

## I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

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

|                             |                                                                                                        |                           |                                                                           |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Centro de Salud:</b>     |                                                                                                        | <b>Fecha</b>              | / /                                                                       |
|                             |                                                                                                        | <b>Hora</b>               |                                                                           |
| <b>Ciudad / provincia:</b>  |                                                                                                        |                           |                                                                           |
| <b>Nombre del paciente:</b> |                                                                                                        | <b>Edad:</b>              |                                                                           |
| <b>Cédula:</b>              |                                                                                                        | <b>Sexo:</b>              | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M                     |
| <b>Dirección:</b>           |                                                                                                        |                           |                                                                           |
| <b>Diagnóstico:</b>         |                                                                                                        |                           |                                                                           |
| <b>Lado / localización:</b> | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Bilateral | <b>Tipo de caso:</b>      | <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Reintervención |
| <b>Anestesia prevista:</b>  | General                                                                                                | <b>Médico informante:</b> |                                                                           |
| <b>Exequátur:</b>           |                                                                                                        | <b>No. CMD:</b>           |                                                                           |

## II. PROCEDIMIENTO INDICADO

Este consentimiento corresponde a la adenoamigdalectomía, procedimiento destinado a extirpar las amígdalas palatinas y el tejido adenoideo o vegetaciones adenoideas, habitualmente por vía oral/transoral. El procedimiento indicado podrá comprender, según el diagnóstico, la indicación médica, los hallazgos clínicos, anatómicos o intraoperatorios, la evolución del acto quirúrgico y el criterio del cirujano otorrinolaringólogo, una o varias de las siguientes intervenciones o modalidades: adenoamigdalectomía transoral; amigdalectomía bilateral o unilateral; amigdalectomía parcial/intracapsular o total/extracapsular; legrado adenoideo o resección con microdebridador; uso de espejo o endoscopio; disección fría; electrocauterio y hemostasia; radiofrecuencia o coblation; colocación de sondas para elevar el paladar; técnica endoscópica nasal si fuese necesario; procedimiento de oído asociado; cirugía por indicación infecciosa u obstructiva/sueño; y toma de muestra para estudio anatomopatológico cuando esté indicado. La extensión definitiva del procedimiento dependerá de las condiciones particulares del paciente, la necesidad terapéutica, la seguridad quirúrgica y la valoración médica correspondiente.

Nota de alcance: la extensión definitiva puede variar por hallazgos intraoperatorios, anatomía individual, sangrado, infección, inflamación, cicatrices de cirugías previas, disponibilidad de equipos o condiciones de seguridad.

La localización y lateralidad del procedimiento se establecerán según el diagnóstico, la indicación médica documentada y el criterio del otorrinolaringólogo. Cuando corresponda anatómicamente, podrá realizarse en el lado derecho, en el lado izquierdo o de forma bilateral.

El procedimiento se realizará bajo anestesia general.

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

### **III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO**

---

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.

### **IV. TAPONAMIENTO, DRENAJES, DISPOSITIVOS Y CUIDADOS INMEDIATOS**

---

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.

### **V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE**

---

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.

## **VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO**

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.

## **VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**

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.

## **VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA**

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, posibles repercusiones en crecimiento facial, paladar o dentición, complicaciones cardiopulmonares del sueño o complicaciones infecciosas locales y sistémicas según el caso.

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**

---

- 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 insuficiencia velopalatina, con salida de alimentos o líquidos por nariz, generalmente transitorios, aunque pueden persistir, especialmente en pacientes con paladar hendido, paladar submucoso, úvula bífida u otras alteraciones del paladar.
- 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 abrebocas 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.
- Complicaciones propias de la anestesia general y de cualquier cirugía, incluyendo eventos respiratorios, cardiovasculares, neurológicos o muerte excepcional.

## **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.

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.

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.

Riesgos, observaciones o contraindicaciones específicas de este paciente: \_\_\_\_\_

---

### **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 SANGUÍNEA EN CASO NECESARIO**

La transfusión sanguínea puede ser necesaria si se presenta sangrado importante durante o después del procedimiento, anemia significativa o una condición 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 al procedimiento de adenoamigdalectomía descrito en este documento.

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y nombre del/de la paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico informante

Iniciales paciente/representante: \_\_\_\_\_

Iniciales médico: \_\_\_\_\_

## **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.

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 del procedimiento de adenoamigdalectomía descrito 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 del procedimiento de adenoamigdalectomía descrito 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

Iniciales paciente/representante: \_\_\_\_\_

Iniciales médico: \_\_\_\_\_