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 dacriocistorrinostomía endonasal. 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: Dacriocistorrinostomía endonasal unilateral, Dacriocistorrinostomía endonasal bilateral, Osteotomía endonasal, Apertura/marsupialización del saco lagrimal, Colocación de sonda de silicona/bicanalicular, Retiro o recambio de sonda lagrimal, Septoplastia de acceso, Turbinoplastia asociada, CENS o cirugía nasal asociada, Uso de endoscopios/microscopio/láser o equipos motorizado con fresas para hueso, uso de shaver o microdebridación, radiofrecuencia o cualquier otro tecnología aplicable para otorrinolaringología, Uso de navegación quirúrgica 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 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

La dacriocistorrinostomía endonasal es una técnica que busca restablecer el drenaje de las lágrimas hacia la fosa nasal cuando existe obstrucción de la vía lagrimal. Se realiza a través de la nariz, con endoscopios, sin incisión cutánea facial en la mayoría de los casos. Consiste en crear una abertura ósea y mucosa entre el saco lagrimal y la cavidad nasal, permitiendo que las lágrimas drenen por una nueva comunicación.

En muchos casos se coloca una sonda de silicona en la vía lagrimal para mantener la permeabilidad durante la cicatrización. El tiempo de permanencia y retiro de la sonda dependerá del criterio del cirujano, oftalmología si participa, y la evolución del paciente.

IV. SONDA LAGRIMAL, TAPONAMIENTO Y CUIDADOS INMEDIATOS

A criterio del cirujano, puede colocarse sonda de silicona, material hemostático reabsorbible, taponamiento nasal, férulas o separadores. La sonda puede no ser visible externamente o puede observarse discretamente en el ángulo interno del ojo/nariz; puede desplazarse o salirse accidentalmente y debe ser valorada por el médico. El taponamiento nasal, cuando se use, puede causar respiración por la boca, presión facial, lagrimeo, sensación de oído tapado, sequedad faríngea y secreción sanguinolenta. Debe evitar sonarse fuerte en los primeros días para reducir el riesgo de enfisema palpebral.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Después del procedimiento puede aparecer dolor moderado en la fosa nasal, región ocular o facial, congestión, costras, secreción sanguinolenta, hematoma en párpados, lagrimeo transitorio, sensación de cuerpo extraño por la sonda, náuseas o vómitos con coágulos por sangre deglutida. Se recomiendan lavados nasales y controles para limpieza de costras, vigilancia de la sonda y cicatrización. Debe contactar o acudir si presenta sangrado abundante, fiebre, dolor ocular intenso, disminución visual, visión doble, inflamación progresiva del párpado, secreción purulenta, salida de la sonda o empeoramiento del lagrimeo.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es mejorar el drenaje lagrimal hacia la nariz, disminuir el lagrimeo, secreción ocular, infecciones del saco lagrimal, dacriocistitis, flemones o abscesos. Entiendo que los resultados pueden variar y que puede persistir o reaparecer el lagrimeo por cicatrización, cierre de la nueva abertura, obstrucción canalicular, infección, inflamación nasal, granulomas o cicatrización desfavorable. Puede requerirse controles, medicamentos, retiro o recambio de sonda, dilataciones o nueva cirugía endonasal o externa.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas pueden incluir tratamiento médico de infecciones, masajes o manejo conservador en casos seleccionados, sondaje de vía lagrimal, dilatación, prótesis o técnicas endocanaliculares, dacriocistorrinostomía externa con incisión cutánea, manejo por oftalmología o no operarse. El médico orientará cuál opción es más adecuada según la localización y causa de la obstrucción.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza la intervención cuando está indicada, pueden persistir el lagrimeo, secreción ocular, infecciones recurrentes de la vía lagrimal, dacriocistitis, flemones, abscesos, molestias oculares y necesidad de antibióticos o drenajes de urgencia.

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 DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDONASAL

- Hemorragia nasal u ocular durante o después del procedimiento; puede requerir taponamiento, cauterización, revisión quirúrgica, transfusión o reintervención.
- Enfisema palpebral o facial por entrada de aire en los párpados o tejidos, especialmente al sonarse fuerte; suele ser transitorio, pero requiere valoración si es marcado.
- Hematoma o equimosis palpebral/periocular, inflamación, dolor, lagrimeo transitorio o sensación de presión ocular.
- Infección de la fosa nasal, saco lagrimal, vía lagrimal u órbita; puede requerir antibióticos, drenaje, hospitalización o valoración por oftalmología.
- Sinequias o adherencias nasales, costras, granulomas, cicatrización excesiva o cierre de la osteotomía, con persistencia o recurrencia del lagrimeo.
- Desplazamiento, salida accidental, obstrucción, rotura, intolerancia o necesidad de retiro/recambio de la sonda lagrimal.
- Lesión de canalículos, saco lagrimal o vía lagrimal, con obstrucción persistente o necesidad de procedimiento adicional.
- Persistencia o recurrencia de síntomas por obstrucción canalicular, cierre de la nueva comunicación, enfermedad nasal asociada o cicatrización desfavorable.
- Obstrucción nasal, costras, sequedad, dolor facial, cefalea o alteración transitoria del olfato.
- Lesión de estructuras orbitarias, musculatura ocular o grasa orbitaria, con dolor, inflamación, visión doble temporal o permanente.
- Disminución visual o ceguera por lesión vascular, hematoma orbitario o compromiso del nervio óptico; es excepcional pero grave.
- Fístula de líquido cefalorraquídeo, meningitis u otras complicaciones de base de cráneo; son excepcionales.

- Necesidad de abordaje externo o incisión cutánea si el abordaje endonasal no permite resolver el problema con seguridad, con posible cicatriz.
- Quemaduras o lesiones por bisturí eléctrico, láser, radiofrecuencia, coblation u otros equipos de energía.
- Complicaciones generales de cirugía y anestesia/sedación, documentadas 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, 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, glaucoma/enfermedad ocular, dacriocistitis recurrente, cirugía lagrimal previa, radioterapia o trauma facial 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 puede ser mayor en obstrucción canalicular, cirugía lagrimal previa, infección activa, inflamación nasal intensa, cirugía nasal previa, radioterapia, trauma facial, coagulopatía, anticoagulación o mala cicatrización. 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 dacriocistorrinostomía endonasal, 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 dacriocistorrinostomía endonasal (dcr endonasal/cens) 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 dacriocistorrinostomía endonasal (dcr endonasal/cens) 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 dacriocistorrinostomía endonasal (dcr endonasal/cens) 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