

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Este consentimiento es para uso exclusivo de los miembros de la Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología.

Centro de Salud:		Fecha	/ /
		Hora	
Ciudad / provincia:			
Nombre del paciente:		Edad:	
Cédula:		Sexo:	☐ F ☐ M
Dirección:			
Diagnóstico:			
Lado / localización:	☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Bilateral	Tipo de caso:	☐ Primario ☐ Reintervención
Anestesia prevista:	General	Médico informante:	
Exequátur:		No. CMD:	

II. PROCEDIMIENTO INDICADO

Este consentimiento corresponde a la realización de cordectomía, cordectomía parcial selectiva o cirugía de la cuerda vocal por laringoscopia directa, microcirugía laríngea, láser de CO₂, microelectrodos, instrumental frío u otra técnica indicada por el otorrinolaringólogo según el diagnóstico, la localización, la extensión de la lesión, la exposición laríngea, los hallazgos intraoperatorios, la seguridad del paciente y los recursos disponibles. El término cordectomía se utiliza en este documento en sentido amplio para incluir resecciones parciales o totales de una cuerda vocal, resecciones extendidas cuando sean necesarias y resecciones selectivas de lesiones benignas de la cubierta cordal.

El procedimiento indicado podrá comprender, según el diagnóstico, la indicación médica, los hallazgos clínicos, anatómicos o intraoperatorios, la evolución del acto quirúrgico y el criterio del cirujano otorrinolaringólogo, una o varias de las siguientes intervenciones o alcances: evaluación y tratamiento de lesión sospechosa o maligna, displasia, leucoplasia o queratosis; biopsia diagnóstica; manejo de parálisis cordal con dificultad respiratoria; tratamiento de pólipo, nódulo, lesión benigna o edema de Reinke; laringoscopia directa y microcirugía laríngea; utilización de láser CO₂, microelectrodos, instrumental frío o microtijeras; técnica abierta o laringofisura cuando sea necesaria; cordectomía parcial selectiva para pólipos o nódulos; cordectomía parcial selectiva para edema de Reinke; u otra indicación, técnica o maniobra especificada por el médico cuando corresponda al caso clínico. La localización podrá corresponder al lado derecho, izquierdo o bilateral, comisura anterior, región glótica, extensión supraglótica o subglótica, u otra localización clínicamente especificada. La

Iniciales paciente/representante: _____

Iniciales médico: _____

extensión definitiva del procedimiento dependerá de las condiciones particulares del paciente, la necesidad terapéutica, la seguridad quirúrgica y la valoración médica correspondiente.

Cuando resulte aplicable, la clasificación o alcance orientativo de la cordectomía endoscópica podrá corresponder a: tipo I subepitelial, con resección superficial de epitelio o lesión superficial; tipo II subligamentosa, que incluye epitelio, espacio de Reinke y ligamento vocal; tipo III transmuscular, que incluye parte del músculo vocal; tipo IV total, con resección de la cuerda vocal hasta el pericondrio o el plano profundo indicado; tipo V extendida, con extensión a comisura anterior, aritenoides, ventrículo, subglotis o cuerda contralateral según el caso; tipo VI o resección de comisura anterior o bilateral anterior cuando esté indicada; o resección parcial selectiva fonatoria para lesión benigna, procurando preservar la mayor cantidad posible de mucosa sana y lámina propia.

Nota de alcance: la elección definitiva de la técnica y la extensión de la resección puede modificarse durante el acto quirúrgico si la exposición laríngea, la profundidad de la lesión, los márgenes, el sangrado, el edema, la seguridad de la vía aérea o los hallazgos anatomopatológicos intraoperatorios lo hacen necesario.

La localización y lateralidad del procedimiento se establecerán según el diagnóstico, la indicación médica documentada y el criterio del otorrinolaringólogo. Cuando corresponda anatómicamente, podrá realizarse en el lado derecho, en el lado izquierdo o de forma bilateral.

El procedimiento se realizará bajo anestesia general.

El consentimiento anestésico será explicado y firmado por separado por el servicio de anestesiología.

Tipo exacto de cordectomía/resección previsto o realizado según hallazgos: _____

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La cordectomía consiste en extirpar parcial o totalmente una cuerda vocal o una parte seleccionada de sus capas, con finalidad diagnóstica, terapéutica, oncológica, respiratoria o funcional. Se realiza mediante laringoscopia directa: se introduce por la boca un laringoscopio metálico que permite visualizar la laringe con microscopio o endoscopio y trabajar con instrumentos de precisión.

Cuando se emplea láser de CO₂, el cirujano utiliza energía láser para cortar, vaporizar o coagular tejido laríngeo con precisión. Cuando se emplean microelectrodos, se utiliza energía eléctrica de alta precisión para corte o coagulación. También pueden utilizarse microtijeras, microbisturí, pinzas, aspiración, microdebridador u otros instrumentos, según el caso.

En lesiones benignas como pólipos, nódulos seleccionados o edema de Reinke, el objetivo suele ser retirar o reducir el tejido enfermo, conservar la mayor cantidad posible de mucosa sana, preservar el borde libre de la cuerda vocal y mejorar la vibración de la cubierta cordal. En lesiones premalignas o malignas, el objetivo puede ser reseca la lesión con márgenes adecuados, confirmar el diagnóstico y disminuir el riesgo de progresión o recurrencia. En algunos pacientes con parálisis de cuerdas vocales o estrechez glótica, el objetivo puede ser mejorar el paso del aire, aun a costa de cambios de voz.

Excepcionalmente, si la exposición por la boca no es posible o no es segura, si la lesión lo requiere o si existe compromiso de la vía aérea, puede ser necesario realizar una técnica abierta mediante incisión cervical y laringofisura, una traqueotomía temporal o definitiva, o colocar una sonda nasogástrica para alimentación o hidratación por un tiempo variable.

IV. CUIDADOS INMEDIATOS, SONDA, TRAQUEOTOMÍA Y REPOSO VOCAL

Después del procedimiento puede ser necesario permanecer en observación u hospitalización según el tipo de resección, la anestesia, el sangrado, el edema laríngeo, la vía aérea, la tolerancia oral y las enfermedades asociadas. Puede indicarse reposo vocal absoluto o relativo durante varios días, rehabilitación foniátrica, tratamiento antirreflujo, antibióticos, corticoides, analgésicos, aerosoles o controles endoscópicos.

Si se coloca sonda nasogástrica, esta puede producir molestias nasales, faríngeas, náuseas o sensación de cuerpo extraño. Si se realiza traqueotomía, el paciente respirará temporal o permanentemente por una cánula ubicada en el cuello, la cual requiere aspiración de secreciones, humidificación, cuidados de enfermería y educación específica. Mientras exista traqueostoma abierto, la voz y la tos pueden estar alteradas.

Debe acudir de inmediato o contactar al médico si presenta dificultad respiratoria, estridor, sangrado abundante, fiebre alta, dolor progresivo, imposibilidad para tragar saliva, tos con sangre persistente, aspiración importante, salida de aire por tejidos del cuello, dolor torácico, confusión, somnolencia u otro síntoma de alarma.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Es esperable presentar dolor o molestia al tragar, carraspa, tos, sensación de cuerpo extraño, dolor cervical, molestias en lengua, labios o dientes, saliva con sangre escasa, voz ronca, fatigabilidad vocal y necesidad de hablar poco durante los primeros días. La cicatrización laríngea puede tardar días o semanas, y la calidad vocal puede seguir cambiando durante meses.

En resecciones extensas, oncológicas o respiratorias puede quedar una disfonía importante, permanente o variable. En resecciones selectivas para pólipos, nódulos o edema de Reinke, se busca mejorar la voz, pero puede persistir ronquera, aspereza, disminución del rango vocal, fatiga vocal o necesidad de rehabilitación. La recuperación depende del diagnóstico, la técnica, el tabaquismo, el reflujo, el uso vocal, la cicatrización, la extensión de resección y la adherencia a las indicaciones.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

Los beneficios esperables incluyen diagnóstico definitivo por biopsia o estudio anatomopatológico, extirpación parcial o total de la lesión, control o curación de enfermedad premaligna o maligna cuando corresponda, mejoría de la vía aérea en casos seleccionados, disminución de síntomas y, en lesiones benignas, mejoría de la calidad vocal cuando la cicatrización y la rehabilitación son favorables.

Entiendo que no se garantiza una voz normal, una curación definitiva, ausencia de recurrencia, márgenes libres, conservación completa de la función vocal ni ausencia de necesidad de tratamientos adicionales. Puede requerirse reintervención para ampliar márgenes, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia, terapia foniátrica, inyecciones laríngeas, cirugía reconstructiva, traqueotomía u otros tratamientos según resultado anatomopatológico y evolución clínica.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas dependen del diagnóstico: observación, controles endoscópicos, tratamiento médico, suspensión de tabaco, manejo del reflujo, terapia foniátrica, biopsia aislada, microcirugía laríngea con instrumental frío, láser, microelectrodos u otra energía, cirugía abierta, radioterapia, quimioterapia, tratamientos combinados, aritenoidectomía/aritenoidopexia, inyección laríngea, traqueotomía u otros procedimientos. El médico indicará la alternativa más razonable según la enfermedad, la función vocal, la vía aérea, la edad, la profesión vocal, las comorbilidades y las preferencias del paciente.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza la intervención cuando está indicada, puede persistir o empeorar la disfonía, la dificultad respiratoria, el dolor, la tos, el atragantamiento, la lesión benigna o inflamatoria, la alteración laboral o social por la voz, o la imposibilidad de obtener diagnóstico histológico. Si se trata de una lesión premaligna o maligna, puede progresar localmente, extenderse a ganglios o a distancia, disminuir las posibilidades de curación, requerir tratamientos más agresivos o comprometer la vida. En obstrucción respiratoria, puede aparecer asfixia o necesidad de traqueotomía urgente.

Consecuencias específicas en este paciente: _____

IX. RIESGOS GENERALES

He recibido información suficiente, comprensible y oportuna; que he podido preguntar; que entiendo los beneficios, las alternativas y los riesgos; y que autorizo el procedimiento de manera libre e informada. Las complicaciones, cuando ocurren, pueden requerir medicamentos, curas, controles adicionales, estudios de laboratorio o imágenes, reingreso hospitalario, traslado a otro centro, transfusión, valoración por otras especialidades, UCI o una nueva intervención quirúrgica.

X. RIESGOS ESPECÍFICOS DE CORDECTOMÍA Y CIRUGÍA DE CUERDA VOCAL

- Disfonía, ronquera, fatiga vocal, cambio permanente del tono, volumen, timbre o calidad de la voz. La alteración puede ser leve, moderada, severa, temporal o permanente, especialmente en resecciones amplias o en pacientes que dependen profesionalmente de la voz.
- Persistencia o empeoramiento de la lesión, cicatrización desfavorable, fibrosis, rigidez de la cuerda vocal, granuloma, sinequia, estenosis laríngea o alteración de la vibración mucosa, con posible necesidad de terapia foniátrica o nueva cirugía.
- Hemorragia durante o después del procedimiento, tos con sangre, hematemesis por sangre deglutida o necesidad de revisión quirúrgica, cauterización, transfusión o manejo urgente.
- Edema laríngeo, laringoespasma, disnea, estridor, obstrucción respiratoria, necesidad de intubación, ventilación asistida, hospitalización, UCI o traqueotomía temporal o definitiva.
- Aspiración, falsas vías o atragantamientos, con riesgo de broncoaspiración, neumonitis, neumonía o necesidad de suspender temporalmente la vía oral y usar sonda de alimentación.
- Dolor al tragar, dolor cervical, molestias de lengua, labios, boca, mandíbula o articulación temporomandibular; trismus o dificultad para abrir la boca.
- Lesión dental: aflojamiento, fractura, movilización o pérdida de piezas dentarias, coronas, puentes, implantes o prótesis, especialmente si existen dientes frágiles, periodontitis, prótesis o apertura oral limitada.
- Lesiones de labios, lengua, encías, paladar, mucosa oral o faringe por el laringoscopio o instrumental.
- Lesión o compresión de nervios de la lengua, con alteraciones temporales o permanentes de sensibilidad, gusto o movilidad lingual.
- Complicaciones cervicales por hiperextensión del cuello durante la laringoscopia, incluyendo dolor, contractura, lesión articular o, excepcionalmente, lesión de columna cervical en pacientes predispuestos.
- Infección de la herida quirúrgica, laringitis, traqueítis, bronquitis, neumonía, pericondritis o infección de cartílagos laríngeos.
- Si se usa láser CO₂: quemaduras en boca, cara, vía aérea o tejidos vecinos; daño ocular si no se cumplen medidas de protección; ignición o incendio de la vía aérea, complicación extremadamente rara pero grave.

- Si se usan microelectrodos, radiofrecuencia u otra energía: quemadura térmica, daño de tejido vecino, cicatrización aumentada o lesión por contacto de equipos.
- Si se requiere técnica abierta o laringofisura: cicatriz cervical, hematoma, infección, enfisema cervical o mediastínico, dolor, alteración estética, alteración de deglución o necesidad de traqueotomía.
- Resultado anatomopatológico inesperado, márgenes comprometidos, necesidad de ampliar la resección, repetir biopsia, realizar cirugía adicional, radioterapia, quimioterapia u otro tratamiento.
- Recurrencia de pólipos, nódulos, edema de Reinke, displasia, papilomas, cáncer u otras lesiones, especialmente si persisten tabaquismo, abuso vocal, reflujo, irritantes o factores de riesgo.
- Complicaciones generales de cualquier cirugía y anestesia: reacción a medicamentos, náuseas, vómitos, aspiración, trombosis, embolia pulmonar, eventos cardiovasculares, respiratorios, neurológicos o muerte excepcional. Las complicaciones anestésicas serán explicadas en consentimiento anestésico separado.

XI. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

Entiendo que, a pesar de las medidas de higiene, esterilización, antisepsia y cuidado del equipo asistencial, el acto médico o quirúrgico y la estancia en un centro de salud pueden asociarse a infecciones hospitalarias o infecciones relacionadas con la atención en salud, que son poco frecuentes pero posibles.

XII. RIESGOS RELACIONADOS CON CIRCUNSTANCIAS PERSONALES

El paciente declara haber informado al médico sobre sus antecedentes personales, enfermedades actuales o previas, alergias, medicamentos en uso, cirugías anteriores, antecedentes anestésicos, hábitos y cualquier otra condición relevante para la realización del procedimiento. Se le ha explicado que circunstancias como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, marcapasos, asma o EPOC, apnea del sueño, enfermedad renal o hepática, epilepsia, uso de anticoagulantes, aspirina o AINEs, trastornos de coagulación, inmunosupresión, tabaquismo, reflujo faringolaríngeo, uso profesional de la voz, cirugía o radioterapia cervical previa, prótesis dentales o implantes, dientes flojos o enfermedad periodontal, limitación de la apertura oral, enfermedad cervical o de columna, embarazo o sospecha de embarazo, alergia a anestésicos o medicamentos, lesión laríngea previa u otras condiciones particulares pueden aumentar los riesgos asociados al procedimiento, la anestesia, el sangrado, la infección, la cicatrización, la recuperación postoperatoria, la vía aérea, la función vocal o la aparición de complicaciones.

En procedimientos laríngeos, el riesgo puede ser mayor en pacientes con cuello corto, apertura oral limitada, enfermedad dental, artrosis cervical, tumores extensos, radioterapia previa, reintervenciones, tabaquismo, reflujo no controlado, anticoagulación, coagulopatías, enfermedad pulmonar, apnea del sueño, diabetes descompensada o alta exigencia profesional de la voz.

Asimismo, entiendo que, como en toda intervención quirúrgica y/o anestésica, existe un riesgo excepcional de complicaciones graves, potencialmente mortales, incluyendo fallecimiento. Este riesgo puede relacionarse con sangrado severo, complicaciones anestésicas, broncoaspiración, infección grave, obstrucción de la vía aérea, eventos cardiovasculares o respiratorios, y puede aumentar según las enfermedades previas, los antecedentes médicos, la edad, la condición clínica y el estado general del paciente.

Riesgos, observaciones o contraindicaciones específicas de este paciente: _____

XIII. AUTORIZACIÓN PARA EVENTUALIDADES INTRAOPERATORIAS

Autorizo al equipo médico a realizar las medidas adicionales estrictamente necesarias si durante el procedimiento se presentan hallazgos o complicaciones imprevistas que requieran actuación inmediata para proteger mi salud o vida.

XIV. EQUIPO QUIRÚRGICO

Entiendo que el procedimiento será realizado por el médico tratante y por miembros calificados del equipo quirúrgico, según la organización del centro y las condiciones clínicas del día de la intervención.

XV. MUESTRAS, PATOLOGÍA E IMÁGENES

Autorizo que las muestras obtenidas durante el procedimiento se envíen a estudio anatomopatológico, citológico, microbiológico, cultivo u otro estudio complementario. Autorizo la toma de imágenes clínicas, endoscópicas o quirúrgicas necesarias para la adecuada documentación de mi caso en el expediente clínico. Las imágenes serán tratadas como información clínica confidencial.

XVI. TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA EN CASO NECESARIO

La transfusión sanguínea no es habitual en estos procedimientos, pero puede ser necesaria de forma excepcional ante una hemorragia importante o situación clínica que lo amerite. Se me ha explicado que rechazar una transfusión indicada puede aumentar el riesgo de complicaciones graves, choque hemorrágico o muerte.

☐ Acepto transfusión si fuese médicamente necesaria / ☐ No acepto transfusión

Motivo del rechazo, si aplica: _____

Firma específica del paciente/representante en caso de rechazo de transfusión: _____

XVII. DECLARACIONES DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE

- Declaro que he sido informado por el médico de los aspectos más importantes de la intervención, su evolución habitual, beneficios esperables, limitaciones, alternativas, riesgos frecuentes y riesgos graves, aunque sean excepcionales.
- Declaro que he podido formular todas las preguntas que he considerado necesarias y que las mismas han sido respondidas de forma clara, suficiente y comprensible.
- Declaro no haber ocultado información esencial sobre mi salud, antecedentes, alergias, medicamentos, hábitos o circunstancias personales que puedan ser relevantes para el equipo que me atiende.
- Declaro que entiendo, comprendo y acepto la información contenida en este consentimiento informado. Si estoy acompañado de familiares o representante, estos también manifiestan haber entendido y comprendido la información explicada.
- Entiendo que la medicina no puede garantizar resultados. El objetivo del procedimiento es el descrito, pero pueden persistir síntomas, requerirse tratamientos médicos prolongados, controles, curas, reintervenciones o tratamientos complementarios según evolución y hallazgos.
- Entiendo que este consentimiento no obliga al médico ni al centro de salud a realizar el procedimiento.

- Entiendo que puedo retirar mi consentimiento antes del procedimiento, dejando constancia escrita de dicha decisión.
- Entiendo, comprendo, otorgo mi consentimiento y acepto que, para la realización del procedimiento indicado, puede existir un costo adicional al autorizado, aprobado o cubierto por mi ARS o seguro médico. Dicho costo podrá corresponder, entre otros conceptos, a honorarios médicos, asistentes quirúrgicos, instrumental específico, terminales, dispositivos, equipos, bandeja quirúrgica, materiales especializados o tecnología propia de otorrinolaringología que resulte necesaria o conveniente para la adecuada realización del procedimiento. Se me explicó, entiendo, comprendo y acepto realizar dicho pago.
- Tras recibir la información precedente, DOY MI CONSENTIMIENTO para ser sometido/a al procedimiento de cordectomía y cirugía parcial selectiva de cuerda vocal descrito en este documento.

Ciudad: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Firma y nombre del/de la paciente o representante

Firma y sello del médico informante

XVIII. REPRESENTANTE LEGAL, PADRE/MADRE/TUTOR O FAMILIAR RESPONSABLE

El padre, madre, tutor o familiar responsable presente declara que ha recibido, entendido, comprendido y aceptado la información en nombre del paciente, en los mismos términos en que lo haría el propio paciente si fuese competente para decidir.

Representante: _____ Cédula: _____

Parentesco o relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

XIX. TESTIGO

Testigo 1

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Cédula: _____ Teléfono: _____ Firma: _____

XX. RECHAZO DEL PROCEDIMIENTO

Yo, _____ Cédula _____

Iniciales paciente/representante: _____

Iniciales médico: _____

Luego de recibir información sobre mi diagnóstico, opciones, beneficios, riesgos y consecuencias de no realizar el procedimiento, NO AUTORIZO la realización del procedimiento de cordectomía y cirugía parcial selectiva de cuerda vocal descrito en este documento. Entiendo que pueden persistir o empeorar los síntomas y complicaciones relacionados con mi condición, según mi caso clínico.

Consecuencias específicas del rechazo en este paciente: _____

Ciudad: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Firma y nombre del/de la paciente o representante

Firma y sello del médico informante

XXI. RATIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Yo, _____ Cédula _____

RATIFICO el consentimiento otorgado previamente para la realización del procedimiento de cordectomía y cirugía parcial selectiva de cuerda vocal descrito en este documento. Declaro que he tenido oportunidad de realizar nuevas preguntas, que no tengo dudas pendientes, que he informado cualquier cambio relevante en mi estado de salud, medicamentos, alergias o condición clínica y que mantengo de manera libre, voluntaria e informada mi autorización para la realización del procedimiento, POR LO QUE ENTIENDO, COMPREENDO Y ACEPTO toda la información contenida en este consentimiento.

Ciudad: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Firma y nombre del/de la paciente o representante

Firma y sello del médico informante