

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 amigdalectomía, procedimiento destinado a extirpar total o parcialmente las amígdalas palatinas, generalmente por vía oral, según indicación clínica. 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: amigdalectomía bilateral o unilateral; amigdalectomía parcial/intracapsular o total/extracapsular; adenoidectomía asociada; coblation o radiofrecuencia; electrocauterio; disección fría; toma de muestra para anatomía patológica; y cirugía por indicación infecciosa u obstructiva/sueño. 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 amigdalectomía es la cirugía mediante la cual se extirpan las amígdalas palatinas, ubicadas a ambos lados de la garganta. Puede indicarse por amigdalitis recurrente o crónica, abscesos periamigdalinos repetidos, hipertrofia obstructiva, ronquido, apnea del sueño, sospecha de tumor u otras condiciones médicas.

El procedimiento se realiza habitualmente por la boca. El cirujano separa el tejido amigdalino y controla el sangrado mediante compresión, suturas, electrocauterio, radiofrecuencia, coblation u otros métodos según el caso. En situaciones seleccionadas puede realizarse técnica parcial o intracapsular si el objetivo es obstructivo y el criterio médico lo permite.

Si se encuentra tejido anormal, asimetría, lesión sospechosa u otra indicación clínica, el tejido puede enviarse a anatomía patológica.

IV. TAPONAMIENTO, DRENAJES, DISPOSITIVOS Y CUIDADOS INMEDIATOS

Después de la cirugía es habitual presentar dolor importante al tragar durante varios días, con irradiación a los oídos, mal aliento, placas blanquecinas o grisáceas en las zonas operadas, saliva teñida de sangre o vómitos oscuros por sangre deglutida.

La alimentación inicialmente será líquida o blanda, con buena hidratación. El paciente debe cumplir estrictamente analgésicos, indicaciones de dieta, reposo relativo y evitar esfuerzos, alimentos duros o irritantes y medicamentos no autorizados.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

El dolor puede durar 10 a 15 días y puede aumentar alrededor de los días de caída de escaras. Puede haber disminución del apetito, pérdida transitoria de peso, mal aliento y cambios temporales de voz o deglución.

Debe acudir de inmediato si aparece sangrado rojo vivo por boca o nariz, vómitos de sangre roja, dificultad respiratoria, fiebre alta persistente, deshidratación, imposibilidad para ingerir líquidos, dolor no controlado, somnolencia o deterioro general. La hemorragia postamigdalectomía puede ser tardía y requiere atención urgente.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es disminuir o evitar infecciones amigdalinas recurrentes, abscesos, uso repetido de antibióticos, ausentismo y complicaciones infecciosas. En casos obstructivos, puede mejorar ronquido, respiración durante el sueño, deglución, alimentación y calidad de vida.

Entiendo que la cirugía no garantiza desaparición de todos los síntomas de garganta, ronquido o apnea, ya que pueden existir otras causas. En amigdalectomía parcial puede persistir tejido y requerir vigilancia o tratamiento adicional.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas pueden incluir observación, antibióticos cuando estén indicados, manejo de alergias o reflujo, tratamiento del sueño, cambios de hábitos y vigilancia clínica. Ante fracaso del tratamiento médico o indicación obstructiva/tumoral clara, la cirugía puede ser la opción más efectiva.

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.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza la intervención cuando está indicada, pueden persistir infecciones recurrentes, abscesos periamigdalinos, dolor, halitosis, uso frecuente de antibióticos, ronquido, apnea del sueño, trastornos de alimentación, bajo peso, 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 intraoperatoria o postoperatoria, temprana o tardía, que puede ser intensa y requerir atención urgente, reintervención bajo anestesia general, transfusión o medidas de soporte. Puede ocurrir, aunque los estudios de coagulación sean normales.
- Dolor intenso al tragar, dolor referido a oídos, dificultad para alimentarse, deshidratación, náuseas, vómitos, pérdida de peso transitoria o necesidad de hidratación intravenosa.
- Broncoaspiración o paso de sangre a la vía respiratoria, con riesgo de obstrucción, neumonía aspirativa o paro cardiorrespiratorio excepcional.
- Infección local o sistémica, fiebre, celulitis, septicemia excepcional o necesidad de antibióticos y hospitalización.
- Lesión dental, labial, lingual, mandibular o temporomandibular por abre bocas o instrumental.
- Cambios de voz, rinolalia, insuficiencia velopalatina o paso de líquidos hacia la nariz, generalmente transitorios, aunque pueden persistir.
- Alteraciones del gusto, sensibilidad o movilidad de lengua, habitualmente transitorias, excepcionalmente persistentes.
- Fisura, lesión o quemadura de paladar, úvula, mucosa oral o faringe.
- Tortícolis, dolor cervical o tos persistente durante algunos días.
- Persistencia de tejido amigdalino residual o recurrencia de síntomas, especialmente en técnicas parciales.
- Quemaduras o lesiones por bisturí eléctrico, radiofrecuencia, coblation, láser 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, amigdalitis recurrente o infección activa, absceso periamigdalino previo, trastorno de coagulación personal o familiar, anticoagulación, comorbilidades relevantes, inmunosupresión, tabaquismo, diabetes descompensada o mala adherencia a hidratación, dieta, reposo 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 amigdalectomía 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 amigdalectomía 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 amigdalectomía 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