

CONSENTIMIENTO PARA ADENOIDECTOMÍA/AMIGDALECTOMÍA.

Ciudad y Fecha:,/...../20.....-

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de..... luego de haberseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los riesgos de mi patología, y lo objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento, por la presente autorizo al **Dr./a**, y a su equipo quirúrgico, a realizar una cirugía conocida como, que se realizará en

2. Se me ha explicado que las adenoides constituyen un tejido linfóide normal situado en la parte posterior de la nariz; y que las amígdalas constituyen un tejido linfóide normal situado en la parte posterior de la faringe.

El aumento del tamaño de las adenoides y/ o amígdalas (hipertrofia), o su infección crónica, es una afección que justifica la extirpación cuando el tratamiento farmacológico (corticoides, antibióticos, inmunoterapia, etc) no ha logrado producir mejorías sensibles en aquellos casos de obstrucción nasal persistente y/ o de infecciones recidivantes del tejido adenoideo o amigdalino que provoca otitis a repetición, o moco persistente en uno o ambos oídos; como así también en supuestos de obstrucción en la deglución o presencia de complicaciones cervicales (Flemón periamigdalino, faríngeo, etc).

Se me ha aclarado que el objetivo de la adenoidectomía/ amigdalectomía es doble; desde el punto de vista anatómico y mecánico permite eliminar la obstrucción rinofaríngea, mientras que en el aspecto biológico permite eliminar un tejido alterado por la inflamación o infección crónicas, o por ambas, procesos éstos que en la mayoría de los casos es autosostenido.

La intervención se efectúa con la ayuda de un instrumento resector para las adenoides, y con otros instrumentos para la extirpación de las amígdalas, que se introducen por la boca y permiten la extirpación de la mayor parte del tejido adenoideo o amigdalino.

3. Estoy en conocimiento de los riesgos de la cirugía. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

- Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa:

3.1.1 Riesgos Inmediatos: En ocasiones, se produce un sangrado persistente que requiere la revisión quirúrgica para controlarlo. Puede producirse un episodio infeccioso rinofaríngeo o una otitis por infección del tejido operado. Debido a la utilización de los instrumentos a través de la boca, pueden producirse pequeñas heridas en labios, o lengua e incluso la movilización de un diente.

3.1.2 Otros riesgos: Después de la cicatrización de la herida en la parte posterior de la nariz, puede observarse una modificación de la voz debido al escape del aire a nivel del velo del paladar. Excepcionalmente será necesario una reeducación del lenguaje (logopedia). No se puede descartar la posibilidad de presentar infecciones y otitis después de la intervención, aunque habitualmente la incidencia de infecciones se reduce ostensiblemente.

3.1.3 Complicaciones Graves excepcionales: Aspiración de sangre durante la intervención con infección pulmonar secundaria. Infección de los tejidos cervicales a través del tejido operado (flemón cervical), caracterizado por fiebre alta, dolor de cuello y alteraciones en su movilización.

4. Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.

5. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.

6. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

7. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer episodios de rinofaringitis a repetición, otitis media aguda recurrente, otitis seromucosa, síndrome de apnea obstructiva del sueño con riesgo de vida, y complicaciones cardiopulmonares en estados evolucionados.

8. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.

9. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

10. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a:.....-

11. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

12. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

13. He leído este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurre a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: **Documento:**

Teléfono: **Teléfono:**

Domicilio: **Domicilio:**

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: