

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 una antrostomía maxilar y/o abordaje del seno maxilar, incluyendo Caldwell-Luc o meatotomía media cuando estén indicados. 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: antrostomía maxilar endoscópica, meatotomía media, operación de Caldwell-Luc o abordaje sublabial, antrostomía bilateral, extracción de cuerpo extraño del seno maxilar, tratamiento de lesión quística o mucocoele, biopsia o resección de lesión o tumor, limpieza o drenaje del seno maxilar, control de fístula oroantral, CENS asociada, septoplastia de acceso, turbinoplastia asociada, 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. Los equipos de apoyo, cuando se utilicen, 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 o, en casos seleccionados, con anestesia local y sedación, según el criterio del otorrinolaringólogo.

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

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Los senos maxilares son cavidades aéreas ubicadas a ambos lados de la nariz, dentro del hueso maxilar, que se comunican con las fosas nasales. La antrostomía maxilar consiste en abrir o ampliar la comunicación del seno maxilar para permitir drenaje, ventilación, extracción de secreciones, cuerpos extraños, material inflamatorio, pólipos, lesiones o toma de biopsia, según la indicación clínica. Puede realizarse por vía endoscópica a través de la nariz, por vía sublabial mediante incisión en la encía superior (Caldwell-Luc) o combinando abordajes, dependiendo de la localización de la enfermedad, anatomía, imágenes, cirugías previas y seguridad del paciente.

La cirugía busca resolver el problema del seno maxilar procurando respetar estructuras vecinas como órbita, dientes, nervio infraorbitario y mucosa sana. La extensión definitiva puede variar por hallazgos intraoperatorios.

IV. TAPONAMIENTO, MATERIAL HEMOSTÁTICO, FÉRULAS Y CUIDADOS INMEDIATOS

A criterio del cirujano, puede colocarse taponamiento nasal, material hemostático reabsorbible, suturas en encía, férulas, láminas de silicona, separadores o drenajes temporales. Si se realiza abordaje sublabial, puede haber puntos de sutura en la encía superior y recomendaciones específicas de higiene oral, dieta blanda y cuidado de la herida. El taponamiento puede producir respiración por la boca, sequedad de garganta, presión facial, dolor de cabeza, lagrimeo, sensación de oído tapado, molestias al masticar o deglutir y secreción sanguinolenta durante las primeras horas. En raras ocasiones puede desplazarse y requerir retiro o recambio.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Después de la cirugía puede presentarse dolor o presión en mejilla, nariz, encía o dientes superiores, inflamación facial o del labio superior, costras, congestión nasal, secreción sanguinolenta, sabor a sangre, mal aliento transitorio, sequedad de boca, náuseas o vómitos con coágulos por sangre deglutida. Puede haber disminución temporal de sensibilidad en mejilla, labio superior, encía o dientes. Debe evitar sonarse fuerte, esfuerzos, manipulación nasal, traumatismos y medicamentos no autorizados. Son importantes los lavados nasales, la higiene oral indicada y los controles postoperatorios. Debe contactar o acudir de inmediato si presenta sangrado abundante, fiebre alta, dolor intenso progresivo, inflamación ocular, visión doble, disminución visual, salida de líquido claro persistente, inflamación facial marcada o secreción purulenta.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es mejorar o resolver síntomas derivados de enfermedad del seno maxilar, como dolor o presión facial, secreción, mal olor, sinusitis recurrente o persistente, retención de secreciones, presencia de cuerpo extraño, lesión localizada o necesidad diagnóstica mediante biopsia. Entiendo que el procedimiento no garantiza curación definitiva ni ausencia de recurrencia, especialmente si existen enfermedad dental, rinitis, poliposis, sinusitis crónica, inmunosupresión, tabaquismo, mala cicatrización o incumplimiento de controles. Puede requerirse tratamiento dental, médico, curas, antibióticos, lavados, corticoides u otra cirugía.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas pueden incluir observación, tratamiento médico, antibióticos cuando estén indicados, lavados nasales, corticoides intranasales, tratamiento odontológico, drenaje por otra vía, cirugía endoscópica nasosinusal convencional, abordaje externo o diferir el procedimiento según el caso. Cuando existe cuerpo extraño, lesión localizada, enfermedad persistente, complicación o fracaso del tratamiento médico, estas alternativas pueden no resolver el problema.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza la intervención cuando está indicada, pueden persistir o empeorar dolor o presión facial, secreción, mal olor, infección, obstrucción del drenaje del seno maxilar, sinusitis recurrente, compromiso dental, fístula oroantral, crecimiento de lesiones, retraso diagnóstico o complicaciones orbitarias, faciales o intracraneales en casos seleccionados.

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 ANTROSTOMÍA MAXILAR / CALDWELL-LUC

- Hemorragia nasal o bucal durante o después de la cirugía; puede requerir nuevo taponamiento, cauterización, revisión quirúrgica, transfusión, embolización o reintervención.
- Infección de la cavidad quirúrgica, encía, seno maxilar o fosas nasales; puede requerir antibióticos, cultivos, drenaje, curas u hospitalización.
- Dolor, inflamación, hematoma facial, costras, mal olor transitorio, secreción, obstrucción nasal o necesidad de lavados y curas postoperatorias.
- Alteración de sensibilidad, adormecimiento o dolor en mejilla, labio superior, encías, dientes superiores o paladar por irritación o lesión del nervio infraorbitario o ramas sensitivas; puede ser transitoria o persistente.
- Retraso de cicatrización de la herida sublabial, dehiscencia, infección de la encía, cicatriz dolorosa o molestias al masticar.
- Fístula oroantral o comunicación entre boca y seno maxilar, que puede requerir cierre quirúrgico, cuidados dentales o tratamiento adicional.
- Lesión dental, movilidad o dolor dental, compromiso de raíces dentarias o necesidad de valoración odontológica/maxilofacial.
- Sinequias, adherencias, estenosis o cierre de la abertura del seno maxilar, con persistencia o recurrencia de síntomas y posible necesidad de nueva cirugía.
- Perforación septal o lesión de estructuras nasales, especialmente si se realizan procedimientos nasales asociados.
- Alteraciones del olfato o del gusto, generalmente transitorias, aunque pueden persistir.
- Enfisema facial, palpebral o subcutáneo, especialmente al sonarse fuerte; requiere valoración si es importante o se acompaña de dolor ocular o alteración visual.
- Lesión de la pared de la órbita, grasa orbitaria o musculatura ocular, con inflamación, dolor ocular, limitación de movimientos o visión doble temporal o permanente.

- Disminución visual o ceguera del ojo afectado por lesión vascular, hematoma orbitario o afectación del nervio óptico; es excepcional pero grave.
- Fístula de líquido cefalorraquídeo, meningitis, neuromeníngeo, absceso cerebral u otras complicaciones intracraneales; son excepcionales, pero potencialmente graves.
- Necesidad de incisión externa o abordaje complementario, con posible cicatriz, hematoma, alteración de sensibilidad o resultado estético no deseado.
- Quemaduras o lesiones por bisturí eléctrico, radiofrecuencia, coagulación, láser, microdebridador u otros equipos de energía.
- Persistencia, recurrencia o progresión de la enfermedad, necesidad de tratamiento médico prolongado, tratamiento odontológico o cirugía de revisión.
- Complicaciones generales de cualquier cirugía y de la anestesia/sedación, que se documentarán 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 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, enfermedad dental o periodontal, sinusitis odontogénica, fístula oroantral previa, radioterapia previa, 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 pacientes con enfermedad odontogénica, cirugías previas, anatomía compleja, infección activa, tumores, lesión cercana a órbita o base de cráneo, anticoagulación, diabetes descompensada, tabaquismo o mala cicatrización.

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

XIV. EQUIPO QUIRÚRGICO

Entiendo que la cirugía o 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 la antrostomía maxilar o abordaje del seno maxilar, 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 antrostomía maxilar / caldwell-luc / meatotomía media 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 antrostomía maxilar / caldwell-luc / meatotomía media 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 antrostomía maxilar / caldwell-luc / meatotomía media 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