

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE AMIGDALECTOMÍA TOTAL EXTRACAPSULAR

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 TOTAL EXTRACAPSULAR, 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 total extracapsular es la intervención quirúrgica en la que se extirpan las amígdalas de forma completa, 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. Puede efectuarse mediante bisturí frío o tijeras o utilizando otras técnicas como el láser, radiofrecuencia o el bisturí eléctrico etc. La disección en todos estos casos es extracapsular (extirpando toda la amígdala con capsula incluida).

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 seguir produciéndose amigdalitis con frecuencia, 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. En el caso de que la infección se extienda desde las amígdalas, pueden aparecer infecciones de los territorios próximos –los llamados abscesos periamigdalinos– e, incluso, alteraciones graves a otros niveles –cardíacos, renales, articulares, etc.

BENEFICIOS ESPERABLES

Prevenir la aparición de infecciones frecuentes de las amígdalas, así como sus complicaciones, ya citadas. 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

nte 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 TOTAL EXTRACAPSULAR

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

Cabe la posibilidad de que persista una pequeña cantidad de amígdalas en uno o ambos lados del paladar.

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.

No es frecuente que esta herida se infecte, pero podría aparecer una pequeña infección o, incluso, si el estado general del paciente está debilitado, una septicemia, es decir, la propagación de la infección a través de la sangre del paciente.

El cirujano puede utilizar el llamado bisturí eléctrico para llevar a cabo toda la cirugía o para realizar incisiones o cauterizar 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 o en la placa –polo negativo colocado en el muslo o la espalda del paciente.

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 ocasiones tras la intervención se observa un cambio del tono de la voz. En algunos casos, puede aparecer una tos persistente a lo largo de unos días, y una tortícolis, generalmente pasajera.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE AMIGDALECTOMÍA TOTAL EXTRACAPSULAR

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

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 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

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE AMIGDALECTOMÍA TOTAL EXTRACAPSULAR

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

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

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