

**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 (\*)LA REALIZACIÓN DE ADENOIDECTOMÍA (EXTIRPACIÓN DE VEGETACIONES)**

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:**

La adenoidectomía es la técnica quirúrgica que consiste en la extirpación del tejido adenoideo (vegetaciones) que ocupa la rinofaringe. La rinofaringe está situada en la parte posterior de las fosas nasales.

El tejido adenoideo (vegetaciones) 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 infrecuente, aunque posible.

Cuando este tejido se desarrolla en exceso, es decir en los casos de hipertrofia, da lugar a una ocupación de la rinofaringe, originando problemas tales como la obstrucción nasal, síndrome de apnea del sueño, infecciones repetidas -las llamadas adenoiditis- y otras complicaciones debidas a su excesivo tamaño o a su infección, por ejemplo las infecciones del oído medio, el derrame crónico de moco en el oído medio, diversos problemas en las vías respiratorias bajas, tales como bronquitis, asma, etc.

**CÓMO SE REALIZA:**

La intervención se realiza a través de la boca, bajo anestesia general o local. El Servicio de Anestesia estudiará su caso y le informará al respecto.

Consiste en legar, es decir raspar, con un instrumento especial llamado adenotomo, las vegetaciones adenoideas.

---

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

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. A este respecto, la frecuencia de la hemorragia aumenta con la administración de aspirina o derivados del ácido acetilsalicílico (aspirina) y el ibuprofeno, en los 10 días previos y posteriores a la intervención.

Es frecuente que inmediatamente después de la intervención quirúrgica, pueda aparecer, por la nariz o la boca, una pequeña cantidad de sangre tiñendo la saliva o el moco, por lo que es aconsejable sonarse la nariz, sin violencia, para expulsar dichas secreciones que, incluso pueden contener pequeños coágulos de sangre.

También pueden aparecer vómitos de color oscuro que, durante las primeras horas tras la intervención, se consideran normales y que están en relación con la pequeña cantidad de sangre deglutida durante la operación, 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 mantener reposo relativo en el domicilio durante 1 o 2 días.

La dieta será blanda durante los dos primeros días, evitando los alimentos excesivamente calientes o fríos, picantes o ácidos.

---

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Mejoría de la ventilación nasal, usted notará que respira mejor por la nariz.

Tendrá menos infecciones de las vías respiratorias altas tales como rinitis, faringitis, amigdalitis, laringitis, bronquitis y otitis, y notará la disminución o desaparición de los ronquidos y la apnea (cese momentáneo de la respiración).

---

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.

En caso de NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN cuando está indicada, la falta de ventilación nasal puede ocasionar malformaciones de la cara o del paladar y de los dientes, la aparición de un ronquido e incluso una apnea del sueño -situación en la que los movimientos respiratorios quedan momentáneamente detenidos- y el aumento de infecciones a nivel de la nariz, la garganta, el pecho, o los oídos.

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:**

- 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.
- Aunque la operación haya sido totalmente correcta, es posible que no desaparezcan las molestias, por existir otras causas que puedan mantenerlas.
- En caso de aparecer una hemorragia persistente o repetidos vómitos de sangre, hay que efectuar un tratamiento adecuado de la situación, que suele consistir en la compresión de la zona intervenida mediante un taponamiento, llamado posterior, porque se coloca en la parte posterior de las fosas nasales. Para ello es necesaria la anestesia general durante la cual, se revisa el lecho quirúrgico.
- No es frecuente que esta herida se infecte, pero podría aparecer una pequeña infección.
- Posibilidad de que se produzca una edentación -pérdida de alguna pieza dental- accidental, la fisura del paladar blando, la aparición de una voz nasalizada (rinolalia), trastornos de la olfacción (al oler), y la insuficiencia del velo del paladar para ocluir las fosas nasales en su parte posterior, durante la deglución.
- En algunos casos, puede aparecer una tortícolis, generalmente pasajera, y tos persistente, a lo largo de unos días.

- **LOS MÁS GRAVES:**

- Si la hemorragia fuera muy intensa, o no se tratara con corrección, podría aparecer una anemia e incluso un "shock" llamado hipovolémico, por la pérdida del volumen de sangre.
- De forma excepcional y accidental, puede pasar la sangre que procede de la herida operatoria, o una porción de las vegetaciones extirpadas, hacia las vías respiratorias. A esta posibilidad se la conoce como hemoaspiración o aspiración de las adenoides y puede llegar a obstruir las vías aéreas, produciendo, incluso, una parada cardiorrespiratoria.

- **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.)

001530

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.: \_\_\_\_\_