

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO**SERVICIO DE****1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*)ADENOAMIGDALECTOMIA
(Extirpación de las vegetaciones y las amígdalas)**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

Es la intervención quirúrgica que se realiza para extirpar las adenoides (vegetaciones) y las amígdalas en el mismo acto quirúrgico.

CÓMO SE REALIZA:

Se realiza con anestesia general. El Servicio de Anestesia estudiará su caso y le informará al respecto.

Toda la operación se hace a través de la garganta, para lo cual se coloca un abreboca metálico para ver y trabajar en la garganta. La extirpación de las vegetaciones suele hacerse con instrumental que raspa las adenoides y las desprende del fondo de la nariz.

La extirpación de las amígdalas puede hacerse por cualquier método quirúrgico. Ninguno ha demostrado ser mejor: disección, láser, bisturí eléctrico, radiofrecuencia, ultrasonido etc. El sangrado se evita con los mismos instrumentos o dando algunos puntos de sutura reabsorbibles.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que suelen ser intensas y prolongarse a lo largo de 10 o 15 días, irradiándose hacia los oídos, debiéndose, por ello, administrar calmantes.

Puede notarse, durante las primeras horas, la saliva teñida de sangre o incluso aparecer vómitos de sangre oscura, ya digerida, debido a 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 QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Lo más normal es que desaparezcan los dolores de garganta intensos debido a las infecciones bacterianas. También desaparecerán la mayoría de los episodios de mucosidad nasal intensos que le producían las adenoiditis. Así no tendrá que tomar tantos antibióticos por estos motivos.

Tras la extirpación de unas amígdalas y adenoides hipertróficas notará que respira mejor.

Muchas personas dejarán de roncar y tragarán mejor la comida.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Ante el fracaso del tratamiento médico, el tratamiento quirúrgico es el único de contrastada eficacia.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Que persista una pequeña cantidad de amígdalas en uno o ambos lados del paladar. Así mismo las vegetaciones pueden reproducirse ya que, al no tener un límite preciso, su extirpación nunca es completa y los mínimos restos que quedan pueden crecer de nuevo produciendo las mismas molestias.
- Los más frecuentes son malestar al despertar, mareos, náuseas y vómitos. Todos ellos suelen desaparecer en pocas horas de forma espontánea. Pero a veces es necesario quedarse en el hospital. Es frecuente un poco de fiebre que no suele pasar de 38° C.
- No es frecuente que esta herida se infecte, pero podría aparecer una infección de la herida o incluso si el estado general del paciente está debilitado una septicemia, es decir, propagación de la infección a través de la sangre del paciente.

- Con el abreboca metálico puede dañarse la lengua o la boca. También si hay algún diente frágil, se puede producir la pérdida del mismo. Hay pacientes que se quejaron de la mandíbula.
- Con frecuencia, durante el acto quirúrgico el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con el realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir ó en la placa (polo negativo), colocado en el muslo en la espalda del paciente.
- Existe la posibilidad de que se produzca una voz nasalizada que llamamos rinolalia e insuficiencia del velo del paladar para ocluir las fosas nasales en su parte posterior durante la deglución, lo que determinaría la aparición de líquidos ó sólidos ingeridos a nivel de las fosas nasales.
- Puede aparecer una tos persistente a lo largo de unos días, y una tortícolis generalmente pasajera.
- En ocasiones tras la intervención se observa un cambio del tono de la voz, que debe ser tenido en cuenta sobre todo en los profesionales de la voz.
- LOS MÁS GRAVES:
 - No es frecuente, pero hay pacientes que pueden sufrir una hemorragia en las primeras horas tras la cirugía, o bien, después de la primera semana. Esta situación, en algunas ocasiones, puede necesitar hacer una revisión del sangrado en el quirófano.
 - Si esta hemorragia fuera muy grande podría aparecer una anemia e incluso un shock 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 de ésta, o el Ibuprofeno en los 10 días previos y posterior a la intervención.
 - De forma excepcional y accidental, la sangre que procede de la herida operatoria pueda pasar hacia las vías respiratorias. A esta posibilidad se le conoce como hemoaspiración y puede llegar a obstruir las vías aéreas produciendo incluso una parada cardio-respiratoria.
- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
------------------	----------------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)
(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña , manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En

a

de

de

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
------------------	----------------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____
EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____
EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____