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 cirugía endoscópica nasosinusal por poliposis nasosinusal. El procedimiento indicado podrá comprender, según el diagnóstico, la indicación médica, los hallazgos clínicos, anatómicos o intraoperatorios, la evolución del acto quirúrgico, la condición del paciente y el criterio del cirujano otorrinolaringólogo, una o varias de las siguientes intervenciones, maniobras o recursos asociados: CENS funcional, Uncinectomía / resección de apófisis unciforme, Antrostomía maxilar, Etmoidectomía anterior, Etmoidectomía posterior, Esfenoidotomía, Cirugía del seno frontal / Draf según indicación, Polipectomía nasal, Resección de concha bullosa, Marsupialización/drenaje de mucocele, CENS de revisión, Uso de navegación quirúrgica si está disponible, Septoplastia asociada o de acceso, Turbinoplastia/reducción de cornetes y otro procedimiento asociado especificado por el médico. La extensión definitiva del procedimiento 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.

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

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La poliposis nasosinusal es una enfermedad inflamatoria crónica de la mucosa nasal y de los senos paranasales, que puede producir obstrucción, secreción, presión facial, disminución del olfato, infecciones y afectación de la calidad de vida. La CENS se realiza con endoscopios introducidos por la nariz, con iluminación y visión ampliada, para retirar pólipos y tejido inflamatorio obstructivo, abrir o ampliar vías de drenaje de los senos y mejorar el acceso de tratamientos tópicos.

La extensión de la cirugía dependerá de los hallazgos, tomografía, endoscopia, anatomía, severidad de la poliposis, sangrado, inflamación, cirugías previas y condiciones de seguridad. La cirugía no elimina la base inflamatoria de la enfermedad, por lo que puede requerir tratamiento médico continuo.

IV. TAPONAMIENTO, MATERIAL HEMOSTÁTICO, FÉRULAS Y CUIDADOS INMEDIATOS

A criterio del cirujano, puede colocarse taponamiento nasal, material hemostático reabsorbible, férulas, láminas de silicona, separadores, suturas internas o stents sinusales temporales, especialmente en cirugía extensa, sangrado, reintervenciones o enfermedad frontal. El taponamiento puede producir respiración por la boca, sequedad de garganta, presión facial, dolor de cabeza, lagrimeo, sensación de oído tapado, molestia al masticar o deglutir y secreción sanguinolenta. En raras ocasiones puede desplazarse y requerir retiro o recambio.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Después de la cirugía puede presentarse dolor nasal o facial, cefalea, congestión, costras, secreción sanguinolenta, moco espeso, mal olor transitorio, disminución temporal del olfato, lagrimeo, náuseas o vómitos con coágulos por sangre deglutida. La obstrucción puede persistir durante días o semanas por inflamación o costras. Debe cumplir lavados salinos, medicamentos indicados, evitar sonarse fuerte, esfuerzos, manipulación nasal y acudir a curas/control endoscópico. Debe acudir de inmediato si presenta sangrado abundante, fiebre alta, dolor progresivo, alteración visual, visión doble, inflamación ocular, salida de líquido claro, cefalea intensa, rigidez de cuello, somnolencia o confusión.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es mejorar la ventilación nasal, drenaje sinusal, olfato cuando sea recuperable, secreción, presión facial, infecciones y acceso de tratamientos tópicos. Entiendo que la poliposis es una enfermedad crónica y recidivante: pueden persistir o reaparecer pólipos, obstrucción, mucosidad, estornudos, pérdida de olfato o sinusitis, especialmente en pacientes con asma, rinitis alérgica, enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina/AINEs, inmunodeficiencia, tabaquismo o mala adherencia. Puede requerirse tratamiento médico prolongado, corticoides tópicos/orales, biológicos, curas o cirugía de revisión.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas pueden incluir observación, lavados nasales, corticoides intranasales, corticoides orales en casos seleccionados, antibióticos si hay infección, manejo de alergias, control de asma, tratamiento de intolerancia a aspirina/AINEs, biológicos en pacientes seleccionados, inmunoterapia cuando proceda o no operarse. Cuando existe obstrucción importante, poliposis extensa, fracaso del tratamiento médico, complicaciones o mala ventilación sinusal, estas alternativas pueden no ser suficientes.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza la intervención cuando está indicada, pueden persistir o empeorar obstrucción nasal, secreción, anosmia/hiposmia, sinusitis recurrente, presión facial, ronquido, alteración del sueño, mala respuesta a medicamentos tópicos, exacerbación de asma, crecimiento de pólipos o complicaciones orbitarias/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 CENS POR POLIPOSIS NASOSINUSAL

- Hemorragia durante o después de la cirugía; puede requerir nuevo taponamiento, cauterización, transfusión, embolización, angiografía o reintervención.
- Sangrado tardío, incluso después de retirar taponamientos o costras, que puede requerir atención urgente u hospitalización.
- Infección nasal, sinusal, orbitaria o intracraneal; puede requerir antibióticos, cultivos, drenaje, hospitalización o cirugía adicional.
- Dolor, inflamación, costras, sequedad, moco espeso, mal olor transitorio, obstrucción persistente y necesidad de lavados/curas repetidas.
- Sinequias, adherencias, estenosis o cierre de orificios sinusales, con persistencia o recurrencia de síntomas y posible cirugía de revisión.
- Persistencia, recurrencia o empeoramiento de pólipos, sinusitis, obstrucción, secreción o pérdida de olfato por la naturaleza crónica de la enfermedad.
- Alteraciones del olfato y/o gusto, transitorias o permanentes, que pueden depender de la enfermedad o de la cirugía.
- Perforación septal o lesión de estructuras nasales, especialmente si se realizan procedimientos asociados o reintervenciones.
- Lesión del conducto nasolagrimal o vía lagrimal, con lagrimeo persistente o infecciones del saco lagrimal.
- Enfisema palpebral o subcutáneo, generalmente relacionado con sonarse fuerte; requiere valoración si se acompaña de dolor o alteración visual.
- Lesión de grasa orbitaria, pared medial de órbita o musculatura ocular, con dolor, inflamación, limitación de movimientos o visión doble temporal o permanente.
- Hematoma orbitario o aumento de presión dentro de la órbita, con riesgo visual y posible necesidad de descompresión urgente.
- Lesión del nervio óptico, vasos orbitarios o estructuras oculares, con disminución visual o ceguera; excepcional pero grave.
- Fístula de líquido cefalorraquídeo por lesión de base de cráneo; puede requerir reparación endoscópica, injertos, reposo y manejo especializado.

- Meningitis, neumoencéfalo, absceso cerebral, hemorragia intracraneal, lesión cerebral u otras complicaciones endocraneales; excepcionales pero graves.
- Necesidad de limitar, ampliar o modificar la cirugía por seguridad, sangrado, anatomía, enfermedad extensa o hallazgos imprevistos.
- Quemaduras o lesiones por microdebridador, bisturí eléctrico, radiofrecuencia, coblation, láser u otros equipos.
- Complicaciones generales de cualquier cirugía y de la anestesia general/sedación, documentadas por anestesiología.

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, uso de aspirina o AINEs, trastornos de coagulación, epilepsia, tabaquismo, cirugías nasales/sinusales previas, inmunosupresión, embarazo o sospecha de embarazo, uso de cocaína, rinitis alérgica, poliposis nasal, intolerancia a aspirina/AINEs, asma, EPOC, uso de biológicos y alergia a medicamentos, anestésicos u otras sustancias, 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. El riesgo de recurrencia y complicaciones puede ser mayor en poliposis severa, asma, enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina/AINEs, cirugía de revisión, alteraciones anatómicas, enfermedad frontal/esfenoidal extensa, inmunosupresión, coagulopatía, tabaquismo o mala adherencia a controles. 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 la cirugía o procedimiento se presentan hallazgos o complicaciones imprevistas que requieran actuación inmediata para proteger mi salud o vida.

Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

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 SANGUÍNEA EN CASO NECESARIO

La transfusión sanguínea no es habitual en la cirugía endoscópica nasosinusal por poliposis, 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 cens por poliposis nasosinusal 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: _____

Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

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 cens por poliposis nasosinusal 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 cens por poliposis nasosinusal 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