

## I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

*Este consentimiento es para uso exclusivo de los miembros de la Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología.*

|                             |                                                                                                        |                           |                                                                           |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Centro de Salud:</b>     |                                                                                                        | <b>Fecha</b>              | / /                                                                       |
|                             |                                                                                                        | <b>Hora</b>               |                                                                           |
| <b>Ciudad / provincia:</b>  |                                                                                                        |                           |                                                                           |
| <b>Nombre del paciente:</b> |                                                                                                        | <b>Edad:</b>              |                                                                           |
| <b>Cédula:</b>              |                                                                                                        | <b>Sexo:</b>              | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M                     |
| <b>Dirección:</b>           |                                                                                                        |                           |                                                                           |
| <b>Diagnóstico:</b>         |                                                                                                        |                           |                                                                           |
| <b>Lado / localización:</b> | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Bilateral | <b>Tipo de caso:</b>      | <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Reintervención |
| <b>Anestesia prevista:</b>  | General                                                                                                | <b>Médico informante:</b> |                                                                           |
| <b>Exequátur:</b>           |                                                                                                        | <b>No. CMD:</b>           |                                                                           |

## II. PROCEDIMIENTO INDICADO

Este consentimiento corresponde al abordaje endoscópico extendido del seno frontal mediante técnica Draf o sus variantes, indicado para enfermedad frontal compleja, obstructiva, inflamatoria, infecciosa, tumoral, traumática, mucocèle, osteoma, fístula de líquido cefalorraquídeo u otra condición que requiera ampliar el drenaje frontal por vía endonasal.

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: técnica Draf I, Draf IIa, Draf IIb, Draf III o Lothrop modificado, tratamiento del lado derecho, tratamiento del lado izquierdo, tratamiento bilateral, tratamiento de mucocèle, tratamiento de osteoma o tumor, reparación de fístula de LCR, abordaje externo complementario si es necesario y uso de navegación quirúrgica si está disponible. 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**

---

La cirugía endoscópica del seno frontal se realiza introduciendo endoscopios e instrumental por las fosas nasales para abrir o ampliar el drenaje del seno frontal hacia la nariz. La técnica Draf comprende diferentes grados de apertura, desde abordajes limitados hasta una comunicación amplia entre ambos senos frontales y la cavidad nasal.

El seno frontal está relacionado con la órbita, la base del cráneo, el nervio óptico, la duramadre y estructuras vasculares. Según la enfermedad, puede ser necesario retirar hueso, tejido inflamatorio, pólipos, secreciones, mucocelos, tumores, material infectado o reparar defectos de la base del cráneo.

En casos complejos puede requerirse abordaje externo complementario, uso de taladro, navegación, injertos, colgajos, placas, material de reconstrucción, stents o dispositivos temporales. La extensión definitiva dependerá de la tomografía, endoscopia, anatomía, inflamación, sangrado, cicatrices y hallazgos intraoperatorios.

### **IV. TAPONAMIENTO, MATERIAL HEMOSTÁTICO, FÉRULAS Y CUIDADOS INMEDIATOS**

---

A criterio del cirujano puede colocarse taponamiento nasal, material hemostático reabsorbible, separadores, láminas de silicona, stents frontales, injertos, colgajos o sellantes. La permanencia dependerá de la extensión del procedimiento y de la evolución.

El taponamiento o los dispositivos frontales pueden causar obstrucción nasal, presión frontal, cefalea, lagrimeo, costras, secreción sanguinolenta, molestias al dormir y sensación de cuerpo extraño. Los controles postoperatorios y limpiezas endoscópicas son esenciales para disminuir el riesgo de cierre cicatricial.

### **V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE**

---

Después de la cirugía puede presentarse dolor frontal o facial, cefalea, inflamación, hematoma periorcular, congestión, costras, secreción sanguinolenta, disminución transitoria del olfato, mal olor, náuseas o vómitos con sangre deglutida.

Debe evitar sonarse fuerte, esfuerzos, manipulación nasal y traumatismos. Debe cumplir lavados nasales, tratamiento indicado y controles endoscópicos. Debe acudir de inmediato si presenta sangrado abundante, alteración visual, visión doble, inflamación ocular importante, fiebre, salida de líquido claro por nariz, cefalea intensa, rigidez de cuello o confusión.

### **VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO**

---

El beneficio esperado es mejorar o restablecer el drenaje del seno frontal, tratar la enfermedad que lo obstruye, disminuir infecciones, dolor, presión frontal, mucocelos o complicaciones orbitarias/intracraneales, y permitir el seguimiento endoscópico.

Entiendo que la técnica Draf no garantiza curación definitiva. Puede presentarse reestenosis o cierre cicatricial, recurrencia de la enfermedad, necesidad de limpiezas prolongadas, tratamiento médico continuo o cirugía de revisión.

## VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas pueden incluir manejo médico, lavados, antibióticos, corticoides, observación, abordajes endoscópicos menos extensos, abordajes externos o combinados, radioterapia/quimioterapia en tumores según indicación, o tratamiento por otras especialidades.

Cuando existe enfermedad frontal compleja, obstrucción persistente, mucocoele, tumor, fístula, complicación orbitaria/intracraneal o fracaso de tratamientos previos, estas alternativas pueden no resolver el problema o pueden aumentar el riesgo de progresión.

## VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza la intervención cuando está indicada, puede persistir o empeorar la sinusitis frontal, obstrucción, mucocoele, dolor, infección, deformidad o lesión tumoral. En casos seleccionados puede progresar hacia celulitis o absceso orbitario, meningitis, absceso cerebral, osteomielitis, afectación del nervio óptico o complicaciones graves.

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 ABORDAJE ENDOSCÓPICO EXTENDIDO DEL SENO FRONTAL - TÉCNICA DRAF

- Hemorragia intraoperatoria o postoperatoria, que puede requerir taponamiento, cauterización, transfusión, embolización o reintervención.
- Reestenosis, cierre o cicatrización desfavorable del drenaje frontal, con persistencia o recurrencia de síntomas y posible necesidad de cirugía de revisión.
- Infección nasal, sinusitis, osteomielitis frontal, celulitis o absceso orbitario, meningitis, encefalitis o absceso cerebral.
- Fístula de líquido cefalorraquídeo por lesión de base de cráneo o duramadre; puede requerir reparación con injertos, colgajos, sellantes o nueva intervención.
- Neumoencéfalo, cefalea intensa, meningitis u otras complicaciones endocraneales excepcionales pero graves.
- Lesión de órbita, grasa orbitaria, músculos oculares, nervio óptico o vasos orbitarios, con dolor ocular, inflamación, visión doble, disminución visual o ceguera excepcional.
- Hematoma orbitario con aumento de presión dentro de la órbita, que puede requerir descompresión urgente por vía endoscópica o externa.
- Alteración de la sensibilidad en frente, nariz, cara, dientes o cuero cabelludo; puede ser transitoria o persistente.
- Costras persistentes, mal olor, sequedad, obstrucción nasal, sinequias, perforación septal, disminución o alteración del olfato.
- Cicatriz o cambio estético si se requiere abordaje externo complementario.
- Quemaduras o lesiones por taladro, bisturí eléctrico, radiofrecuencia, coblation, microdebridador, láser o navegación quirúrgica.

- Complicaciones generales de cualquier cirugía y de la 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, enfermedad frontal extensa, cirugía frontal previa, compromiso de base de cráneo u órbita, 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 la cirugía será realizada 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 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 abordaje endoscópico extendido del seno frontal - técnica draf 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 abordaje endoscópico extendido del seno frontal - técnica draf 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 abordaje endoscópico extendido del seno frontal - técnica draf 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