

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 al cierre quirúrgico de una perforación del tabique nasal. El cierre puede requerir colgajos, injertos, férulas o procedimientos complementarios según el tamaño, localización, causa y estado de la mucosa.

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: cierre endoscópico de perforación septal, cierre convencional o endonasal, colgajos mucopericóndricos o mucoperiosticos, injerto autólogo septal, injerto de cartílago auricular, injerto costal u otro sitio donante, injerto de fascia, grasa o tejido conectivo, material biológico o sintético interpuesto, colocación de férulas o silastic, taponamiento nasal, septoplastia complementaria, turbinoplastia asociada, abordaje externo o combinado si fuese necesario, botón septal si se decide como alternativa o puente, 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.

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

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La perforación septal es una comunicación anormal entre ambas fosas nasales por pérdida de mucosa y cartílago o hueso del tabique nasal. El cierre quirúrgico busca cubrir esa comunicación mediante movilización de colgajos de mucosa y/o colocación de injertos entre ambos lados del tabique. Puede requerir uno o más tiempos quirúrgicos, dependiendo del tamaño, localización, calidad de la mucosa, vascularización, causa de la perforación, cirugías previas y hábitos del paciente.

El procedimiento puede realizarse por vía endonasal, endoscópica, convencional o combinada, y en casos seleccionados puede requerir toma de injerto de cartílago, fascia, grasa u otro tejido del propio paciente o material biológico/sintético. La finalidad es mejorar síntomas como costras, sangrado, silbido, sequedad, mal olor u obstrucción, preservando el soporte nasal.

IV. FÉRULAS, TAPONAMIENTO, INJERTOS Y CUIDADOS INMEDIATOS

A criterio del cirujano, pueden colocarse férulas septales de silicona/silastic, láminas protectoras, suturas, material hemostático, taponamiento nasal o dispositivos internos para proteger el cierre y disminuir adherencias. Su permanencia puede variar según el caso. Si se toma injerto de oreja, costilla, fascia, grasa u otra zona donante, existirán cuidados y riesgos propios de esa zona. El taponamiento puede producir respiración por la boca, sequedad faríngea, presión facial, dolor de cabeza, lagrimeo, sensación de oído tapado, molestia al masticar o deglutir y secreción sanguinolenta durante las primeras horas.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Después de la cirugía puede presentarse dolor nasal, presión facial, cefalea, inflamación, costras, secreción sanguinolenta, obstrucción nasal temporal, disminución transitoria del olfato, molestias dentales o palatinas y cansancio. Si se tomó injerto, puede haber dolor, hematoma, cicatriz o alteración de sensibilidad en la zona donante. El paciente debe evitar sonarse fuerte, manipular costras, fumar, usar cocaína, vasoconstrictores no autorizados, esfuerzos o traumatismos. Son esenciales los lavados, lubricación nasal, curas y controles postoperatorios para proteger el cierre. Debe acudir si presenta sangrado abundante, fiebre, dolor intenso progresivo, mal olor persistente, necrosis, desplazamiento de férulas o empeoramiento marcado.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es mejorar síntomas de la perforación septal, como costras persistentes, sangrado nasal repetido, silbido al respirar, sequedad, mal olor, irritación u obstrucción. Entiendo que el cierre no garantiza éxito definitivo: la perforación puede persistir, abrirse nuevamente o aumentar, especialmente si es grande, anterior, de causa inflamatoria/autoinmune, traumática, por cirugía previa, consumo de cocaína, tabaquismo, infección, mala vascularización o mala adherencia a controles. Puede requerirse manejo médico prolongado, lubricación, botón septal o nueva cirugía.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas pueden incluir tratamiento médico conservador con lavados, lubricantes, pomadas, control de costras y sangrado, evitar irritantes, tratar enfermedad de base, colocación de botón septal, observación o no realizar cirugía. El botón septal puede mejorar síntomas en algunos pacientes, pero puede producir molestias, costras, infección, desplazamiento o no ser tolerado. En perforaciones sintomáticas o complicadas, el tratamiento conservador puede 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 costras, sangrado, silbido respiratorio, sequedad, mal olor, obstrucción, infecciones, irritación crónica, aumento de la perforación, deformidad nasal o deterioro de la calidad de vida.

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 DEL CIERRE DE PERFORACIÓN SEPTAL

- Persistencia, reapertura o aumento de la perforación a pesar de una técnica adecuada; puede requerir nueva cirugía, botón septal o tratamiento conservador.
- Hemorragia o sangrado nasal durante o después de la cirugía; puede requerir taponamiento, cauterización, revisión quirúrgica, transfusión o reintervención.
- Hematoma septal, infección, absceso, necrosis de colgajos o pérdida del injerto, que pueden comprometer el resultado.
- Dolor, inflamación, costras, sequedad, secreción, mal olor transitorio, obstrucción nasal y necesidad de lavados, lubricación o curas prolongadas.
- Sinequias o adherencias internas, que pueden requerir separación, curas, férulas o nueva cirugía.
- Alteraciones del olfato, generalmente transitorias, aunque pueden persistir.
- Alteraciones de sensibilidad, adormecimiento o molestias en nariz, labio superior, dientes, encías, paladar o región facial.
- Defecto estético nasal, hundimiento, alteración del soporte de punta/dorso, desviación residual o cambios no deseados de la forma externa, especialmente en perforaciones grandes o cirugías previas.
- Molestias, hematoma, infección, cicatriz, deformidad o alteración de sensibilidad en la zona donante de injerto, como oreja, costilla, fascia, grasa u otra región.
- Necesidad de abordaje externo o combinado, con posibilidad de cicatriz visible o alteración estética.
- Fallo o intolerancia de férulas, desplazamiento, obstrucción, dolor o necesidad de retiro anticipado.

- Persistencia de síntomas, aunque se logre cierre parcial o completo, por rinitis, sequedad, enfermedad inflamatoria o hábito irritativo.
- Quemaduras o lesiones por bisturí eléctrico, radiofrecuencia, láser, coblation u otros equipos de energía.
- Complicaciones excepcionales de estructuras vecinas, incluyendo lesión de base de cráneo, fístula de líquido cefalorraquídeo, complicaciones orbitarias o intracraneales.
- Complicaciones generales de cualquier cirugía y de la anestesia general/sedación, que serán explicadas 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, perforación grande o anterior, enfermedad autoinmune o granulomatosa, costras o infección activa, uso de vasoconstrictores nasales, 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 si la perforación es grande o anterior, si hay cirugía previa, costras intensas, mala vascularización, tabaquismo, uso de cocaína, enfermedad autoinmune o granulomatosa, infección activa, diabetes, anticoagulación o incumplimiento de cuidados 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 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 SANGUÍNEA EN CASO NECESARIO

La transfusión sanguínea no es habitual en el cierre quirúrgico de perforación septal, 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 cierre quirúrgico de perforación septal 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 cierre quirúrgico de perforación septal 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 cierre quirúrgico de perforación septal 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