

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 adenoidectomía, procedimiento destinado a retirar el tejido adenoideo o vegetaciones adenoideas. Según el diagnóstico, la indicación médica, la anatomía, los hallazgos clínicos o intraoperatorios y el criterio del cirujano otorrinolaringólogo, puede realizarse por vía transoral, con visualización directa, espejo o endoscopio, y/o mediante abordaje endoscópico nasal. El procedimiento indicado podrá comprender una o varias de las siguientes intervenciones o modalidades: legrado adenoideo; uso de espejo o endoscopio; uso de microdebridador; aspiración; radiofrecuencia o coblation; cauterización y hemostasia; colocación de sondas para elevar el paladar; cambio o complemento de la vía de abordaje cuando resulte necesario; revisión del cavum o rinofaringe; procedimiento de oído asociado; amigdalectomía asociada; turbinoplastia asociada cuando esté indicada; y toma de muestra para anatomía patológica. 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 adenoidectomía es la extirpación del tejido adenoideo, también llamado vegetaciones adenoideas o amígdala faríngea, localizado en la rinofaringe detrás de las fosas nasales y por encima del paladar. Puede indicarse cuando este tejido produce obstrucción nasal, respiración oral, ronquido, apnea del sueño, infecciones nasales o faríngeas repetidas, otitis media, moco persistente en oído medio u otras complicaciones relacionadas.

El tejido adenoideo puede retirarse por la boca mediante abordaje transoral y/o mediante visualización endoscópica nasal con endoscopios rígidos, según la anatomía, la extensión del tejido y las condiciones de seguridad. Para exponer la rinofaringe puede utilizarse espejo, endoscopio o instrumental específico; en ocasiones se colocan pequeñas sondas a través de las fosas nasales para elevar el paladar. La extirpación puede realizarse mediante legrado, microdebridador, aspiración, radiofrecuencia, coblation, cauterio u otros métodos, con control de los puntos de sangrado.

Si durante la intervención la visualización, la anatomía, el sangrado o la seguridad lo requieren, el cirujano puede complementar o cambiar la vía de abordaje y modificar el método de hemostasia durante la misma intervención.

IV. TAPONAMIENTO, DRENAJES, DISPOSITIVOS Y CUIDADOS INMEDIATOS

Es frecuente la presencia de saliva o moco con sangre por la nariz o la boca durante las primeras horas, así como vómitos oscuros por sangre deglutida. Puede haber dolor de garganta, dolor referido al oído, mal aliento, congestión nasal o voz nasal transitoria.

El paciente deberá mantener reposo relativo, buena hidratación, dieta indicada y tomar los medicamentos prescritos. 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 molestias al tragar, tos, mal aliento, costras, secreción nasal, congestión o fiebre baja. Deben evitarse esfuerzos, manipulación nasal, alimentos irritantes y medicamentos no autorizados.

Debe acudir de inmediato si aparece sangrado rojo abundante por nariz o boca, vómitos repetidos de sangre, dificultad respiratoria, fiebre alta, deshidratación, dolor intenso progresivo, rigidez cervical o deterioro general.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es mejorar la respiración nasal, reducir ronquido o apnea obstructiva cuando estén relacionados con hipertrofia adenoidea, disminuir infecciones de nariz, garganta u oído y mejorar la ventilación de oído medio cuando aplique.

Entiendo que pueden persistir síntomas si existen otras causas de obstrucción, rinitis, alergia, hipertrofia de cornetes, amígdalas grandes, alteraciones craneofaciales u otras enfermedades. El tejido adenoideo puede persistir parcialmente o reaparecer.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas pueden incluir observación, manejo médico de rinitis o alergias, lavados nasales, corticoides intranasales, antibióticos cuando estén indicados y tratamiento de enfermedades asociadas. Existen diferentes técnicas quirúrgicas y vías de abordaje para la adenoidectomía; el cirujano seleccionará la más adecuada según la anatomía, la disponibilidad, la seguridad y el criterio clínico.

Cuando existe hipertrofia adenoidea obstructiva o infecciones o repercusiones persistentes, el tratamiento médico puede no resolver adecuadamente la causa mecánica o el problema clínico.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza la intervención cuando está indicada, pueden persistir obstrucción nasal, respiración oral, ronquido, apnea del sueño, infecciones recurrentes, otitis media, disminución auditiva, alteraciones del sueño y posibles repercusiones en crecimiento facial, paladar o dentición.

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; puede requerir compresión, cauterización, taponamiento posterior, revisión en quirófano, transfusión o reintervención.
- Paso accidental de sangre o tejido adenoideo hacia la vía respiratoria, con riesgo de broncoaspiración, obstrucción respiratoria o paro cardiorrespiratorio excepcional.
- Dolor faríngeo, dolor de oído referido, mal aliento, fiebre baja, náuseas, vómitos, congestión nasal o tos durante la recuperación.
- Infección local o de vías respiratorias, generalmente poco frecuente, que puede requerir antibióticos.
- Recidiva o persistencia del tejido adenoideo con reaparición de síntomas.
- Insuficiencia velopalatina, salida de alimentos o líquidos por nariz y voz nasalizada, especialmente en pacientes con paladar hendido, submucoso, úvula bífida u otras alteraciones del paladar.
- Lesión de mucosa nasal, sangrado nasal, costras, sinequias u obstrucción nasal si se utilizan sondas nasales o abordaje endoscópico.
- Lesión dental, de labios, lengua, encías o molestias de articulación temporomandibular por el abre bocas o instrumental transoral.
- Tortícolis, dolor cervical o tos persistente, habitualmente transitorios.
- Quemaduras o lesiones por bisturí eléctrico, radiofrecuencia, coablación u otros equipos de energía.
- 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 pacientes con apnea obstructiva del sueño, otitis media recurrente, paladar hendido o submucoso, úvula bífida, infección activa, cirugía previa, alteraciones anatómicas, comorbilidades relevantes, trastornos de coagulación, anticoagulación, inmunosupresión o mala adherencia a las indicaciones 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 no es habitual en este procedimiento, 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 al procedimiento de adenoidectomía descrito 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.

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 adenoidectomía 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 adenoidectomía 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