



Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Médico informante: **Jose Zubicaray Ugarteche**..... N° Colegiado: **3105319**

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **AMIGDALECTOMÍA**, 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 es la intervención quirúrgica en la que se extirpan las amígdalas, situadas a ambos lados del paladar, de forma completa.

La operación se suele efectuar bajo anestesia general y a través de la boca. Puede efectuarse mediante bisturí convencional, tijeras o utilizando otras técnicas, la radiofrecuencia, el bisturí eléctrico etc.

Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que suelen ser intensas y prolongarse a lo largo de diez aproximadamente, 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 –si ese ha sido el motivo de la intervención quirúrgica-. 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.

En el caso de que se la intervención quirúrgica se haya planteado para tratar los ronquidos, o el síndrome de apnea del sueño, continuarán los mencionados ronquidos y la apnea del sueño, por la dificultad respiratoria determinada por el tamaño de las amígdalas. Asimismo podría producirse pérdida de peso por dificultades en la alimentación.

BENEFICIOS ESPERABLES

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

Por otra parte, 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

En el caso de la amigdalitis crónica, ante el fracaso del tratamiento médico, el tratamiento quirúrgico es el único de contrastada eficacia.

En el caso de la roncopatía y del síndrome de la apnea del sueño, las técnicas de aporte forzado de aire al aparato respiratorio, tales como el NCPAP, el BIPAP, etc. podrían considerarse una alternativa válida.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO Cabe la posibilidad de que la extirpación no pueda realizarse en su totalidad y de que persista una pequeña porción de tejido amigdalario en uno o ambos lados del paladar. Asimismo, transcurrido un cierto tiempo, podría regenerarse parte del tejido extirpado, por lo que podrían aparecer, en alguna medida, los problemas que justificaron la intervención

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.

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 zona de 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, una 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.

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **ADENOIDECTOMÍA**, 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

Llamamos adenoidectomía a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la extirpación del tejido adenoideo –es decir, las vegetaciones– que ocupa la rinofaringe, área situada tras el paladar, en la parte posterior de las fosas nasales.

El tejido adenoideo 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, diversos problemas en las vías respiratorias bajas.

Es una de las intervenciones más frecuentemente realizadas en los niños.

La intervención se efectúa a través de la boca, bajo anestesia general y, generalmente, consiste en legar, con un instrumento llamado adenotomo, las vegetaciones. En otros casos, y en dependencia de las preferencias del cirujano o de otros motivos de orden médico, se pueden extirpar mediante otras técnicas, tales como la radiofrecuencia, la cavitación, etc.

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.

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 mantenerse reposo relativo en el domicilio durante 2-3 días.

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

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 y el aumento de las infecciones a nivel de la nariz, la garganta, el pecho, o los oídos.

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría de la ventilación nasal, menor incidencia de infecciones tales como rinitis, faringitis, amigdalitis, laringitis, traqueítis, bronquitis y otitis, y la disminución o desaparición de los ronquidos y la apnea.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

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. De igual forma, y 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 una anestesia general durante la cual, se revisa el lecho quirúrgico

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. Cabe, incluso, la posibilidad de que, accidentalmente, pueda 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.

No es frecuente que esta herida se infecte, pero podría aparecer una pequeña infección.

Además, hay que considerar, entre las complicaciones, la posibilidad de que se produzca una edentación—pérdida de alguna pieza dental— accidental, la fisura del paladar blando, la aparición de una voz nasalizada, que llamamos rinolalia, trastornos de olfacción, 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.

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **MIRINGOTOMÍA/COLOCACIÓN DE DRENAJE TRANSTIMPÁNICO**, 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 miringotomía, con o sin colocación de drenajes transtimpánicos, tiene por objeto airear el oído medio y, en ocasiones, extraer la secreción que pueda existir en él. Para ello se realiza, bajo visión microscópica, una pequeña incisión en el tímpano, a través de la cual se aspirará el posible contenido del oído medio. En ocasiones, se coloca un pequeño tubo de drenaje en la incisión timpánica, para evitar que éste se cierre, permaneciendo, en ese lugar, un tiempo variable que suele oscilar entre seis meses y un año. En caso de Colocar drenajes de larga duración pueden estar insertados mucho mas tiempo

La intervención puede realizarse bajo anestesia general o local, dependiendo de la colaboración del paciente.

Tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias en el oído, así como el drenaje de secreciones de aspecto mucoso o sanguinolento.

El paciente permanece unas horas en el hospital y los controles se realizan de forma ambulatoria en las consultas externas.

Aún cuando existan otras opiniones, como norma general, mientras lleve colocado el tubo de drenaje deberá evitar que penetre agua en el oído, para evitar la aparición de infecciones.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

El paciente continuará con los síntomas dependientes de la falta de aireación del oído medio, tales como la pérdida de audición, los ruidos del oído, etc. Además, el paciente puede sufrir episodios inflamatorios agudos de repetición o, incluso, la evolución de su otitis hacia otras formas de enfermedad del oído medio.

BENEFICIO ESPERABLES

Mejor²a de la audición y evita otro tipo de procesos inflamatorios del oído. Control de sacos de retracción y disminuir el riesgo de lesiones de cadena osicular.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

El tratamiento médico de la Otitis Serosa crónica no es efectivo , y no se conocen procedimientos de contrastada evidencia científica que sean eficaces. No obstante, otro tipo de intervenciones quirúrgicas, tales como la adenoidectomía pueden estar indicadas de forma complementaria.

En general son poco frecuentes y, entre ellos, figura una pequeña hemorragia, la infección del oído con dolor y supuración, el rechazo y expulsión del drenaje y la aparición de una perforación residual con agravación de la hipoacusia.

Excepcionalmente, el paciente puede sufrir la pérdida absoluta de la audición o cofosis, acúfenos -ruidos en el oído-, vértigos, la llamada disgeusia -alteraciones de la sensación gustativa- y una parálisis facial -es decir, de los músculos que mueven la cara- que suele ser debida a la anestesia local, por lo que suele ser transitoria.

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.

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.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo 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.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica 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 inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Por tanto: **DOY MI CONSENTIMIENTO** a la práctica del procedimiento que se me propone al equipo de la Clínica San Miguel para su realización. Soy conocedor de que en caso de urgencia o por causas imprevistas autorizo a que se realicen todas las actuaciones necesarias para solucionar el problema..

Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar yo al equipo médico, del cambio de decisión.

Firma del médico informante

Firma del paciente informado

Firma del representante legal
del paciente

Dr/a.....Zubicaray.....

D./ña.....

A causa de

Colegiado nº.....3105319.....

.....

D./ña.....

D.N.I.....

En Pamplona a día.....

de.....

e.....

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

Firma del médico informante

Paciente y Testigo de la información recibida no consentida

Dr/a.....

Firma del paciente o representante legal por

Firma del testigo

Colegiado nº.....

D./ña.....

D./ña

D.N.I.

D.N.I.....

En Pamplona a día de.....de.....

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

Firma del paciente.....Firma del representante legal del paciente

Firma del testigo

D./ña.....D./ña

/ña.....

D.N.I.....

D.N.I.....

En Pamplona a día de.....de.....