

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?:

Las amígdalas palatinas (“anginas”) y las adenoides (“vegetaciones”) son masas de tejido linfoide localizadas en la garganta, a ambos lados del paladar y por detrás de la nariz, respectivamente. Tienen la función de proteger al organismo de infecciones víricas o bacterianas. No obstante, pueden ser dañadas por microorganismos o crecer en exceso produciendo diversas alteraciones. Esta función inmunitaria se desarrolla en los primeros años de vida, pero es menos importante a medida que el niño crece. Cuando es necesaria su extirpación la función defensiva es suplida por otras estructuras del organismo.

2. ¿Cómo se realiza?:

La intervención se realiza bajo anestesia general. Llamamos AMIGDALECTOMÍA a la extirpación de las amígdalas palatinas y ADENOIDECTOMÍA a la extirpación de las vegetaciones adenoideas. Si eliminamos todo el tejido amigdalino siguiendo el plano de la cápsula hablamos de AMIGDALECTOMÍA TOTAL EXTRACAPSULAR y, si eliminamos el tejido obstructivo pero conservamos la cápsula y parte del tejido amigdalino, AMIGDALECTOMIA PARCIAL INTRACAPSULAR o AMIGDALOTOMÍA.

Es una de las intervenciones más frecuentes en otorrinolaringología. Se ha probado que es un método seguro y efectivo para resolver obstrucciones respiratorias e infecciones crónicas o recurrentes de la faringe

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

Los riesgos vitales, tanto intra como postoperatorios son los propios de cualquier cirugía mayor y están íntimamente relacionados con la edad, el estado general y la patología asociada que el paciente presente.

El dolor postoperatorio (local e irradiado a los oídos) puede ser razonablemente controlado con medicación.

En raras ocasiones se puede romper o perder alguna pieza dentaria.

La hemorragia postoperatoria ocurre en aproximadamente un 1-2% de los casos. Puede aparecer durante las dos primeras semanas tras la cirugía, aunque es más frecuente en el postoperatorio inmediato. Su tratamiento puede hacerse de forma ambulatoria, aunque suele requerir una revisión bajo anestesia general. En ocasiones excepcionales se precisa una transfusión sanguínea.

A causa de que la deglución es dolorosa tras la cirugía, puede haber un escaso aporte de líquidos que precise tratamiento.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

Los beneficios que tiene este procedimiento son los siguientes: mejoría en la respiración, disminución de infecciones de vías respiratorias altas y eliminación del foco infeccioso.

5. Consecuencias previsibles de su no realización:

Dificultades respiratorias, Deformidades del macizo facial con mal cierre dentario, Infecciones focales con posibilidades de afectación renal, cardíaca y reumática.

6. Alternativas:

Dado que la cirugía se plantea ante el fracaso del tratamiento médico y las medidas higiénicas, no existe alternativa terapéutica.

7. Riesgos en función de su situación:

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**OTORRINOLARINGOLOGÍA
AMIGDALECTOMÍA CON O SIN ADENOIDECTOMÍA**

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	---	--------------------------------

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NUM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	--	--

DECLARE que: / *DECLARO que:*

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / *Por tanto:*

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / *Paciente o representante* , d de *Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma*

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

Pacient o representant / *Paciente o representante* , d de *Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

Pacient o representant / *Paciente o representante* , d de *Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / *En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.*