

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 extirpación de una fístula, seno o quiste preauricular/periauricular congénito. El procedimiento indicado podrá comprender, según el diagnóstico, la indicación médica, la localización, 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 medidas: tratamiento del lado derecho, izquierdo o bilateral; abordaje preauricular, retroauricular u otra localización; extirpación completa del trayecto; drenaje previo de infección si aplica; revisión por recidiva; reconstrucción local; uso de colorante intraoperatorio; toma de cultivo; biopsia o envío a anatomía patológica; colocación de drenaje, vendaje y antibiótico cuando corresponda. La extensión definitiva dependerá de las condiciones particulares del paciente, la complejidad del trayecto, la presencia de infección o cicatrices previas, la seguridad quirúrgica y la valoración médica correspondiente.

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.

La anestesia prevista podrá ser local, local con sedación o general, según el caso y el criterio del otorrinolaringólogo.

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

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La intervención consiste en identificar y extirpar el trayecto fistuloso o quístico junto con el orificio cutáneo, intentando retirar la lesión completa para disminuir el riesgo de recidiva. Puede utilizarse colorante, sonda fina o magnificación para localizar el trayecto.

IV. CUIDADOS INMEDIATOS

Se realiza cierre por planos o sutura de la piel, con o sin drenaje o vendaje. Debe mantener la herida limpia y seca, no manipular los puntos, cumplir antibiótico si se indica y acudir a controles para curas y retiro de suturas. Si existe infección activa, puede ser necesario diferir la extirpación definitiva hasta controlar el proceso.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Puede presentarse dolor leve, inflamación, moretón, sangrado escaso, adormecimiento alrededor de la oreja, tirantez de la herida o secreción mínima. La cicatriz puede tardar semanas o meses en madurar.

Debe acudir de inmediato o contactar al médico si presenta sangrado abundante, dolor intenso progresivo, fiebre, aumento rápido de volumen, secreción purulenta, cambio de coloración de la piel o cartílago, apertura de la herida, deformidad progresiva, reacción alérgica o cualquier síntoma de alarma.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es eliminar el trayecto fistuloso, disminuir secreción e infecciones repetidas y mejorar el aspecto o molestias locales. No se garantiza eliminación completa si el trayecto es complejo o inflamado, ni resultado estético perfecto.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas incluyen observación, higiene local, antibióticos y drenaje de abscesos durante episodios infecciosos. Estas medidas pueden controlar síntomas temporales, pero no eliminan el trayecto fistuloso.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se extirpa cuando está indicado, pueden persistir secreción, mal olor, infecciones repetidas, abscesos, dolor, cicatrices por inflamación, drenajes repetidos o extensión a tejidos cercanos.

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 LA EXTIRPACIÓN DE FÍSTULA PERIAURICULAR

- Recidiva o persistencia de la fístula por trayecto complejo, ramificado o incompletamente extirpado, con posible necesidad de nueva cirugía.
- Sangrado, hematoma, infección, absceso, apertura de herida o retraso de cicatrización.
- Cicatriz visible, antiestética, dolorosa, hipertrófica o queloide; deformidad o retracción local.
- Adormecimiento, dolor neurálgico o alteraciones de sensibilidad alrededor de la oreja.
- Estrechez del conducto auditivo externo o infección del oído externo si la lesión se aproxima al conducto.
- Tatuaje o coloración residual por colorante utilizado para localizar el trayecto.
- Lesión de la glándula parótida o fístula salival si el trayecto se aproxima a esa región.
- Lesión excepcional del nervio facial con debilidad o parálisis facial temporal o permanente.
- Reacción a anestésicos, colorantes, antibióticos o medicamentos.
- Complicaciones generales de anestesia local, sedación o anestesia general si se utilizan.

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 y cualquier otra condición relevante para la realización del procedimiento. Se le ha explicado que circunstancias como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, uso de marcapasos, uso de anticoagulantes, aspirina/AINEs o antiagregantes, trastornos de coagulación, inmunosupresión, tabaquismo, cicatrización queloidea, radioterapia previa, infecciones cutáneas recurrentes, alergia a anestésicos, alergia a antibióticos, embarazo o sospecha de embarazo u otras condiciones particulares pueden aumentar los riesgos asociados al procedimiento, la anestesia, el sangrado, la infección, la cicatrización, la recuperación postoperatoria, el resultado estético o la aparición de complicaciones.

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.

El riesgo puede ser mayor en pacientes con infección activa, abscesos previos, trayectos fistulosos complejos o recidivantes, diabetes descompensada, inmunosupresión, anticoagulación, tabaquismo, trastornos de cicatrización, queloides, radioterapia previa o mala adherencia a curas y controles.

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 extirpación de fístula preauricular / periauricular 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 _____

Luego de recibir información sobre mi diagnóstico, opciones, beneficios, riesgos y consecuencias de no realizar el procedimiento, NO AUTORIZO la realización del procedimiento de extirpación de fístula preauricular / periauricular 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 extirpación de fístula preauricular / periauricular 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, COMPRENDO 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