

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 endoscópico de epistaxis. 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: Exploración endoscópica nasal, Cauterización de punto sangrante, Coagulación con bipolar/monopolar/succión-coagulador, Uso de radiofrecuencia/coblation/láser si aplica, Colocación de material hemostático reabsorbible, Taponamiento nasal anterior, Taponamiento posterior si es necesario, Ligadura/coagulación de arteria esfenopalatina, Ligadura/coagulación de ramas arteriales nasales, Ligadura/coagulación de arteria etmoidal, Resección/biopsia de lesión sangrante, Embolización por radiología intervencionista si aplica, Transfusión sanguínea si es necesaria, CENS asociada 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 podrá realizarse bajo anestesia general en sangrado importante o con anestesia local y sedación en casos seleccionados, según el estado clínico y el criterio del otorrinolaringólogo.

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

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La epistaxis es una hemorragia nasal que puede ser anterior o posterior, leve, recurrente o potencialmente grave. El tratamiento endoscópico busca localizar el sitio o causa del sangrado y controlarlo mediante compresión, cauterización, coagulación, material hemostático, taponamiento, resección de una lesión sangrante, ligadura/coagulación de arterias como la esfenopalatina o etmoidal, o procedimientos complementarios.

En hemorragias severas puede requerirse transfusión, manejo en urgencias, hospitalización, UCI, radiología intervencionista o valoración por otras especialidades.

IV. TAPONAMIENTO, MATERIAL HEMOSTÁTICO, FÉRULAS Y CUIDADOS INMEDIATOS

Después del control del sangrado puede colocarse taponamiento nasal, material hemostático reabsorbible, férulas o compresas. La duración del taponamiento dependerá de la causa, magnitud del sangrado, coagulación y evolución. El taponamiento puede producir respiración por la boca, sequedad de garganta, presión facial, dolor de cabeza, lagrimeo, sensación de oído tapado, náuseas, molestias al masticar o deglutir y salida de secreción sanguinolenta. En raras ocasiones puede desplazarse hacia la garganta y requerir retiro o recambio.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Puede presentarse dolor nasal, presión facial, cefalea, costras, obstrucción nasal, secreción sanguinolenta, vómitos con coágulos por sangre deglutida, hematomas faciales o palpebrales y cansancio. La epistaxis puede repetirse, especialmente en pacientes con hipertensión, anticoagulación, trastornos de coagulación, telangiectasias, tumores, trauma, sequedad, costras o enfermedad sistémica. Debe evitar esfuerzos, sonarse fuerte, manipulación nasal, calor excesivo y medicamentos no autorizados. Debe acudir de inmediato si reaparece sangrado abundante, mareo, palidez, debilidad, dificultad respiratoria, dolor torácico, fiebre, alteración visual o síntomas neurológicos.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es detener la hemorragia nasal, disminuir la posibilidad de nuevos sangrados y tratar la causa identificable cuando sea posible. Entiendo que el control puede no ser definitivo y que la hemorragia puede persistir o reaparecer por coagulopatía, hipertensión, anticoagulantes, enfermedad vascular, lesiones tumorales, telangiectasias, sequedad, trauma o causa no identificada. Puede requerirse nuevo taponamiento, cauterización, cirugía, embolización, transfusión o manejo por otras especialidades.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas pueden incluir compresión nasal, medidas locales, taponamiento anterior o posterior, cauterización química o eléctrica en consulta, corrección de trastornos de coagulación, suspensión/ajuste de anticoagulantes según criterio médico, medicamentos hemostáticos,

embolización arterial, observación o manejo de enfermedad de base. En sangrado severo, recurrente o no controlado, estas medidas pueden no ser suficientes.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza el tratamiento cuando está indicado, puede persistir o agravarse el sangrado nasal, producir anemia, aspiración de sangre, shock hipovolémico, necesidad urgente de transfusión, hospitalización, complicaciones cardiovasculares o muerte en casos extremos.

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 TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE EPISTAXIS

- Persistencia o recurrencia de la hemorragia a pesar del tratamiento; puede requerir nuevo taponamiento, cauterización, cirugía, embolización, transfusión, UCI o reintervención.
- Hemorragia abundante intraoperatoria o postoperatoria, shock, anemia o necesidad de transfusión sanguínea.
- Dolor, presión facial, costras, obstrucción nasal, sequedad, secreción sanguinolenta y necesidad de curas o lavados.
- Infección nasal o sinusal asociada a taponamiento, material hemostático o alteración del drenaje; puede requerir antibióticos o retiro de material.
- Perforación septal, necrosis mucosa, ulceración, costras crónicas o sinequias por cauterización, taponamiento, presión o enfermedad de base.
- Alteraciones del olfato, generalmente transitorias, aunque pueden persistir.
- Desplazamiento del taponamiento hacia la garganta, náuseas, sensación de ahogo o necesidad de retiro/recambio.
- Quemaduras o lesiones por bisturí eléctrico, succión-coagulador, radiofrecuencia, coblation, láser u otros equipos de energía, incluidas áreas de contacto de placas/electrodos.
- Lesión de vasos nasales u orbitarios, hematoma orbitario, dolor ocular, visión doble, disminución visual o ceguera; son complicaciones excepcionales pero graves.
- Complicaciones de embolización si se requiere: dolor, hematoma, lesión vascular, accidente cerebrovascular, alteración visual u otras complicaciones neurológicas; serán explicadas por el equipo responsable.
- Fístula de líquido cefalorraquídeo, meningitis, complicaciones intracraneales o lesión de base de cráneo; son excepcionales.
- Reacciones a medicamentos hemostáticos, anestésicos, antibióticos o materiales utilizados.
- Complicaciones generales de cirugía, sangrado severo 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, hipertensión no controlada, telangiectasia/Rendu-Osler, anemia, anticoagulación de alto riesgo 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 hipertensión no controlada, anticoagulación, antiagregantes, coagulopatía, enfermedad hepática, anemia, telangiectasias, tumores, insuficiencia renal, edad avanzada o sangrado posterior severo. 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.

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 el tratamiento endoscópico de epistaxis, 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 tratamiento de epistaxis mediante el 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 tratamiento de epistaxis mediante cese 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 tratamiento de epistaxis mediante cese 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