

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 extracción de cuerpo extraño nasal o rinolito. 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: Extracción por fosa nasal anterior, Extracción por vía posterior/nasofaringe, Extracción endoscópica, extracción abierta, Extracción de rinolito, Lavado/limpieza de cavidad nasal, Cauterización de punto sangrante, Taponamiento nasal si es necesario, Biopsia/cultivo si indicado, CENS asociada si el cuerpo extraño está en seno paranasal, Septoplastia de acceso si es necesaria, 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.

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

Un cuerpo extraño nasal es cualquier objeto o material ajeno al organismo localizado en las fosas nasales, nasofaringe o, en casos seleccionados, senos paranasales. Puede causar obstrucción, mal olor, secreción purulenta o sanguinolenta, costras, infección, dolor, sangrado o complicaciones. Cuando el cuerpo extraño permanece por tiempo prolongado puede calcificarse y formar un rinolito.

La extracción puede realizarse con instrumental nasal, endoscopios, aspiración, pinzas, ganchos, lavado o técnicas especiales según tamaño, forma, ubicación, tiempo de permanencia y cooperación del paciente.

IV. TAPONAMIENTO, MATERIAL HEMOSTÁTICO, FÉRULAS Y CUIDADOS INMEDIATOS

Generalmente no se requiere taponamiento, pero puede colocarse si existe sangrado, lesión mucosa, inflamación o necesidad de hemostasia. También puede utilizarse material hemostático, antibióticos tópicos/sistémicos o lavados nasales. El taponamiento, si se utiliza, puede producir respiración por la boca, presión, dolor de cabeza, sensación de oído tapado, sequedad faríngea o molestias al masticar.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Después de la extracción puede presentarse dolor nasal o facial, congestión, costras, secreción sanguinolenta, mal olor transitorio, náuseas o vómitos con sangre deglutida si hubo sangrado. Debe realizar lavados nasales si fueron indicados, evitar manipulación nasal y acudir a controles. Debe contactar si aparece sangrado abundante, fiebre, secreción purulenta persistente, dolor progresivo, dificultad respiratoria, sospecha de aspiración o persistencia de síntomas.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es retirar el cuerpo extraño o rinolito, mejorar obstrucción nasal, secreción fétida, dolor, sangrado, irritación, infección o riesgo de sinusitis. Entiendo que puede quedar inflamación o lesión residual, y que en casos complejos puede no ser posible la extracción completa en un primer intento o puede requerirse cirugía endoscópica, anestesia general, imágenes o intervención adicional.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

No existen alternativas de eficacia demostrada para retirar un cuerpo extraño que debe ser extraído. En casos muy seleccionados se puede observar temporalmente o intentar extracción en consulta, pero si existe riesgo de aspiración, sangrado, infección, ubicación profunda, pila/batería, objeto punzante o mala cooperación, puede ser necesaria extracción urgente o bajo anestesia.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se extrae el cuerpo extraño cuando está indicado, pueden persistir o empeorar obstrucción, secreción fétida, infección, sinusitis, sangrado, ulceración, perforación, formación de rinolito, aspiración del objeto, lesión de estructuras vecinas o complicaciones orbitarias/intracraneales en casos excepcionales.

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 EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NASAL

- Hemorragia nasal durante o después de la extracción; puede requerir cauterización, taponamiento, revisión, transfusión excepcional o reintervención.
- Dolor, inflamación, laceración, ulceración o lesión de la mucosa nasal, con costras, secreción o necesidad de curas.
- Desplazamiento del cuerpo extraño hacia la nasofaringe, garganta o vía aérea, con riesgo de aspiración, tos, dificultad respiratoria o necesidad de extracción urgente.
- Extracción incompleta, fragmentación del cuerpo extraño o necesidad de repetir el procedimiento con anestesia o cirugía endoscópica.
- Infección de la cavidad nasal o senos paranasales; puede requerir antibióticos, cultivos, drenaje o cirugía adicional.
- Perforación septal, sinequias, estrechez del orificio nasal, costras crónicas, sequedad o alteraciones del olfato.
- Fístula de líquido cefalorraquídeo si existe comunicación previa o lesión de base de cráneo por el cuerpo extraño o su extracción; es excepcional pero grave.
- Lesión ocular/orbitaria o facial, especialmente en cuerpos extraños profundos, traumáticos o punzantes; puede producir dolor, inflamación, visión doble o alteración visual.
- Reacciones a anestésicos, sedantes, antibióticos, materiales hemostáticos o medicamentos usados.
- Quemaduras químicas o daño tisular en cuerpos extraños especiales, como pilas/baterías, que pueden causar lesión rápida de mucosa y septo.
- Complicaciones generales de cualquier procedimiento y de la anestesia/sedación, si se utiliza.

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, edad pediátrica/poca cooperación, objeto punzante o batería, trauma facial asociado, rinolito 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 niños pequeños, pacientes no cooperadores, objetos profundos, pilas/baterías, objetos punzantes, rinolitos grandes, trauma asociado, anticoagulación o infección activa. 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 la extracción de cuerpo extraño nasal, 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 extracción de cuerpo extraño 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: _____

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 extracción de cuerpo extraño 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 extracción de cuerpo extraño 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, 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