

## I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

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

|                             |                                                                                                        |                           |                                                                           |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Centro de Salud:</b>     |                                                                                                        | <b>Fecha</b>              | / /                                                                       |
|                             |                                                                                                        | <b>Hora</b>               |                                                                           |
| <b>Ciudad / provincia:</b>  |                                                                                                        |                           |                                                                           |
| <b>Nombre del paciente:</b> |                                                                                                        | <b>Edad:</b>              |                                                                           |
| <b>Cédula:</b>              |                                                                                                        | <b>Sexo:</b>              | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M                     |
| <b>Dirección:</b>           |                                                                                                        |                           |                                                                           |
| <b>Diagnóstico:</b>         |                                                                                                        |                           |                                                                           |
| <b>Lado / localización:</b> | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Bilateral | <b>Tipo de caso:</b>      | <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Reintervención |
| <b>Anestesia prevista:</b>  | General                                                                                                | <b>Médico informante:</b> |                                                                           |
| <b>Exequátur:</b>           |                                                                                                        | <b>No. CMD:</b>           |                                                                           |

## II. PROCEDIMIENTO INDICADO

Este consentimiento corresponde a la miringotomía con inserción de tubo de ventilación en el oído indicado. Puede utilizarse en pacientes adultos o pediátricos. El procedimiento podrá realizarse en el oído derecho, en el oído izquierdo o en ambos oídos, según el diagnóstico y la indicación médica documentada.

La intervención puede indicarse, según el caso, ante acumulación persistente de líquido en el oído medio, episodios recurrentes de otitis media, dificultad para ventilar o equilibrar la presión del oído medio, barotrauma u otra condición que el médico haya explicado. Se realizará con anestesia local o general, de acuerdo con la edad, la cooperación del paciente, sus condiciones clínicas y el criterio del equipo tratante.

El procedimiento podrá incluir la aspiración de líquido o secreciones del oído medio, la colocación del tubo de ventilación y el uso de gotas óticas cuando estén médicamente indicadas. El otorrinolaringólogo decidirá, según su criterio clínico, el tipo de tubo de ventilación que se colocará y si será temporal o de larga duración, también denominado permanente.

## III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La miringotomía consiste en realizar, a través del conducto auditivo, una pequeña abertura en el tímpano o membrana timpánica. Si existe líquido o secreción en el oído medio, puede aspirarse. A

continuación se coloca un tubo de ventilación en la abertura para facilitar la entrada de aire al oído medio y favorecer su ventilación o drenaje.

El procedimiento se realiza con instrumentos adecuados y bajo visión directa, microscópica o endoscópica, según los recursos disponibles y el criterio médico. Habitualmente no requiere una incisión externa en la piel. Puede realizarse con anestesia local o general, según el caso. El tiempo de permanencia del tubo es variable. Los tubos temporales suelen expulsarse espontáneamente. Los tubos de larga duración —también llamados permanentes— están diseñados para permanecer más tiempo, incluso durante años, en la membrana timpánica; aun así, no necesariamente permanecen de forma indefinida y pueden expulsarse o requerir retiro, recolocación o sustitución según la evolución y el criterio del otorrinolaringólogo.

#### **IV. CUIDADOS INMEDIATOS**

El procedimiento suele ser ambulatorio, aunque la observación y el alta dependerán de la anestesia utilizada, la edad, las condiciones clínicas y la evolución del paciente. Puede indicarse el uso de gotas óticas; solo deberán utilizarse las prescritas por el médico.

No deben introducirse hisopos, objetos, aceites, soluciones ni medicamentos no indicados dentro del oído. Las recomendaciones sobre baño, entrada de agua, natación y uso de tapones serán individualizadas por el médico. El paciente o su responsable deberá cumplir los controles otorrinolaringológicos y los estudios auditivos que se indiquen.

#### **V. EVOLUCIÓN ESPERABLE**

Puede presentarse dolor leve, sensación de oído tapado, presión, ruido, cambio temporal en la percepción de los sonidos, salida escasa de líquido o pequeñas gotas de sangre. Estas manifestaciones suelen ser transitorias. La mejoría de la audición, la presión o las infecciones dependerá de la enfermedad de base y puede ser parcial, tardía o no presentarse.

Debe contactar al médico o acudir a evaluación si presenta dolor intenso o progresivo, fiebre, sangrado abundante, secreción persistente o con mal olor, vértigo intenso, deterioro marcado o persistente de la audición, reacción adversa a medicamentos o cualquier síntoma que el equipo tratante haya señalado como alarma.

#### **VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO**

Los beneficios esperados pueden incluir ventilar el oído medio, facilitar el drenaje de líquido, disminuir la sensación de presión, mejorar la audición cuando está afectada por líquido en el oído medio y reducir determinados episodios de infección o síntomas relacionados, según la indicación clínica.

Entiendo que no se garantiza la desaparición de las infecciones, la recuperación completa de la audición ni la resolución definitiva del problema de ventilación. Los síntomas o el líquido pueden persistir o reaparecer, y puede ser necesario tratamiento adicional, nuevos tubos u otra intervención.

#### **VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**

Las alternativas dependen del diagnóstico y pueden incluir observación con seguimiento, tratamiento médico de la condición asociada cuando corresponda, controles otorrinolaringológicos y auditivos, medidas para manejar cambios de presión, uso de dispositivos auditivos en casos seleccionados o

diferir la intervención. El médico explicará cuáles alternativas son razonables para este paciente y sus límites.

### **VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR EL PROCEDIMIENTO CUANDO ESTÁ INDICADO**

Si no se realiza el procedimiento cuando está indicado, pueden persistir o recurrir el líquido en el oído medio, las infecciones, la presión o el dolor, la dificultad para equilibrar la presión y la disminución auditiva. Cuando la audición permanece afectada, puede limitar la comunicación; en pacientes pediátricos, según la intensidad, la duración y otros factores, puede influir en el desarrollo del habla, el lenguaje o el aprendizaje. Las consecuencias específicas dependen del diagnóstico y de las condiciones del paciente.

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, valoración por otras especialidades o una nueva intervención. Si se utiliza anestesia local o general, existen además los riesgos propios de la técnica anestésica, que deberán ser explicados por el equipo correspondiente.

### **X. RIESGOS ESPECÍFICOS DE LA MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO DE VENTILACIÓN**

- Dolor, molestia, sensación de presión u oído tapado, sangrado escaso o secreción durante el período posterior al procedimiento.
- Infección del conducto auditivo o del oído medio, otorrea o secreción persistente, dolor, fiebre y necesidad de gotas, antibióticos, curas o controles adicionales.
- Obstrucción o funcionamiento inadecuado del tubo, expulsión antes de lo esperado, permanencia prolongada, desplazamiento hacia el oído medio o necesidad de retirarlo, re colocarlo o sustituirlo.
- Persistencia de una perforación del tímpano después de salir o retirar el tubo, que puede requerir observación, cuidados o reparación quirúrgica posterior.
- Cicatrización o placas en el tímpano, tejido de granulación, adelgazamiento, retracción u otros cambios de la membrana timpánica.
- Persistencia o recurrencia del líquido, las infecciones, la presión, el dolor o la disminución auditiva, con posibilidad de repetir el procedimiento o indicar otro tratamiento.
- Ausencia de mejoría auditiva, cambio desfavorable de la audición, zumbido, mareo o vértigo; el empeoramiento auditivo persistente es poco frecuente, pero posible.
- Lesión del conducto auditivo o del tímpano durante el procedimiento, reacción alérgica o adversa a medicamentos y complicaciones relacionadas con la anestesia local o general.

### **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 o su representante declara haber informado al médico sobre antecedentes personales, enfermedades actuales o previas, alergias, medicamentos en uso, cirugías anteriores, antecedentes anestésicos y cualquier otra condición relevante. Circunstancias como trastornos de coagulación, uso de anticoagulantes o antiagregantes, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular o respiratoria, inmunosupresión, infección activa, cirugía previa del oído, perforación timpánica previa, oído único funcional, hipoacusia importante del oído contrario, alteraciones craneofaciales, fisura palatina, síndrome de Down, trastornos del desarrollo, embarazo o sospecha de embarazo y dificultad para cumplir los cuidados o controles pueden modificar los riesgos y la evolución.

Asimismo, entiendo que toda intervención y toda anestesia pueden asociarse, de forma excepcional, a complicaciones graves o potencialmente mortales. El riesgo individual depende de la edad, el estado general, las enfermedades previas, los medicamentos y la técnica anestésica utilizada.

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**

Si durante el procedimiento se obtiene líquido, secreción o tejido por indicación clínica, autorizo que se envíe a estudio microbiológico, citológico, anatomopatológico 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 este procedimiento, pero podría ser necesaria de forma excepcional ante una hemorragia importante u otra 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 poco frecuentes.
- 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 medicamentos, controles, curas, reintervenciones o tratamientos complementarios según la evolución.
- 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 que este documento se incorpora al expediente clínico como constancia de la información proporcionada y de la decisión adoptada, sujeto a las disposiciones institucionales y jurídicas aplicables.
- 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, instrumental, dispositivos, equipos, materiales especializados o tecnología 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 a la miringotomía con inserción de tubo de ventilación en el oído indicado.

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y nombre del/de la paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico informante

Iniciales paciente/representante: \_\_\_\_\_

Iniciales médico: \_\_\_\_\_

### **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 cuando corresponda, y que ha podido formular preguntas al médico.

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 miringotomía con inserción de tubo de ventilación. Entiendo que pueden persistir o recurrir el líquido en el oído medio, las infecciones, el dolor o la presión, la dificultad para equilibrar la presión y la disminución auditiva, con las consecuencias particulares que el médico me ha explicado.

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 miringotomía con inserción de tubo de ventilación en el oído indicado. Declaro que he tenido oportunidad de realizar nuevas preguntas, 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.

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y nombre del/de la paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico informante

Iniciales paciente/representante: \_\_\_\_\_

Iniciales médico: \_\_\_\_\_