

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 del angiofibroma nasofaríngeo mediante abordaje endoscópico endonasal/CENS, con posibilidad de embolización preoperatoria, abordaje combinado o externo, transfusión, reconstrucción y manejo multidisciplinario según la extensión tumoral.

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: extirpación endoscópica endonasal, CENS ampliada, embolización preoperatoria, abordaje combinado o externo si es necesario, control o ligadura vascular, taponamiento anterior o posterior, biopsia o estudio anatomopatológico, reparación de base de cráneo si es necesario, toma de injerto o colgajo, uso de navegación quirúrgica, transfusión si se requiere u otro procedimiento asociado que el médico documente en el espacio correspondiente. La extensión definitiva dependerá de las condiciones particulares del paciente, la necesidad terapéutica, la seguridad quirúrgica y la valoración médica correspondiente.

Nota de alcance: la extensión definitiva puede variar por hallazgos intraoperatorios, anatomía individual, sangrado, inflamación, cicatrices de cirugías previas o condiciones de seguridad. Cuando se utilice navegación quirúrgica, endoscopios, instrumental motorizado, láser, radiofrecuencia, coblation u otros equipos, estos son herramientas de apoyo y no eliminan los riesgos anatómicos ni sustituyen el criterio clínico.

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.

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

El angiofibroma nasofaríngeo es un tumor benigno pero localmente agresivo y muy vascularizado, que suele originarse en la rinofaringe o región posterior nasal. Puede producir obstrucción nasal, epistaxis, secreción, deformidad facial, invasión de senos paranasales, fosa pterigopalatina, infratemporal, órbita o base de cráneo.

El abordaje endoscópico permite acceder por las fosas nasales con visión ampliada para reseca el tumor, controlar sangrado y preservar estructuras cuando sea posible. Debido a su vascularidad, puede indicarse embolización preoperatoria por radiología intervencionista para disminuir el sangrado; dicho procedimiento requiere explicación y consentimiento específico.

Si la extensión tumoral o el sangrado lo exigen, el cirujano puede ampliar el abordaje, realizar incisiones externas o sublabiales, solicitar apoyo de otras especialidades, realizar taponamiento anterior/posterior o suspender/limitar la cirugía por seguridad.

IV. TAPONAMIENTO, MATERIAL HEMOSTÁTICO, FÉRULAS Y CUIDADOS INMEDIATOS

Al finalizar puede colocarse taponamiento nasal anterior y/o posterior, material hemostático, férulas, separadores, suturas, balón o dispositivos de compresión. En tumores vasculares, el taponamiento puede mantenerse varios días y su retiro debe hacerse bajo vigilancia médica.

El taponamiento puede producir respiración por la boca, sequedad, dolor de cabeza, presión facial, náuseas, lagrimeo, sensación de oído tapado y molestias al tragar. En raras ocasiones puede desplazarse hacia la boca o faringe y requerir retiro o recolocación.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Después de la cirugía puede presentarse dolor nasal, facial o craneal, congestión, costras, secreción sanguinolenta, náuseas o vómitos con sangre deglutida, fiebre baja transitoria, inflamación facial o periorcular y cansancio.

Son necesarios controles periódicos durante años, porque el angiofibroma puede recurrir. Debe acudir de inmediato si presenta sangrado abundante, palidez, mareo, dificultad respiratoria, fiebre alta, dolor intenso, alteración visual, visión doble, salida de líquido claro por nariz o signos neurológicos.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es extirpar total o parcialmente el tumor, mejorar la respiración nasal, disminuir hemorragias, secreción, cefalea, deformidad o complicaciones por crecimiento tumoral, y obtener confirmación anatomopatológica.

Entiendo que, por la extensión y vascularidad del angiofibroma, no siempre es posible una resección completa en condiciones seguras. Puede requerirse embolización, transfusión, reintervención, seguimiento prolongado, nueva cirugía o tratamiento complementario.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

No existe un tratamiento médico de eficacia equivalente para la mayoría de los angiofibromas con indicación quirúrgica. Las alternativas técnicas pueden incluir abordajes externos, combinados, observación en casos seleccionados, embolización, radioterapia excepcional en casos no resecables o recurrentes, y manejo multidisciplinario.

La opción más adecuada depende de la edad, extensión, vascularidad, compromiso de órbita/base de cráneo, síntomas, riesgos y experiencia del equipo.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza la intervención cuando está indicada, el tumor puede crecer y aumentar la obstrucción nasal, epistaxis, anemia, deformidad facial, afectación orbitaria o intracraneal y complicaciones graves de difícil manejo.

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 EXTIRPACIÓN ENDOSCÓPICA DE ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO

- Hemorragia severa durante o después de la cirugía, incluso con embolización previa; puede requerir taponamiento posterior, transfusión, ligadura vascular, embolización urgente, UCI o reintervención.
- Sangrado tardío tras retirar taponamiento o por recurrencia tumoral, que puede requerir atención urgente.
- Complicaciones de la embolización preoperatoria, si se realiza, incluyendo dolor, hematoma, reacción al contraste, lesión vascular, necrosis, déficit neurológico, alteraciones visuales o evento cerebrovascular; serán explicadas por el servicio correspondiente.
- Lesión de órbita, músculos oculares, nervio óptico o vasos orbitarios, con visión doble, inflamación, disminución visual o ceguera excepcional.
- Lesión de base de cráneo con fístula de líquido cefalorraquídeo, meningitis, neumoencéfalo, absceso cerebral u otras complicaciones endocraneales.
- Lesión de arteria carótida interna, arteria maxilar, esfenopalatina u otros vasos importantes, con sangrado masivo o complicaciones neurológicas excepcionales.
- Alteración de sensibilidad facial, mejilla, labio superior, paladar, dientes o región infraorbitaria, especialmente si hay extensión a fosa pterigopalatina/infratemporal.
- Infección nasal, sinusal, orbitaria o intracraneal; puede requerir antibióticos, drenaje o reintervención.
- Persistencia o recurrencia del tumor, con necesidad de controles, imágenes, nueva cirugía o tratamiento complementario.
- Sinequias, perforación septal, costras, sequedad, mal olor, obstrucción nasal persistente o alteraciones del olfato.

- Necesidad de conversión a abordaje externo o combinado, con cicatriz, hematoma, alteración estética o de sensibilidad.
- Complicaciones generales de cirugía y anestesia general, incluyendo trombosis, embolia, eventos cardiovasculares, respiratorios, neurológicos o muerte excepcional.

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 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, marcapasos, asma/EPOC, apnea del sueño, enfermedad renal, enfermedad hepática, uso de anticoagulantes, aspirina/AINEs, trastornos de coagulación, epilepsia, tabaquismo, cirugías nasales o sinusales previas, inmunosupresión, embarazo o sospecha de embarazo, uso de cocaína, rinitis alérgica, poliposis nasal, intolerancia a aspirina/AINEs, anemia o hemorragias previas, tumor vascular o extenso, embolización prevista, alergias u otras condiciones particulares pueden aumentar los riesgos asociados al procedimiento, la anestesia, el sangrado, la infección, la cicatrización, la recuperación postoperatoria 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 cirugía de revisión, enfermedad extensa, alteraciones anatómicas, sangrado, inflamación intensa, tumores, inmunosupresión, coagulopatías, anticoagulación, tabaquismo, diabetes descompensada o mala adherencia a controles postoperatorios.

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 la cirugía se presentan hallazgos o complicaciones imprevistas que requieran actuación inmediata para proteger mi salud o vida.

XIV. EQUIPO QUIRÚRGICO

Entiendo que la cirugía será realizada 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 SANGUÍNEA EN CASO NECESARIO

La transfusión sanguínea puede ser necesaria y, por la naturaleza vascular del angiofibroma, su posibilidad es mayor que en otras cirugías nasales. Se me ha explicado que rechazar una transfusión indicada puede aumentar el riesgo de choque hemorrágico, daño orgánico 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 endoscópica de angiofibroma nasofaríngeo 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 endoscópica de angiofibroma nasofaríngeo 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

Iniciales paciente/representante: _____

Iniciales médico: _____

XXI. RATIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Yo, _____ Cédula _____

RATIFICO el consentimiento otorgado previamente para la realización del procedimiento de extirpación endoscópica de angiofibroma nasofaríngeo 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