

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 tratamiento del hematoma y/o absceso del tabique nasal mediante incisión, punción, drenaje, lavado, cultivo, taponamiento, colocación de drenaje o láminas/férulas septales, según la magnitud y urgencia del caso.

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: drenaje de hematoma septal, drenaje de absceso septal, incisión y drenaje, punción o aspiración, lavado de cavidad septal, toma de cultivo, taponamiento nasal, colocación de drenaje o mecha, férulas o láminas septales, tratamiento antibiótico asociado, reducción de fractura nasal asociada 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. 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.

La anestesia prevista podrá ser local, sedación o general, según 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

El tabique nasal separa ambas fosas nasales. Un hematoma septal es acumulación de sangre entre el cartílago/hueso y su mucosa, generalmente tras traumatismo o cirugía. Un absceso septal es acumulación de pus, muchas veces por infección de un hematoma.

El tratamiento consiste en abrir o puncionar la colección para drenar sangre o pus, lavar la cavidad, tomar cultivo si corresponde, colocar drenaje, taponamiento o férulas para evitar que vuelva a acumularse.

El drenaje temprano es importante para disminuir riesgo de necrosis del cartílago, perforación septal, deformidad nasal y extensión infecciosa.

IV. TAPONAMIENTO, MATERIAL HEMOSTÁTICO, FÉRULAS Y CUIDADOS INMEDIATOS

Puede colocarse taponamiento nasal, mecha, drenaje, férulas septales de silicona o láminas internas sujetas con sutura. Puede indicarse antibiótico, analgésico, lavados y curas frecuentes.

El taponamiento y férulas pueden causar obstrucción nasal, presión, respiración oral, sequedad de garganta, cefalea, molestias al dormir y secreción sanguinolenta. Deben retirarse según indicación médica.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Después del drenaje puede haber dolor nasal, presión facial, sangrado leve, costras, secreción, fiebre en caso de infección, náuseas o vómitos con sangre deglutida. El edema puede tardar días en mejorar.

Debe acudir de inmediato si presenta fiebre alta, dolor progresivo, aumento de inflamación septal, deformidad nasal, sangrado abundante, secreción purulenta, inflamación facial u ocular, cefalea intensa, rigidez de cuello, somnolencia o confusión.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es evacuar la colección, aliviar obstrucción y dolor, controlar infección, preservar el cartílago septal y disminuir el riesgo de perforación, deformidad en silla de montar, sinusitis, infección facial o complicaciones intracraneales.

Entiendo que, aunque el drenaje sea correcto, puede existir daño cartilaginoso previo, recidiva del hematoma/absceso, infección persistente o deformidad posterior que requiera tratamiento adicional.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Cuando el hematoma o absceso septal está establecido, no existe alternativa médica de eficacia equivalente al drenaje. El antibiótico solo puede ser insuficiente si hay colección cerrada.

En casos muy incipientes o dudosos puede considerarse observación estrecha o punción diagnóstica, según criterio médico.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza el drenaje cuando está indicado, puede progresar la obstrucción y dolor, necrosis del cartílago septal, perforación del tabique, deformidad nasal permanente en silla de montar, sinusitis, celulitis facial, meningitis, absceso cerebral u otras complicaciones graves. En niños puede afectar el crecimiento nasal.

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 DRENAJE DE HEMATOMA Y/O ABSCESO SEPTAL

- Hemorragia durante o después del drenaje, que puede requerir nuevo taponamiento, cauterización, revisión o transfusión excepcional.
- Recidiva del hematoma o absceso, con necesidad de nuevo drenaje, curas, antibióticos o cirugía adicional.
- Infección persistente o extensión a senos paranasales, tejidos faciales, órbita o cavidad intracraneal, incluyendo meningitis o absceso cerebral de forma excepcional.
- Perforación septal posterior al hematoma, absceso o drenaje; puede causar silbido, costras, sequedad, sangrado repetido u obstrucción.
- Necrosis o pérdida de soporte del cartílago septal, con deformidad nasal, hundimiento del dorso o punta nasal, especialmente si el proceso estaba avanzado.
- Sinequias o adherencias intranasales que pueden requerir separación o cirugía posterior.
- Dolor, costras, secreción, mal olor, obstrucción nasal persistente o necesidad de curas frecuentes.
- Alteraciones del olfato, cefalea o alteraciones de sensibilidad nasal/facial.
- En niños, riesgo de alteración del crecimiento y desarrollo nasal por daño septal previo o secuelas del proceso.
- Lesión excepcional de base de cráneo con salida de LCR si existen fracturas o manipulación profunda; puede requerir reparación.
- Complicaciones relacionadas con anestesia local, sedación o general, incluyendo reacción a medicamentos, eventos respiratorios, cardiovasculares 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, traumatismo nasal reciente, absceso o infección activa, edad pediátrica o adolescencia, 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 el drenaje se retrasa, existe absceso, traumatismo importante, fractura nasal, inmunosupresión, diabetes, coagulopatía, uso de anticoagulantes o mala adherencia a antibióticos y controles.

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 SANGÜÍNEA EN CASO NECESARIO

La transfusión sanguínea no es habitual en el drenaje de hematoma o absceso septal, pero puede ser necesaria de forma excepcional ante hemorragia importante o situación clínica que lo amerite. Se me ha explicado que rechazar una transfusión indicada puede aumentar el riesgo de complicaciones graves.

☐ 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 drenaje de hematoma y/o absceso del tabique nasal 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: _____

Iniciales paciente/representante: _____

Iniciales médico: _____

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 drenaje de hematoma y/o absceso del tabique nasal 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 drenaje de hematoma y/o absceso del tabique nasal 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, COMPRENDY 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