

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AMIGDALECTOMÍA

NOMBRE:	.....
EDAD:	.....
RUT:	.....
Nº FICHA:	.....
MEDICO TRATANTE:	.....

## BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La AMIGDALECTOMÍA es la intervención quirúrgica en la que se extirpan las amígdalas situadas a ambos lados del paladar. Esta cirugía se realiza en caso de amigdalitis agudas a repetición, abscesos periamigdalinos, síndrome de apnea obstructiva del sueño (periodos de ausencia de respiración repetidos durante el sueño), dificultad para tragar alimentos sólidos en los niños, que afecta su crecimiento y también como extirpación biopsia en caso de sospecha de tumor.

La operación se efectúa bajo anestesia general y a través de la boca. Tras la intervención, se presenta dolor al momento de tragar, que suele ser intenso y se puede prolongar a lo largo de hasta diez o quince días, irradiándose hacia los oídos, debiendo por ello administrarse analgésicos. 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 deposiciones oscuras en los días inmediatos, por el mismo motivo. Durante los primeros días puede percibirse mal aliento. Además pueden observarse placas blanquecino-amarillentas en la faringe, que corresponden a placas de fibrina, forma en que cicatrizan las mucosas. 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 las molestias, la evolución y eventuales complicaciones. Durante la hospitalización, se controlará la presencia de fiebre y hemorragia, así como el proceso de cicatrización de la herida.

## BENEFICIOS ESPERABLES

Prevenir la aparición de infecciones frecuentes de las amígdalas, así como sus complicaciones, eliminación de los cuadros de abscesos periamigdalinos, mejoría de la respiración durante el sueño, en caso de apnea obstructiva del sueño, y mejorará su dificultad para tragar alimentos sólidos.

## RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Cabe la posibilidad de que persista una pequeña cantidad de amígdalas en uno o ambos lados del paladar. Aunque es excepcional, 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-. Cabe la posibilidad de que, accidentalmente, pueda pasar la sangre que procede de la herida operatoria hacia las vías respiratorias: a esta posibilidad se la conoce como hemoaspiración y puede llegar a obstruir las vías aéreas produciendo incluso un paro cardiorrespiratorio. En algunos casos puede aparecer una tos persistente a lo largo de unos días. Es muy poco frecuente que el lecho operatorio se infecte pero podría ocurrir y en muy raros casos incluso se puede propagar, si el estado general del paciente está debilitado. Además hay que considerar, entre las complicaciones, la pérdida de alguna pieza dental de leche o en mal estado, durante la intubación anestésica o durante la operación, ya que se debe colocar un aparato para mantener la boca abierta que se fija entre los dientes. También puede presentar voz nasalizada o "gangosa" que llamamos rinolalia, por la

insuficiencia del velo del paladar para ocluir las fosas nasales en su parte posterior, al emitir ciertas palabras. Puede ocurrir que la voz del niño se vuelva más aguda.

Además existen 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 15.000 intervenciones de este tipo. En general el

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

## PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Ante el fracaso del tratamiento médico, no se han descrito métodos más eficaces que la cirugía.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** el o la paciente persistirá con sus amigdalitis recurrentes, aunque se ha descrito que alrededor de un 20% mejora espontáneamente en un plazo de dos años, y puede volver a presentar absceso periamigdalino si es que lo ha presentado. Si se le ha indicado la cirugía por un síndrome de apnea obstructiva del sueño este continuará y aunque también es probable que disminuya o desaparezca con el crecimiento.

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

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras de tejido y/o cultivos 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.

**Firma del paciente Firma del médico**  
**C.I. N° C.I. N°**

Así informado de mi situación y libremente ; **NO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO/A** y asumo las consecuencias de mi decisión.

**Firma del paciente** \_\_\_\_\_

**Firma del médico** \_\_\_\_\_

**CI N°:** \_\_\_\_\_

**CI N°:** \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE O FAMILIAR**

D./D.ª ..... RUN .....  
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.

Firma del representante o familiar

Por la presente, **REVOCO** cualquier autorización otorgada en el presente documento, que queda sin efecto, a partir de la fecha del presente documento que suscribo.

Me han sido explicadas las repercusiones **O CONSECUENCIAS** que, sobre la evolución de mi proceso, esta revocación pudiera derivar y, las entiendo y asumo.

**Firma del paciente o representante legal**

**Fecha:**