

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 al drenaje de un absceso periamigdalino o colección purulenta alrededor de la amígdala. 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 medidas: punción-aspiración del absceso; incisión y drenaje transoral; tratamiento del lado derecho, izquierdo, bilateral o de localización no definida; toma de cultivo; observación u hospitalización; y valoración de amigdalectomía diferida según evolución. 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.

La anestesia prevista podrá ser local, sedación o general, según el caso y el criterio del otorrinolaringólogo.

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

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

El absceso periamigdalino es una colección de pus situada en el espacio alrededor de la amígdala, generalmente como complicación de una amigdalitis aguda o crónica. Puede producir dolor intenso de garganta, fiebre, dificultad para tragar, voz apagada, babeo, mal aliento, trismo o dificultad para abrir la boca y, en casos graves, compromiso de la vía aérea o extensión de la infección a espacios profundos del cuello.

El drenaje se realiza habitualmente a través de la boca. Puede iniciarse con punción y aspiración mediante aguja, y si no es suficiente, realizarse una incisión en la zona de mayor fluctuación para evacuar el material purulento. En algunos casos se amplía cuidadosamente la abertura con pinzas, se aspira el contenido, se obtiene cultivo y se complementa con antibióticos, analgésicos, hidratación u hospitalización.

Según la edad, tolerancia, apertura bucal, gravedad del cuadro y criterio médico, el procedimiento En niños, pacientes no colaboradores o casos complejos puede requerirse quirófano.

IV. TAPONAMIENTO, DRENAJES, DISPOSITIVOS Y CUIDADOS INMEDIATOS

Después del drenaje puede persistir dolor al tragar, aunque generalmente menor que antes del procedimiento. Puede haber saliva teñida de sangre, mal sabor, mal aliento, salida de secreción purulenta y molestias irradiadas al oído durante varios días.

El paciente deberá cumplir antibióticos, analgésicos, hidratación y dieta indicada. En algunos casos puede requerirse observación hospitalaria, sueroterapia, repetición del drenaje o una amigdalectomía diferida si existen recurrencias o indicación clínica.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Durante las primeras horas puede aparecer una pequeña cantidad de sangre en saliva o vómitos oscuros por sangre deglutida. También puede observarse una zona blanquecina o grisácea en el área drenada, correspondiente al proceso de cicatrización.

Debe acudir de inmediato si presenta sangrado abundante o persistente, dificultad respiratoria, imposibilidad para tragar saliva, fiebre alta persistente, aumento del dolor o inflamación del cuello, rigidez cervical, somnolencia, empeoramiento general o signos de deshidratación.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es evacuar la colección purulenta, disminuir dolor, fiebre, trismo y dificultad para tragar, controlar la infección junto con el tratamiento médico y prevenir su progresión a espacios profundos del cuello o complicaciones sistémicas.

Entiendo que el drenaje no garantiza que el absceso no reaparezca. Puede requerirse nuevo drenaje, cambio de antibiótico, ingreso hospitalario, estudios de imagen, valoración por otras especialidades o amigdalectomía en un segundo tiempo.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas pueden incluir tratamiento médico con antibióticos, analgésicos e hidratación cuando se trate de celulitis o flemón sin colección definida. Cuando existe absceso establecido, el drenaje por punción o incisión suele ser el tratamiento de mayor eficacia.

La alternativa de no drenarlo y continuar solo con medicamentos puede ser insuficiente si hay colección purulenta organizada o riesgo de progresión.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza el drenaje cuando está indicado, pueden persistir o empeorar el dolor, fiebre, dificultad para tragar, trismo, deshidratación y compromiso de la vía aérea. La infección puede extenderse a espacios profundos del cuello, mediastino, base del cráneo o vasos cervicales, producir sepsis, shock séptico o complicaciones potencialmente mortales.

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 durante o después del drenaje, usualmente leve, pero excepcionalmente grave por lesión de vasos de la zona; puede requerir compresión, cauterización, revisión quirúrgica, anestesia general o transfusión.
- Reacumulación de pus o recidiva del absceso, con necesidad de reapertura, nuevo drenaje, hospitalización o amigdalectomía posterior.
- Paso accidental de sangre, pus o secreciones a la vía respiratoria, con riesgo de tos intensa, broncoaspiración, obstrucción de vía aérea o paro cardiorrespiratorio excepcional.
- Extensión de la infección a espacios profundos del cuello, mediastino, grandes vasos, tejidos blandos o circulación general, con riesgo de sepsis.
- Dolor, inflamación, dificultad para tragar, trismo, mal aliento, fiebre o molestias irradiadas al oído durante el período de recuperación.
- Lesión de mucosa oral, paladar, amígdala, lengua, encías o piezas dentarias por instrumental, abrebocas o maniobras quirúrgicas.
- Tortícolis o dolor cervical transitorio.
- Quemaduras o lesiones por bisturí eléctrico, radiofrecuencia, coblation u otros equipos de energía si se utilizan.
- Complicaciones generales de cualquier cirugía o anestesia: reacción a medicamentos, náuseas, vómitos, aspiración, infección, eventos cardiovasculares, respiratorios, 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 si existe trismo importante, deshidratación, infección severa, sospecha de compromiso de la vía aérea, inmunosupresión, diabetes descompensada, coagulopatía, uso de anticoagulantes o antiagregantes, enfermedad sistémica relevante o demora en el tratamiento.

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 drenaje de absceso periamigdalino 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 drenaje de absceso periamigdalino 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 drenaje de absceso periamigdalino 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, COMPREENDO 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