

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Este consentimiento es para uso exclusivo de los miembros de la Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología.

Centro de Salud:		Fecha	/ /
		Hora	
Ciudad / provincia:			
Nombre del paciente:		Edad:	
Cédula:		Sexo:	☐ F ☐ M
Dirección:			
Diagnóstico:			
Lado / localización:	☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Bilateral	Tipo de caso:	☐ Primario ☐ Reintervención
Anestesia prevista:	General	Médico informante:	
Exequátur:		No. CMD:	

II. PROCEDIMIENTO INDICADO

Este consentimiento corresponde a la realización conjunta de adenoamigdalectomía y frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual bajo anestesia general.

El consentimiento anestésico será explicado y firmado por separado por el servicio de anestesiología.

La extensión definitiva dependerá de la anatomía, los hallazgos intraoperatorios, la seguridad quirúrgica y la necesidad terapéutica, dentro de los componentes descritos en este consentimiento.

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Adenoamigdalectomía:

La adenoamigdalectomía es la cirugía mediante la cual se extirpan las amígdalas palatinas, ubicadas a ambos lados de la garganta, y el tejido adenoideo o vegetaciones adenoideas, situado detrás del paladar en la nasofaringe. Puede indicarse por hipertrofia adenoamigdalina obstructiva, respiración oral, ronquido, apnea del sueño, amigdalitis recurrente o crónica, abscesos periamigdalinos repetidos, infecciones repetidas de nariz, garganta u oído, otitis media, moco en oído medio, sospecha de lesión tumoral u otras condiciones médicas relacionadas.

La cirugía se realiza habitualmente por la boca. El cirujano separa y extirpa el tejido amigdalino de forma total, parcial/intracapsular o según la indicación clínica, controla el sangrado mediante compresión, suturas, electrocauterio, radiofrecuencia, coblation u otros métodos, y retira el tejido adenoideo mediante legrado, microdebridador, aspiración, radiofrecuencia, coblation, cauterio u otra técnica adecuada. Para visualizar la nasofaringe puede usarse espejo, endoscopio o instrumental

específico; en ocasiones se colocan pequeñas sondas a través de las fosas nasales para elevar el paladar y exponer mejor el campo quirúrgico.

Si durante la intervención la visualización, los hallazgos o la seguridad lo requieren, el cirujano puede complementar la adenoidectomía con técnica endoscópica nasal, modificar el método de hemostasia, ajustar la extensión de la resección o enviar tejido a anatomía patológica cuando exista tejido anormal, asimetría, lesión sospechosa u otra indicación clínica.

Frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual:

La frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual es la sección y, cuando sea necesario, la reconstrucción del frenillo lingual cuando este limita el movimiento o la función de la lengua. Puede indicarse por dificultades de lactancia, alimentación, higiene oral, movilidad lingual, desarrollo oral o trastornos de articulación del habla cuando exista correlación clínica y evaluación funcional.

El procedimiento se realiza a través de la boca. Puede consistir en corte simple o en frenuloplastia con liberación más amplia y sutura para mejorar la movilidad y cicatrización.

Según la edad, la técnica y la evaluación funcional, el equipo tratante podrá indicar seguimiento de lactancia, fonoaudiología, terapia miofuncional o ejercicios de movilidad lingual individualizados. Cualquier cuidado adicional será indicado expresamente por el cirujano.

IV. TAPONAMIENTO, DRENAJES, DISPOSITIVOS Y CUIDADOS INMEDIATOS

Adenoamigdalectomía:

Después de la cirugía es habitual presentar dolor de garganta importante al tragar durante varios días, con irradiación a los oídos, mal aliento, placas blanquecinas o grisáceas en las zonas operadas, congestión nasal, voz nasal transitoria, saliva o moco con sangre por la nariz o la boca durante las primeras horas, y vómitos oscuros por sangre deglutida.

La alimentación inicialmente será líquida o blanda, con buena hidratación. El paciente deberá mantener reposo relativo, cumplir estrictamente los analgésicos y demás medicamentos prescritos, respetar la dieta indicada y evitar esfuerzos, alimentos duros o irritantes y medicamentos no autorizados. El taponamiento posterior o nasal no es habitual, pero puede ser necesario si aparece sangrado significativo.

Frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual:

Es frecuente una pequeña cantidad de sangre en la saliva y dolor leve o moderado. Se indicará dieta según edad y caso, evitando alimentos irritantes, muy calientes o que puedan traumatizar la herida durante los primeros días.

Cuando se colocan puntos, estos pueden ser reabsorbibles o requerir control según indicación. Deben cumplirse las medidas de higiene oral y ejercicios indicados, si fueron prescritos.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Adenoamigdalectomía:

Durante los primeros días puede haber dolor al tragar, tos, mal aliento, costras o placas en las zonas operadas, secreción nasal, congestión, fiebre baja, disminución del apetito, pérdida transitoria de peso y cambios temporales de voz o deglución. El dolor puede durar aproximadamente 10 a 15 días y aumentar transitoriamente durante los días intermedios de la recuperación.

Debe acudir de inmediato si aparece sangrado rojo vivo o abundante por boca o nariz, vómitos de sangre roja, dificultad respiratoria, fiebre alta persistente, deshidratación, imposibilidad para ingerir

líquidos, dolor no controlado o progresivo, somnolencia, rigidez cervical o deterioro general. La hemorragia postamigdalectomía requiere atención urgente.

Frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual:

Puede presentarse dolor, inflamación, molestia al mover la lengua, cambios temporales en la alimentación, pequeña placa blanquecina de cicatrización o sangrado leve autolimitado.

Debe acudir de inmediato si existe sangrado persistente o abundante, dificultad respiratoria, fiebre, aumento importante del dolor o inflamación, rechazo persistente de alimentos/líquidos, signos de deshidratación o secreción purulenta.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

Adenoamigdalectomía:

El beneficio esperado es mejorar la respiración nasal y oral, reducir ronquido o apnea obstructiva cuando estén relacionados con hipertrofia adenoamigdalina, disminuir infecciones amigdalinas, nasales, faríngeas u óticas recurrentes, reducir abscesos y uso repetido de antibióticos, mejorar la ventilación del oído medio cuando aplique, y favorecer la calidad del sueño, la alimentación, la deglución y la calidad de vida.

Entiendo que la cirugía no garantiza la desaparición de todos los síntomas de garganta, ronquido, obstrucción nasal o apnea, ya que pueden existir otras causas como rinitis, alergia, hipertrofia de cornetes, reflujo, alteraciones craneofaciales, obesidad u otras enfermedades. Puede persistir o reaparecer tejido adenoideo y, en técnicas parciales/intracapsulares, puede quedar tejido amigdalino residual que requiera vigilancia o tratamiento adicional.

Frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual:

El beneficio esperado es mejorar la movilidad lingual y los problemas funcionales relacionados, como lactancia, alimentación, higiene oral, articulación de ciertos sonidos o molestias mecánicas, cuando estos dependen del frenillo corto.

Entiendo que la cirugía no garantiza mejoría completa del habla, la lactancia u otros síntomas, ya que pueden depender de múltiples factores. Puede requerirse terapia complementaria, ejercicios funcionales individualizados, seguimiento o reintervención si hay cicatrización restrictiva.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Adenoamigdalectomía:

Las alternativas pueden incluir observación, antibióticos cuando estén indicados, manejo médico de rinitis/alergia o reflujo, lavados nasales, corticoides intranasales, tratamiento del sueño, cambios de hábitos, vigilancia clínica y tratamiento de enfermedades asociadas. También existen diferentes técnicas quirúrgicas como disección fría, electrocauterio, radiofrecuencia, coblation, láser u otras; el cirujano escogerá la técnica más adecuada según el paciente, disponibilidad y criterio clínico.

Cuando existe hipertrofia adenoamigdalina obstructiva, infecciones o repercusiones persistentes, fracaso del tratamiento médico, abscesos repetidos o indicación tumoral clara, el manejo no quirúrgico puede no resolver la causa mecánica o el riesgo clínico, y la cirugía puede ser la opción más efectiva.

Frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual:

Las alternativas pueden incluir observación, asesoría de lactancia, fonoaudiología, terapia miofuncional, ejercicios, seguimiento y tratamiento de causas asociadas. Cuando existe restricción anatómica significativa, estas medidas pueden ser insuficientes sin liberación quirúrgica.

Existen varias técnicas de liberación del frenillo; el cirujano elegirá la más adecuada según edad, anatomía, objetivos funcionales y seguridad.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Adenoamigdalectomía:

Si no se realiza la intervención cuando está indicada, pueden persistir obstrucción nasal u orofaríngea, respiración oral, ronquido, apnea del sueño, alteraciones del sueño, trastornos de alimentación o bajo peso, amigdalitis recurrente, abscesos periamigdalinos, dolor, halitosis, uso frecuente de antibióticos, infecciones recurrentes de nariz, garganta u oído, otitis media, disminución auditiva, complicaciones cardiopulmonares del sueño o complicaciones infecciosas locales y sistémicas según el caso. En casos seleccionados, cuando exista obstrucción crónica y evaluación clínica documentada, también pueden persistir o desarrollarse repercusiones sobre el crecimiento facial, el paladar o la dentición.

Frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual:

Si no se realiza el procedimiento cuando está indicado, pueden persistir dificultades de lactancia, alimentación, movilidad de lengua, higiene oral, alteraciones del habla o molestias funcionales. En lactantes pueden persistir problemas de agarre, dolor materno o ganancia ponderal insuficiente si están relacionados con la anquiloglosia.

Consecuencias específicas en este paciente: _____

IX. RIESGOS GENERALES

He recibido información suficiente, comprensible y oportuna; que he podido preguntar; que entiendo los beneficios, las alternativas y los riesgos; y que autorizo el procedimiento de manera libre e informada. Las complicaciones, cuando ocurren, pueden requerir medicamentos, curas, controles adicionales, estudios de laboratorio o imágenes, reingreso hospitalario, traslado a otro centro, transfusión, valoración por otras especialidades, UCI o una nueva intervención quirúrgica.

X. RIESGOS ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Riesgos específicos de adenoamigdalectomía:

- Hemorragia por nariz o boca durante o después de la cirugía, temprana o tardía, que puede ser intensa y requerir compresión, cauterización, taponamiento posterior, revisión o reintervención bajo anestesia general, transfusión o medidas de soporte. Puede ocurrir, aunque los estudios de coagulación sean normales.
- Paso accidental de sangre, secreciones o tejido adenoamigdalino hacia la vía respiratoria, con riesgo de broncoaspiración, obstrucción respiratoria, neumonía aspirativa o paro cardiorrespiratorio excepcional.
- Dolor faríngeo intenso al tragar, dolor referido a oídos, mal aliento, fiebre baja, náuseas, vómitos, congestión nasal, tos, dificultad para alimentarse, deshidratación, pérdida de peso transitoria o necesidad de hidratación intravenosa durante la recuperación.
- Infección local, de vías respiratorias o sistémica, fiebre, celulitis, septicemia excepcional o necesidad de antibióticos, curas, hospitalización o procedimientos adicionales.
- Persistencia o recidiva de tejido adenoideo, tejido amigdalino residual o recurrencia de síntomas, especialmente en técnicas parciales/intracapsulares o cuando existan factores asociados.

- Cambios de voz, rinolalia o posible insuficiencia velofaríngea, con voz hipernasal o paso de líquidos hacia la nariz, generalmente transitorios, aunque pueden persistir, con mayor riesgo cuando existen alteraciones del paladar, incluida fisura palatina manifiesta o submucosa, úvula bífida, movilidad palatina deficiente u otras alteraciones.
- Lesión de mucosa nasal, sangrado nasal o sinequias si se utilizan sondas nasales o asistencia endoscópica nasal.
- Lesión dental, labial, lingual, gingival, mandibular o temporomandibular por el abre bocas o instrumental transoral, así como alteraciones del gusto, sensibilidad o movilidad de lengua, habitualmente transitorias y excepcionalmente persistentes.
- Fisura, lesión o quemadura de paladar, úvula, mucosa oral o faringe; quemaduras o lesiones por bisturí eléctrico, radiofrecuencia, coblation, láser u otros equipos de energía.
- Tortícolis, dolor cervical o tos persistente durante algunos días, habitualmente transitorios.

Riesgos específicos de frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual:

- Sangrado durante o después del procedimiento, generalmente leve, pero que puede requerir compresión, cauterización, sutura o atención urgente.
- Dolor, inflamación, dificultad temporal para alimentar o movilizar la lengua.
- Infección de la herida, secreción, fiebre o necesidad de antibióticos.
- Reaparición de la restricción por cicatrización, adherencia o liberación insuficiente, con posible necesidad de ejercicios, terapia o nuevo procedimiento.
- Lesión de glándulas salivales, conductos submandibulares, mucosa del piso de boca, vasos o nervios de la zona, con alteraciones de sensibilidad, salivación, dolor o cicatrización.
- Cicatriz dolorosa, engrosada o limitante.
- Broncoaspiración de sangre o secreciones, excepcionalmente con compromiso respiratorio.
- Lesión dental o de mucosa oral si existen piezas dentarias y se utiliza instrumental intraoral.
- Quemaduras o lesiones por láser, electrocauterio, radiofrecuencia u otros equipos de energía si se utilizan.

XI. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

Entiendo que, a pesar de las medidas de higiene, esterilización, antisepsia y cuidado del equipo asistencial, el acto quirúrgico, la manipulación de tejidos y la estancia en un centro de salud pueden asociarse a infecciones hospitalarias o infecciones relacionadas con la atención en salud, que son poco frecuentes pero posibles y pueden requerir antibióticos, drenajes, curas, hospitalización o procedimientos adicionales.

XII. RIESGOS RELACIONADOS CON CIRCUNSTANCIAS PERSONALES

El paciente declara haber informado al médico sobre sus antecedentes personales, enfermedades actuales o previas, alergias, medicamentos en uso, cirugías anteriores, antecedentes anestésicos, hábitos y cualquier otra condición relevante para la realización del procedimiento. Se le ha explicado que circunstancias como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, uso de marcapasos, asma/EPOC, apnea del sueño o SAOS, enfermedad renal o hepática, uso de anticoagulantes, antiagregantes, aspirina o AINEs, trastornos de coagulación, epilepsia, tabaquismo, cirugías previas, inmunosupresión, embarazo o sospecha, alergias conocidas y las condiciones particulares señaladas para este procedimiento pueden aumentar los riesgos asociados a la intervención, la anestesia, el sangrado, la infección, la cicatrización, la recuperación postoperatoria o la aparición de complicaciones.

Riesgos, observaciones o contraindicaciones específicas de este paciente: _____

Asimismo, entiendo que, como en toda intervención quirúrgica y/o anestésica, existe un riesgo excepcional de complicaciones graves, potencialmente mortales, incluyendo fallecimiento. Este riesgo puede relacionarse con sangrado severo, complicaciones anestésicas, broncoaspiración, infección grave, obstrucción de la vía aérea, eventos cardiovasculares o respiratorios, y puede aumentar según las enfermedades previas, los antecedentes médicos, la edad, la condición clínica y el estado general del paciente.

Factores personales relacionados con adenoamigdalectomía:

El riesgo puede ser mayor en presencia de apnea obstructiva del sueño, hipertrofia adenoamigdalina severa, infección activa, amigdalitis recurrente, otitis media recurrente, absceso periamigdalino previo, paladar hendido o submucoso, úvula bifida, trastorno de coagulación personal o familiar, comorbilidades relevantes, mala tolerancia a la anestesia o dificultad para cumplir hidratación, dieta y controles postoperatorios.

Factores personales relacionados con frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual:

El riesgo puede ser mayor en lactantes con dificultad de lactancia o alimentación, pacientes con trastornos de coagulación, uso de anticoagulantes o antiagregantes, alergia a anestésicos locales, infección oral activa, alteraciones anatómicas, comorbilidades relevantes o falta de cumplimiento de ejercicios, terapia de habla/lactancia y controles indicados.

XIII. AUTORIZACIÓN PARA EVENTUALIDADES INTRAOPERATORIAS

Autorizo al equipo médico a realizar las medidas adicionales estrictamente necesarias si durante la cirugía se presentan hallazgos o complicaciones imprevistas que requieran actuación inmediata para proteger mi salud o vida.

XIV. EQUIPO QUIRÚRGICO

Entiendo que la cirugía será realizada por el médico tratante y por un miembro calificado del equipo quirúrgico, según la organización del centro, la complejidad del caso, la disponibilidad de especialistas y las condiciones clínicas del día de la intervención.

XV. MUESTRAS, PATOLOGÍA E IMÁGENES

Autorizo que las muestras obtenidas durante el procedimiento se envíen a estudio anatomopatológico, citológico, microbiológico, cultivo u otro estudio complementario. Autorizo la toma de imágenes clínicas, endoscópicas o quirúrgicas necesarias para la adecuada documentación de mi caso en el expediente clínico. Las imágenes serán tratadas como información clínica confidencial.

XVI. TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA EN CASO NECESARIO

La transfusión sanguínea no es habitual en estos procedimientos, pero puede ser necesaria de forma excepcional ante una hemorragia importante, anemia significativa o situación clínica que lo amerite. Se me ha explicado que rechazar una transfusión indicada puede aumentar el riesgo de complicaciones graves, choque hemorrágico o muerte.

☐ Acepto transfusión si fuese médicamente necesaria / ☐ No acepto transfusión

Motivo del rechazo, si aplica: _____

Firma específica del paciente/representante en caso de rechazo de transfusión: _____

XVII. DECLARACIONES DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE

- Declaro que he sido informado por el médico de los aspectos más importantes de la intervención, su evolución habitual, beneficios esperables, limitaciones, alternativas, riesgos frecuentes y riesgos graves, aunque sean excepcionales.
- Declaro que he podido formular todas las preguntas que he considerado necesarias y que las mismas han sido respondidas de forma clara, suficiente y comprensible.
- Declaro no haber ocultado información esencial sobre mi salud, antecedentes, alergias, medicamentos, hábitos o circunstancias personales que puedan ser relevantes para el equipo que me atiende.
- Declaro que entiendo, comprendo y acepto la información contenida en este consentimiento informado. Si estoy acompañado de familiares o representante, estos también manifiestan haber entendido y comprendido la información explicada.
- Entiendo que la medicina no puede garantizar resultados. El objetivo del procedimiento es el descrito, pero pueden persistir síntomas, requerirse tratamientos médicos prolongados, controles, curas, reintervenciones o tratamientos complementarios según evolución y hallazgos.
- Entiendo que este consentimiento no obliga al médico ni al centro de salud a realizar el procedimiento.
- Entiendo que puedo retirar mi consentimiento antes del procedimiento, dejando constancia escrita de dicha decisión.
- Entiendo, comprendo, otorgo mi consentimiento y acepto que, para la realización del procedimiento indicado, puede existir un costo adicional al autorizado, aprobado o cubierto por mi ARS o seguro médico. Dicho costo podrá corresponder, entre otros conceptos, a honorarios médicos, asistentes quirúrgicos, instrumental específico, terminales, dispositivos, equipos, bandeja quirúrgica, materiales especializados o tecnología propia de otorrinolaringología que resulte necesaria o conveniente para la adecuada realización del procedimiento. Se me explicó, entiendo, comprendo y acepto realizar dicho pago.
- Tras recibir la información precedente, DOY MI CONSENTIMIENTO para ser sometido/a a los procedimientos de adenoamigdalectomía y frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual descritos en este documento.

Ciudad: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Firma y nombre del/de la paciente o representante

Firma y sello del médico informante

XVIII. REPRESENTANTE LEGAL, PADRE/MADRE/TUTOR O FAMILIAR RESPONSABLE

El padre, madre, tutor o familiar responsable presente declara que ha recibido, entendido, comprendido y aceptado la información en nombre del paciente, en los mismos términos en que lo haría el propio paciente si fuese competente para decidir.

Iniciales paciente/representante: _____

Iniciales médico: _____

Representante: _____ Cédula: _____

Parentesco o relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

XIX. TESTIGOS

Testigo 1

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Cédula: _____ Teléfono: _____ Firma: _____

XX. RECHAZO DEL PROCEDIMIENTO

Yo, _____ Cédula _____

Luego de recibir información sobre mi diagnóstico, opciones, beneficios, riesgos y consecuencias de no realizar el procedimiento, NO AUTORIZO la realización de los procedimientos de adenoamigdalectomía y cirugía funcional septoturbinal descritos en este documento. Entiendo que pueden persistir o empeorar los síntomas y complicaciones relacionados con mi condición, según mi caso clínico.

Consecuencias específicas del rechazo en este paciente: _____

Ciudad: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Firma y nombre del/de la paciente o representante

Firma y sello del médico informante

XXI. RATIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Yo, _____ Cédula _____

RATIFICO el consentimiento otorgado previamente para la realización de los procedimientos de adenoamigdalectomía y frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual descritos en este documento. Declaro que he tenido oportunidad de realizar nuevas preguntas, que no tengo dudas pendientes, que he informado cualquier cambio relevante en mi estado de salud, medicamentos, alergias o condición clínica y que mantengo de manera libre, voluntaria e informada mi autorización para la realización del procedimiento, POR LO QUE ENTIENDO, COMPRENDO Y ACEPTO toda la información contenida en este consentimiento.

Ciudad: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Firma y nombre del/de la paciente o representante

Firma y sello del médico informante