP).

7. Riesgos en función de su situación:

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la

coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

| | | | |
|-----------|--------|---------------------|--|
| APELLIDOS | | NOMBRE | |
| DNI | Nº SIP | FECHA DE NACIMIENTO | |

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | |
|-----------|--------|-----|------------------|---------------|
| APELLIDOS | NOMBRE | DNI | FECHA NACIMIENTO | EN CALIDAD DE |
|-----------|--------|-----|------------------|---------------|

DATOS PROFESIONAL

| | | | |
|-----------|--------|-----------------------|------------------|
| APELLIDOS | NOMBRE | CATEGORÍA PROFESIONAL | NÚM. COLEGIACIÓN |
|-----------|--------|-----------------------|------------------|

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales