**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ADENOIDECTOMÍA Y COLOCACIÓN DE TUBOS DE VENTILACIÓN**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**DIAGNÓSTICO:**

«consultation.diagnoses:each(diagnosis)»

* «=diagnosis.disease\_code» «=diagnosis.description»

«consultation.diagnoses:endEach»

**EXAMEN FÍSICO:**

**NASOFARINGE:** «=consultation.nasopharynx»

**FECHA DE CIRUGÍA:** …………………………

**FECHA DE FIRMA DE CONSENTIMIENTO:** «=current\_date»

**CIRUGIA PROPUESTA: ADENOIDECTOMÍA – COLOCACIÓN DE TUBO DE VENTILACIÓN TRANSTIMPÁNICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico Tratante:** «=doctor.pretty\_name» | Reg. ACESS: «=doctor.registration\_acess» |

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **ADENOIDECTOMÍA**, 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:**

Llamamos adenoidectomía a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la extirpación del tejido adenoideo que ocupa la rinofaringe, área situada atrás y arriba del paladar, en la parte posterior de las fosas nasales.

El tejido adenoideo se encuentra en esta zona, en cantidad variable, durante la infancia, y tiende a disminuir con el crecimiento, pudiendo desaparecer tras la adolescencia. La persistencia del tejido adenoideo en la edad adulta es rara, aunque posible.

Cuando este tejido se desarrolla en exceso da lugar a una ocupación de la rinofaringe, originando problemas tales como la obstrucción nasal y ronquido, entre otros, por lo que se plantea su extirpación mediante esta técnica.

Es una de las intervenciones más frecuentemente realizadas en los niños. La intervención se efectúa a través de la boca, bajo anestesia general, y consiste en retirar, raspando con un instrumento especial llamado adenotomo, las vegetaciones adenoideas.

Tras la intervención, queda una superficie sangrante que tiende a coagularse, espontáneamente, en un breve espacio de tiempo si la capacidad de coagulación de la sangre es normal. Es habitual, inmediatamente después de la intervención quirúrgica, la expulsión, por la nariz o la boca, de una pequeña cantidad de sangre, tiñendo la saliva o el moco.

También pueden aparecer vómitos de color oscuro en poca cantidad que, durante las primeras horas, se consideran normales y que están en relación con la pequeña cantidad de sangre deglutida durante la intervención, por lo que no precisan tratamiento.

Después de la intervención suele existir un pequeño dolor de garganta y de oídos, durante la deglución, que se puede disminuir con calmantes. Debe mantenerse reposo relativo en el domicilio durante 7 días. La dieta será blanda durante los dos primeros días, evitando los alimentos excesivamente calientes o fríos, picantes o ácidos.

Muy rara vez puede aparecer una hemorragia persistente del área operada, en ese caso hay que efectuar un tratamiento adecuado de la situación, que de persistir puede ser necesaria la revisión del área operada, bajo anestesia general.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, la falta de ventilación nasal puede ocasionar, con los años, malformaciones de la cara o del paladar y de los dientes, la persistencia de un ronquido e incluso una ápnea del sueño (situación en la que los movimientos respiratorios quedan momentáneamente detenidos) y puede favorecer las infecciones a nivel de la nariz, o los oídos.

**BENEFICIOS ESPERABLES**: Mejoría de la ventilación nasal, menor incidencia de infecciones tales como rinitis, faringitis, traqueítis, bronquitis y otitis, y la disminución o desaparición de los ronquidos y la ápnea.

**PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**: No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.

**RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO**: Cabe la posibilidad de que, aunque la intervención haya sido realizada correctamente, persista una pequeña cantidad de vegetaciones que ya no ocasionan problemas. Ya hemos señalado la posibilidad de que se produzca una pequeña hemorragia, pero si fuera muy intensa o no se tratara con corrección, podría aparecer una anemia e incluso puede requerir una re-internación para controlar el sangrado en sala de operaciones con anestesia general y posterior tratamiento para corregir la pérdida de sangre, si fuere necesario. 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 la misma que puede comprometer a los pulmones.

No es frecuente que esta herida se infecte, pero podría aparecer una pequeña infección o, incluso, si el estado general del paciente está debilitado, requerir un tratamiento especial.

Además, hay que considerar, entre las complicaciones, la posibilidad de que se produzca una edentación (pérdida de alguna pieza dentaria) de manera accidental, la fisura del paladar, la aparición de una voz nasalizada que llamamos rinolalia, y la insuficiencia del velo del paladar para ocluir las fosas nasales en su parte posterior durante la deglución, lo que determinaría la aparición de los líquidos o los sólidos ingeridos, a nivel de las fosas nasales. En algunos casos, puede aparecer una tos persistente a lo largo de unos días, y una tortícolis, generalmente pasajera.

Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general. El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia: se ha descrito un caso de muerte cada 300.000 intervenciones con este tipo de anestesia, este aspecto debe también discutirse con el anestesiólogo que administrará la anestesia general.

En general, el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad, la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

**RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES**:

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES**:

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Yo, «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**FECHA DE REALIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:** «=current\_date»

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. Se que se me da una prestación de medios y no de resultados.

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

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO/A, 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 el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………  CI: «=patient.identity\_card\_number»  **Paciente** | ……………………………………  CI.: «=doctor.registration\_acess»  **Médico** | ……………………………………  CI: ……………………………….  **Testigo** |

YO …………………………………………………… TUTOR LEGAL O FAMILIAR y en calidad de ………………………………….. SOY consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que ASUMO la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………  CI: «=patient.identity\_card\_number»  **Paciente** | ……………………………………  CI.: «=doctor.registration\_acess»  **Médico** | ……………………………………  CI: ……………………………….  **Testigo** |

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.

Firma del paciente o representante legal.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:** ……………………………………………………

**CI DEL DEL REPRESENTANTE LEGAL:** ……………………………………………………

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO RECOMENDADO POR LA**

**FEDERACIÓN DE SOCIEDADES ORL Y CIENCIAS AFINES DE ECUADOR**