

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 de cornetes. Según la evaluación anatómica, la indicación, los hallazgos y el criterio del otorrinolaringólogo, podrá comprender radiofrecuencia, coblation, reducción submucosa, lateralización, turbinoplastia o turbinectomía, de manera individual o combinada.

La extensión definitiva dependerá de la anatomía, los hallazgos intraoperatorios, la seguridad quirúrgica y la necesidad terapéutica, dentro de los componentes descritos en este consentimiento.

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 podrá realizarse con anestesia local, sedación o anestesia general, según la técnica, el caso y el criterio del otorrinolaringólogo.

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

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Cirugía de cornetes:

La radiofrecuencia o coblation de cornetes busca disminuir el volumen del cornete, generalmente el cornete inferior, cuando su aumento de tamaño contribuye a la obstrucción nasal. Se realiza

introduciendo una sonda o electrodo en el tejido del cornete para producir un efecto controlado de retracción y cicatrización submucosa, procurando conservar la mucosa superficial y la función nasal. Habitualmente se realiza por los orificios nasales, sin cicatriz externa. La mejoría suele aparecer progresivamente después de la inflamación inicial, y el resultado depende de la causa de la hipertrofia, rinitis asociada, alergias, anatomía y cuidados posteriores.

La turbinoplastia es una técnica destinada a disminuir el tamaño del cornete, generalmente el cornete inferior, preservando la mayor cantidad posible de mucosa funcional. La turbinectomía consiste en extirpar tejido del cornete cuando está indicado. Ambas se realizan a través de los orificios nasales, sin cicatriz externa, y buscan mejorar la respiración nasal cuando los cornetes contribuyen de forma importante a la obstrucción.

El cirujano elegirá la técnica procurando equilibrio entre mejorar la vía aérea y conservar la función humidificadora y filtradora de la mucosa nasal.

IV. TAPONAMIENTO, DRENAJES, DISPOSITIVOS Y CUIDADOS INMEDIATOS

Cirugía de cornetes:

Según la técnica y el caso, puede no requerirse taponamiento o puede colocarse taponamiento nasal, material hemostático, férulas, láminas de silicona, suturas o separadores para controlar el sangrado, evitar adherencias y favorecer la cicatrización. La turbinectomía puede requerir taponamiento por su mayor riesgo de sangrado. Pueden indicarse lavados nasales, lubricantes, analgésicos, antiinflamatorios o medicamentos para rinitis.

El taponamiento puede producir respiración por la boca, sequedad de garganta, presión facial, dolor o pesadez de cabeza, sensación de oído tapado, molestias al masticar o deglutir y secreción sanguinolenta. En raras ocasiones puede desplazarse hacia la garganta y requerir retiro o recambio.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Cirugía de cornetes:

Después del procedimiento puede presentarse dolor nasal o facial, ardor, inflamación, congestión, costras, secreción sanguinolenta, sequedad, estornudos, presión facial, cefalea, mal olor transitorio, náuseas o vómitos con coágulos por sangre deglutida. Las costras y la inflamación pueden durar semanas, por lo que son importantes los lavados nasales, la lubricación, los controles y las curas.

Debe evitar sonarse con fuerza, manipular la nariz o las costras, realizar esfuerzos no autorizados, fumar o exponerse a irritantes y utilizar medicamentos no autorizados. Debe acudir si presenta sangrado abundante, fiebre, dolor intenso o progresivo, mal olor persistente, obstrucción severa, costras excesivas o alteración visual.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

Cirugía de cornetes:

El beneficio esperado es mejorar la permeabilidad nasal y los síntomas relacionados con la hipertrofia de cornetes. Entiendo que el resultado no es inmediato ni está garantizado y no asegura una respiración perfecta. Puede persistir obstrucción por desviación septal, alteración de la válvula nasal, rinitis alérgica o no alérgica, sinusitis, pólipos, tumores, trastornos del sueño u otras causas. Los cornetes pueden aumentar de tamaño nuevamente con el tiempo y requerir tratamiento médico o un nuevo procedimiento.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Cirugía de cornetes:

Las alternativas pueden incluir observación o no operarse; tratamiento médico con lavados, corticoides intranasales, antihistamínicos, antileucotrienos si están indicados, control de rinitis o alergias, evitar irritantes e inmunoterapia cuando corresponda; dilatadores nasales; radiofrecuencia o coblation; turbinoplastia; turbinectomía; o septoplastia si existe una desviación asociada. Cuando el tratamiento médico ha fallado y los cornetes son una causa relevante de obstrucción, estas alternativas pueden no resolver adecuadamente el problema.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Cirugía de cornetes:

Si no se realiza la intervención cuando está indicada, puede persistir o empeorar la obstrucción nasal, respiración oral, ronquido, alteración del sueño, sequedad de garganta, cefalea, intolerancia al ejercicio, afectación de la calidad de vida o necesidad sostenida de medicamentos.

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 PROCEDIMIENTO

RIESGOS COMUNES DE LA CIRUGÍA DE CORNETES:

- Hemorragia nasal durante o después del procedimiento; puede requerir cauterización, taponamiento, revisión o reintervención.
- Dolor, ardor, inflamación, congestión transitoria, costras, secreción sanguinolenta, sequedad o mal olor temporal.
- Infección nasal o sinusal, que puede requerir antibióticos, lavados, curas, cultivos o drenaje.
- Sinequias o adherencias entre el cornete, el tabique o la pared nasal, que pueden requerir separación, férulas o una nueva cirugía.
- Persistencia o recurrencia de la obstrucción nasal por respuesta o reducción insuficiente, rinitis, desviación septal, alteración valvular o recrecimiento turbinal.
- Alteraciones del olfato, generalmente transitorias, aunque pueden persistir.
- Necrosis mucosa, ulceración, cicatrización desfavorable o dolor persistente.
- Alteraciones visuales excepcionales reportadas en cirugía nasal; son extraordinarias, pero potencialmente graves.

RIESGOS PARTICULARES DE LA RADIOFRECUENCIA O COBLATION:

- Lesión térmica o quemadura de la mucosa por radiofrecuencia, coblation, cauterio u otra energía, generalmente limitada pero potencialmente molesta.
- Reacciones a anestésicos locales, medicamentos o materiales utilizados.

RIESGOS PARTICULARES DE LA TURBINOPLASTIA O TURBINECTOMÍA:

- Hemorragia de mayor cuantía o sangrado tardío, incluso al retirar el taponamiento o las costras; puede requerir atención urgente, cambio de taponamiento, cauterización, transfusión o reintervención.
- Perforación septal o lesión de la mucosa nasal, especialmente si se realizan procedimientos asociados.

- Exceso de resección turbinal con sequedad nasal prolongada, costras crónicas, irritación, sensación de nariz seca o síntomas relacionados con una reducción excesiva.
- Quemaduras o lesiones por bisturí eléctrico, láser, microdebridador u otros instrumentos utilizados.
- Necesidad de cirugía de revisión.

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, la manipulación de tejidos 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 y pueden requerir antibióticos, drenajes, curas, hospitalización o procedimientos adicionales.

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, hábitos y cualquier otra condición relevante para la realización del procedimiento. Se le ha explicado que circunstancias como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, uso de marcapasos, asma/EPOC, apnea del sueño o SAOS, enfermedad renal o hepática, uso de anticoagulantes, antiagregantes, aspirina o AINEs, trastornos de coagulación, epilepsia, tabaquismo, cirugías previas, inmunosupresión, embarazo o sospecha, alergias conocidas y las condiciones particulares señaladas para este procedimiento pueden aumentar los riesgos asociados a la intervención, 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.

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 un miembro calificado del equipo quirúrgico, según la organización del centro, la complejidad del caso, la disponibilidad de especialistas 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 este procedimiento, pero puede ser necesaria de forma excepcional ante una hemorragia importante, anemia significativa 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 cirugía de cornetes 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. TESTIGOS

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 cirugía de cornetes 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 cirugía de cornetes 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