

**ADENOIDECTOMIA (COM OU SEM AMIGDALECTOMIA) E
COLOCAÇÃO DE TUBO DE VENTILAÇÃO**

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

A Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial recomenda a todos pacientes ou seus responsáveis a serem submetidos à cirurgia de ADENOIDECTOMIA (COM OU SEM AMIGDALECTOMIA) E COLOCAÇÃO DE TUBO DE VENTILAÇÃO que tomem ciência das informações abaixo descritas. De acordo com os princípios da ética profissional, que norteiam a relação médico-paciente, o médico deve informa-lo sobre os efeitos e possíveis consequências de qualquer procedimento ou tratamento, respeitando o seu direito de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas. Cabe ao médico privilegiar as escolhas de seus pacientes desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. O presente documento fornece as informações básicas que todos devem conhecer a respeito de sua doença e do tratamento ora proposto, salientando ainda a possibilidade de outras complicações mais raras.

Princípios e Indicações:

As adenóides e as amígdalas palatinas são órgãos imunologicamente ativos que reforçam a imunidade de todo o trato aero digestivo superior, podendo sua função estar comprometida principalmente por hipertrofia ou infecções repetidas.

As indicações cirúrgicas são absolutas quando ocorre hipertrofia com obstrução da via respiratória ou da via digestiva (respiração bucal, ronco, engasgos frequentes, preferência por alimentos líquidos ou pastosos, baixo peso), e tumores. As indicações cirúrgicas são relativas nas adenoamigdalites de repetição, abscesso periamigdaliano, suspeita de adenoamigdalites como foco de infecção à distância, causa de convulsão febril, nas deformidades orofaciais (existente ou para sua prevenção), otites de repetição, por vezes com redução da audição e, mais raramente, sinusites de repetição. Várias são as técnicas e instrumentos empregados: convencionais, bisturis elétricos, eletrônicos, microscópio e laser.

Está indicada a colocação de tubos de ventilação (carretéis) quando persiste, apesar do tratamento clínico, quadro de diminuição de audição pela presença de líquido no ouvido médio, com ou sem retração timpânica, relacionada à possível disfunção ou obstrução da tuba auditiva (trompa de Eustáquio), podendo determinar perda parcial da audição, sensação de plenitude (ouvido cheio), e mais raramente zumbidos (zoeira) ou vertigem (tonturas). O dreno comum é eliminado espontaneamente, geralmente entre 3 a 6 meses, no entanto podem permanecer durante período prolongando. Existe também um dreno de “demora” geralmente utilizado em situações específicas, que permanece por mais tempo. Durante todo o período em que o paciente permanecer com o dreno, deve-se evitar a entrada de água no canal auditivo (não molhar ouvido). Mesmo após essa cirurgia os sintomas auditivos podem persistir ou retornar, e exigir nova cirurgia.

Após a cirurgia poderão ocorrer:

- FEBRE E DOR – Febre e dor referida na área do ouvido ocorrem normalmente, podem ser intensas, passam em 3 a 10 dias, e devem ser tratadas com medicamentos.
- MAU HÁLITO – É comum ocorrer, e cede em 7 a 14 dias.
- VÔMITOS – Podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia, constituídos de sangue.
- HEMORRAGIA – Representa o maior risco desta cirurgia, podendo ocorrer até 14 dias após o ato cirúrgico, sendo mais frequente em menor volume e, mais raramente, em maior volume, podendo levar até à reintervenção cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sanguínea. A morte por hemorragia é uma complicação extremamente rara.

- **INFECÇÃO** – Pode ocorrer na região operada, causada por bactérias habituais da faringe, e geralmente regride sem antibióticos.
- **VOZ ANASALDA E REFLUXO DE LÍQUIDOS** – Podem ocorrer nos primeiros dias desaparecendo espontaneamente.
- **RECIDIVA** – A recidiva das adenóides é mais frequente em crianças jovens e alérgicas, raramente necessitando reintervenção; e a das amígdalas é rara (brotos linfóides). O retorno do acúmulo de líquido seromucoso no ouvido médio é passível de ocorrer e pode exigir nova intervenção cirúrgica.
- **SECREÇÃO PURULENTA NO OUVIDO** – Poderá ocorrer pela entrada de água no ouvido ou após gripes e resfriados, sendo o tratamento feito com limpeza, aspirações e antibióticos.
- **PERMANÊNCIA DE PERFURAÇÃO TIMPÂNICA** – Após a saída do dreno de ventilação poderá permanecer uma perfuração no tímpano. Isto é raro e trata-se com cirurgia (timpanoplastia). Outra rara complicação é a formação de um “colesteatoma” (infecção crônica do ouvido médio) que surge devido à implantação de tecido epitelial no ouvido médio. Nesta situação é necessária uma cirurgia chamada de timpanomastoidectomia.
- **PERDA AUDITIVA** – A perda auditiva causada pelo trauma sonoro do aspirador é rara.
- **COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA GERAL** – Complicações anestésicas são muito raras, mas podem ser ocorrer e ser sérias, e devem ser esclarecidas com o anesthesiologista.

Considero suficientes as informações e esclarecimentos prestados pelo médico assistente, inclusive quanto a outras alternativas diagnósticas e terapêuticas, para minha tomada de decisão quanto submeter-me à cirurgia ora proposta, e a todos os procedimentos que a incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Estou também ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo(a) médico(a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

Considero igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, tomando as providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Desta forma, levando em conta todas as informações prestadas, tendo a minhas dúvidas e questões devidamente esclarecidas, tomo a decisão de submeter-me ao procedimento ora proposto.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

MÉDICO

Nome:

CRM:

_____, ____ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO:

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

RG:

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (*levar para o Hospital no dia do procedimento*).