

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

RUT..... EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN LA REALIZACIÓN DE ADENOIDECTOMÍA (extirpación de vegetaciones):

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La adenoidectomía es la técnica quirúrgica que consiste en la extirpación del tejido adenoideo (vegetaciones) que ocupa la rinofaringe. La rinofaringe está situada en la parte posterior de las fosas nasales.

El tejido adenoideo (vegetaciones) se encuentra, en esta zona, en cantidad variable, durante la infancia y tiende a disminuir con el crecimiento, pudiendo desaparecer tras la adolescencia. La persistencia del tejido adenoideo en la edad adulta es infrecuente, aunque posible.

Cuando este tejido se desarrolla en exceso, es decir en los casos de hipertrofia, da lugar a una ocupación de la rinofaringe, originando problemas tales como la obstrucción nasal, síndrome de apnea del sueño, infecciones repetidas -las llamadas adenoiditis- y otras complicaciones debidas a su excesivo tamaño o a su infección, por ejemplo las infecciones del oído medio, el derrame crónico de moco en el oído medio, diversos problemas en las vías respiratorias bajas, tales como bronquitis, asma, etc.

CÓMO SE REALIZA

La intervención se realiza a través de la boca, bajo anestesia general o local. El anestesista estudiará su caso y le informará al respecto.

Consiste en legar, es decir raspar, con un instrumento especial llamado adenotomo, las vegetaciones adenoideas.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Tras la intervención, queda una superficie sangrante que tiende a coagularse espontáneamente, en un breve espacio de tiempo si la capacidad de coagulación de la sangre es normal. A este respecto, la frecuencia de la hemorragia aumenta con la administración de aspirina o derivados del ácido acetilsalicílico (aspirina) y el ibuprofeno, en los 10 días previos y posteriores a la intervención.

Es frecuente que inmediatamente después de la intervención quirúrgica, pueda aparecer, por la nariz o la boca, una pequeña cantidad de sangre tiñendo la saliva o el moco, por lo que es aconsejable sonarse la nariz, sin violencia, para expulsar dichas secreciones que, incluso pueden contener pequeños coágulos de sangre.

También pueden aparecer vómitos de color oscuro que, durante las primeras horas tras la intervención, se consideran normales y que están en relación con la pequeña cantidad de sangre deglutida durante la operación, por lo que no precisan tratamiento.

Después de la intervención suele existir un pequeño dolor de garganta y de oídos, durante la deglución, que se puede disminuir con calmantes.

Debe mantener reposo relativo en el domicilio durante 1 o 2 días.

La dieta será blanda durante los dos primeros días, evitando los alimentos excesivamente calientes o fríos, picantes o ácidos.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Mejoría de la ventilación nasal, usted notará que respira mejor por la nariz.

Tendrá menos infecciones de las vías respiratorias altas tales como rinitis, faringitis, amigdalitis, laringitis, bronquitis y otitis, y notará la disminución o desaparición de los ronquidos y la apnea (cese momentáneo de la respiración).

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.

En caso de NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN cuando está indicada, la falta de ventilación nasal puede ocasionar malformaciones de la cara o del paladar y de los dientes, la aparición de un ronquido e incluso una apnea del sueño -situación en la que los movimientos respiratorios quedan momentáneamente detenidos- y el aumento de infecciones a nivel de la nariz, la garganta, el pecho, o los oídos.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

• LOS MÁS FRECUENTES:

- Las vegetaciones pueden reproducirse ya que, al no tener un límite preciso, su extirpación nunca es completa y los mínimos restos que quedan, pueden crecer de nuevo produciendo las mismas molestias.
- Aunque la operación haya sido totalmente correcta, es posible que no desaparezcan las molestias, por existir otras causas que puedan mantenerlas.
- En caso de aparecer una hemorragia persistente o repetidos vómitos de sangre, hay que efectuar un tratamiento adecuado de la situación, que suele consistir en la compresión de la zona intervenida mediante un taponamiento, llamado posterior, porque se coloca en la parte posterior de las fosas nasales. Para ello es necesaria la anestesia general durante la cual, se revisa el lecho quirúrgico.
- No es frecuente que está herida se infecte, pero podría aparecer una pequeña infección.
- Posibilidad de que se produzca una edentación -pérdida de alguna pieza dental- accidental, la fisura del paladar blando, la aparición de una voz nasalizada (rinolalia), trastornos de la olfacción (al oler), y la insuficiencia del velo del paladar para ocluir las fosas nasales en su parte posterior, durante la deglución.
- En algunos casos, puede aparecer un tortícolis, generalmente pasajera, y tos persistente, a lo largo de unos días
- En ocasiones puede haber contracción muscular prolongada en la región del cuello que origina dolor y dificultad para moverse-.

• LOS MÁS GRAVES:

- Si la hemorragia fuera muy intensa, o no se tratara con corrección, podría aparecer una anemia e incluso un “shock” llamado hipovolémico, por la pérdida del volumen de sangre.
- De forma excepcional y accidental, puede pasar la sangre que procede de la herida operatoria, o una porción de las vegetaciones extirpadas, hacia las vías respiratorias. A esta posibilidad se la conoce como hemoaspiración o aspiración de los adenoides y puede llegar a obstruir las vías aéreas, produciendo, incluso, una parada cardiorespiratoria.

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

___SI___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....