

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 descompresión orbitaria endoscópica endonasal, indicada para exoftalmos, orbitopatía tiroidea/enfermedad de Graves-Basedow u otras condiciones que aumenten el contenido o la presión orbitaria y requieran ampliar la órbita hacia las cavidades nasosinusales.

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: descompresión orbitaria medial, descompresión inferomedial, tratamiento del lado derecho, tratamiento del lado izquierdo, tratamiento bilateral, etmoidectomía o esfenoidotomía de acceso, resección parcial de lámina papirácea, apertura de periórbita, manejo de grasa orbitaria, septoplastia o turbinoplastia de acceso, uso de navegación quirúrgica y coordinación con oftalmología o endocrinología. 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. Cuando se utilice navegación quirúrgica, endoscopios, instrumental motorizado, láser, radiofrecuencia, coblation u otros equipos, estos son herramientas de apoyo y 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

El exoftalmos es el desplazamiento del globo ocular hacia adelante, frecuentemente relacionado con orbitopatía tiroidea, aumento de grasa orbitaria o engrosamiento muscular. La descompresión orbitaria busca crear más espacio para el contenido de la órbita retirando parte de sus paredes óseas y, en ocasiones, abriendo la periórbita o manejando grasa orbitaria.

La cirugía se realiza por vía endoscópica a través de las fosas nasales. Puede requerir etmoidectomía, esfenoidotomía, apertura de la pared medial de la órbita, descompresión del piso medial y coordinación con oftalmología, endocrinología u otras especialidades.

La extensión exacta dependerá del grado de exoftalmos, riesgo visual, anatomía, enfermedad tiroidea, cirugía previa, hallazgos intraoperatorios y objetivos funcionales/estéticos razonables.

IV. TAPONAMIENTO, MATERIAL HEMOSTÁTICO, FÉRULAS Y CUIDADOS INMEDIATOS

Puede colocarse taponamiento nasal, material hemostático, láminas de silicona, férulas o separadores. Se indicarán cuidados nasales, control oftalmológico y restricciones para evitar sonarse fuerte o aumentar la presión orbitaria.

El paciente puede presentar obstrucción nasal, presión facial, lagrimeo, inflamación palpebral, equimosis, sensación de cuerpo extraño, secreción sanguinolenta o molestias oculares transitorias.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Después de la cirugía puede haber dolor nasal, facial u ocular, congestión, costras, secreción sanguinolenta, hematomas alrededor de los ojos, visión doble transitoria, lagrimeo, náuseas o vómitos con sangre deglutida.

Debe acudir de inmediato si presenta disminución de la visión, dolor ocular intenso, aumento rápido de inflamación, imposibilidad de mover el ojo, visión doble intensa o progresiva, sangrado abundante, fiebre, salida de líquido claro por nariz, cefalea intensa o alteración neurológica.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es reducir el exoftalmos, mejorar la posición del globo ocular, disminuir exposición corneal, presión orbitaria o riesgo visual, y mejorar aspectos funcionales y estéticos en casos seleccionados.

Entiendo que el resultado puede ser parcial o asimétrico y depende de la enfermedad tiroidea, estabilidad endocrina, fibrosis muscular, severidad ocular y cicatrización. Puede requerirse cirugía adicional de párpados, estrabismo, órbita o nariz.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas incluyen control médico/endocrinológico, lubricación ocular, corticoides, inmunomoduladores, radioterapia orbitaria en casos seleccionados, descompresión por vía externa o combinada, cirugía de músculos extraoculares o párpados, y observación según gravedad.

Cuando existe riesgo visual, exposición corneal severa, exoftalmos importante o fracaso del tratamiento médico, las alternativas pueden no ser suficientes.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza la intervención cuando está indicada, puede persistir o progresar el exoftalmos, exposición corneal, dolor, alteración estética, visión doble, compresión del nervio óptico, pérdida visual u otras complicaciones oculares.

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 DESCOMPRESIÓN ORBITARIA ENDOSCÓPICA

- Hemorragia nasal u orbitaria; puede requerir taponamiento, cauterización, transfusión o reintervención.
- Hematoma orbitario o aumento de presión dentro de la órbita, que puede comprometer la visión y requerir descompresión urgente.
- Visión doble nueva o empeoramiento de visión doble preexistente, temporal o permanente, que puede requerir prismas, oclusión, tratamiento oftalmológico o cirugía de estrabismo.
- Lesión de músculos extraoculares, grasa orbitaria, periórbita, nervio óptico o vasos orbitarios, con limitación ocular, dolor, disminución visual o ceguera excepcional.
- Resultado insuficiente, asimétrico o sobrecorrección, con persistencia de exoftalmos, enoftalmos, alteración estética o necesidad de cirugía adicional.
- Infección nasal, sinusitis, celulitis orbitaria, absceso orbitario o complicaciones infecciosas raras.
- Fístula de líquido cefalorraquídeo, meningitis, neuromeningitis u otras complicaciones de base de cráneo excepcionales.
- Sinequias, costras, sequedad, perforación septal, obstrucción nasal, disminución del olfato o necesidad de curas prolongadas.
- Alteraciones de sensibilidad facial, dental o palatina, usualmente transitorias aunque pueden persistir.
- Quemaduras o lesiones por instrumentos de energía, microdebridador, taladro, navegación u otros equipos.
- Complicaciones generales de cirugía y anestesia general, incluyendo eventos cardiovasculares, respiratorios, neurológicos, trombosis, embolia pulmonar o muerte excepcional.

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, orbitopatía tiroidea, alteración visual previa, cirugía orbitaria 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 cirugía de revisión, enfermedad extensa, alteraciones anatómicas, sangrado, inflamación intensa, tumores, inmunosupresión, coagulopatías, anticoagulación, tabaquismo, diabetes descompensada o mala adherencia a controles 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 se presentan hallazgos o complicaciones imprevistas que requieran actuación inmediata para proteger mi salud o vida.

XIV. EQUIPO QUIRÚRGICO

Entiendo que el 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. Entiendo que este procedimiento puede requerir coordinación con oftalmología, endocrinología, anestesiología y otras especialidades. Las indicaciones y tratamientos no otorrinolaringológicos asociados podrán requerir consentimientos específicos.

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 ante una hemorragia importante o una 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 descompresión orbitaria endoscópica / tratamiento del exoftalmos 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 descompresión orbitaria endoscópica / tratamiento del exoftalmos 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 descompresión orbitaria endoscópica / tratamiento del exoftalmos 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