

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE AMIGDALECTOMÍA PARCIAL O REDUCCIÓN AMIGDALAR O AMIGDALOTOMÍA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada AMIGDALECTOMÍA PARCIAL O REDUCCIÓN AMIGDALAR O AMIGDALOTOMIA, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La Amigdalectomía parcial, Amigdalotomía o Reducción amigdalar es la intervención quirúrgica en la que se extirpan de forma parcial o se reducen de volumen las amígdalas, situadas a ambos lados del paladar. La operación se suele efectuar bajo anestesia general y a través de la boca. No obstante, algunos especialistas, pueden efectuarla con anestesia local. Esta cirugía puede llevarse a cabo mediante diversas técnicas que, fundamentalmente, utilizan la aplicación de calor local para reducir su volumen (extirpación de un fragmento más o menos amplio o reducción volumétrica mediante calor aplicado por punciones en el interior de la amígdala). Puede utilizarse la Radiofrecuencia, el láser, el bisturí microdebridador, bisturí ultrasónico, termosellador o el bisturí eléctrico.

La indicación fundamental, aunque no la única, de estas técnicas son las hipertrofias amigdalares sin infecciones repetidas (trastornos respiratorios del sueño o dificultades de deglución)

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que suelen ser intensas y prolongarse a lo largo de diez o quince días, irradiándose hacia los oídos, debiendo, por ello, administrarse calmantes.

Puede notarse, durante las primeras horas, la saliva teñida de sangre o, incluso, aparecer vómitos de sangre oscura, ya digerida, y que están en relación con la sangre deglutida durante la intervención.

También pueden ser normales las heces oscuras, en los días inmediatos, por el mismo motivo.

Durante los primeros días puede percibirse mal aliento.

Al abrir la boca y examinar la garganta pueden verse sendas zonas grisáceas o blanquecinas en el lugar que ocupaban las amígdalas. Ello es normal y corresponde al proceso de cicatrización de la zona.

Al principio, la alimentación consistirá sólo en líquidos y, posteriormente, alimentación blanda hasta completarse la cicatrización.

La duración del ingreso hospitalario es variable, dependiendo de numerosas circunstancias. En ocasiones, la estancia en el hospital es muy breve.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Pueden persistir los ronquidos, e incluso síndrome de apnea del sueño por la dificultad respiratoria, en relación con el tamaño de las amígdalas e, incluso, pérdida de peso por dificultades en la alimentación.

BENEFICIOS ESPERABLES

La intervención puede mejorar las alteraciones de la alimentación y la respiración, así como el ronquido y sus complicaciones, en especial el síndrome de apnea del sueño

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Ante el fracaso del tratamiento médico, el tratamiento quirúrgico es el único de contrastada eficacia. No obstante, este tratamiento puede efectuarse con la utilización de otras tecnologías tales como el láser o la radiofrecuencia

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE AMIGDALECTOMÍA PARCIAL O REDUCCIÓN AMIGDALAR O AMIGDALOTOMÍA

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

En todos los casos de reducción amigdalар, el principal inconveniente es la posibilidad de un nuevo crecimiento de la amígdala, que será inversamente proporcional a la cantidad de tejido extirpado.

La recidiva de la hipertrofia amigdalар también será más frecuente cuanto menor sea la edad del niño, debido a la mayor actividad del tejido linfoide. También es posible que se produzca una hemorragia de cierta intensidad durante el período posterior a la intervención; si esta hemorragia postoperatoria fuera muy intensa podría aparecer una anemia e incluso un «shock» –llamado hipovolémico, por la pérdida del volumen de sangre–. Por ello, la hemorragia casi siempre obliga a una nueva intervención para su control y, si fuera preciso, transfusión de hemoderivados. Este riesgo puede ocurrir aunque las pruebas de coagulación del estudio preoperatorio sean normales. La frecuencia de la hemorragia aumenta con la administración de aspirina o derivados del ácido acetil salicílico y el ibuprofeno, en los 10 días previos y posteriores a la intervención. Cabe la posibilidad de que, accidentalmente, la sangre que procede de la herida operatoria pueda pasar hacia las vías respiratorias: a esta posibilidad se la conoce como hemoaspiración y puede llegar a obstruir las vías aéreas produciendo incluso una parada cardiorrespiratoria. Estas complicaciones por sangrado son muy poco frecuentes en las cirugías parciales ya que se actúa siempre dentro de la amígdala donde la escasez de vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas es notoria. Por la misma razón, en general, el dolor postoperatorio es inferior a las técnicas extracapsulares

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN
DE AMIGDALECTOMÍA PARCIAL O REDUCCIÓN AMIGDALAR O
AMIGDALOTOMÍA**

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Tras todo ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN**, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que durante la intervención el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento inicialmente proyectado, consultará la decisión con la persona autorizada por mí. Sólo cuando las eventualidades pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos al encontrarse con circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

También entiendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En este documento le hemos informado de los riesgos y complicaciones más habituales y relevantes. No obstante, su médico puede facilitarle información sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. La firma del presente documento implica que he podido recabar toda la información necesaria para comprender la intervención y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a....., con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El representante legal

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN
DE AMIGDALECTOMÍA PARCIAL O REDUCCIÓN AMIGDALAR O
AMIGDALOTOMÍA**

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente/representante legal