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 septoplastia. 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: Septoplastia convencional, Septoplastia endoscópica, Turbinoplastia, radiofrecuencia/coblation de cornetes, Cirugía de válvula nasal, Toma de injerto septal, Rinoseptoplastia funcional, Cirugía endoscópica nasosinusal 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.

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 septoplastia es la técnica quirúrgica destinada a corregir deformidades, desviaciones o alteraciones del tabique nasal que producen obstrucción mecánica u otros síntomas relacionados con el funcionamiento nasal. La cirugía puede realizarse mediante técnica convencional y/o endoscópica, según la anatomía del paciente, los hallazgos intraoperatorios y el criterio del equipo quirúrgico. Habitualmente se efectúa a través de una o varias incisiones dentro de la nariz, sin cicatriz externa visible en la septoplastia aislada. El procedimiento consiste en levantar cuidadosamente la mucosa que recubre el tabique, resecar, remodelar, reposicionar o fijar fragmentos de cartílago y/o hueso desviados, preservando las estructuras necesarias para mantener el soporte de la nariz.

Cuando esté indicado, una porción de cartílago septal puede utilizarse como injerto para reforzar o reconstruir el tabique, la válvula nasal u otra estructura funcional de la nariz.

IV. FÉRULAS, TAPONAMIENTO Y CUIDADOS INMEDIATOS

A criterio del cirujano, pueden colocarse férulas septales de silicona/silastic u otro material, suturadas o fijadas temporalmente, para estabilizar el tabique, disminuir adherencias y favorecer la cicatrización. Casi siempre se coloca taponamiento nasal, aunque su uso dependerá del caso clínico y del criterio médico. Puede utilizarse taponamiento nasal expansible tipo Merocel o equivalente. Su permanencia habitual es de 2 a 4 días, aunque puede variar según la evolución del paciente. Entiendo que el taponamiento puede producir respiración por la boca, sequedad de garganta, dolor o pesadez de cabeza, presión facial, lagrimeo, sensación de oído tapado, molestias al masticar o deglutir, dificultad para dormir y salida de líquido sanguinolento por la nariz durante las primeras horas.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Después de la cirugía puede presentarse dolor nasal, presión facial o cefalea, usualmente controlables con medicación indicada. También pueden aparecer náuseas o vómitos con coágulos durante las primeras horas, por sangre deglutida durante el procedimiento. Durante los primeros días puede existir inflamación, congestión, costras, secreción sanguinolenta, disminución transitoria del olfato, molestia dental o sensación de presión en la nariz y cara. En casos poco frecuentes puede aparecer hematoma en la cara o alrededor de los ojos. El paciente debe cumplir las indicaciones médicas, evitar traumatismos nasales y acudir a controles postoperatorios. Se recomiendan lavados nasales con solución salina o productos indicados por el médico para favorecer la eliminación de costras y secreciones, y mejorar la cicatrización.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es mejorar la respiración nasal causada por una deformidad o desviación del tabique y mejorar síntomas relacionados con dicha obstrucción mecánica. Entiendo que la septoplastia busca mejorar la función respiratoria nasal, pero no garantiza respiración perfecta ni elimina síntomas causados por rinitis alérgica, sinusitis, hipertrofia de cornetes, colapso de válvula nasal, trastornos del sueño u otras enfermedades nasales concomitantes. Entiendo que la septoplastia aislada no es una cirugía estética y no tiene como objetivo modificar la forma externa de la nariz, salvo que se haya indicado y consentido expresamente un procedimiento funcional o estético adicional.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

El manejo médico puede incluir lavados nasales, corticoides intranasales, antihistamínicos, tratamiento de rinitis, manejo de alergias, descongestionantes de uso limitado, dilatadores nasales u otras medidas según el caso. Estas alternativas pueden mejorar síntomas inflamatorios o funcionales asociados, pero

no corrigen de forma definitiva una desviación septal estructural o una obstrucción mecánica significativa del tabique. También existe la alternativa de no operarse y continuar con observación o tratamiento médico según indicación profesional.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza la intervención cuando está clínicamente indicada, pueden persistir o empeorar la obstrucción nasal, respiración oral, ronquido, alteración del sueño, sequedad de garganta, cefaleas, intolerancia al ejercicio, dificultad para usar tratamientos nasales, rinitis/sinusitis asociada o síntomas relacionados con la condición nasal de base.

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 SEPTOPLASTIA

- Hemorragia o sangrado nasal durante o después de la cirugía. Puede requerir revisión, nuevo taponamiento, cauterización, medicamentos, transfusión o reintervención bajo anestesia.
- Hematoma septal, acumulación de sangre en el tabique, que puede requerir drenaje urgente para evitar infección, absceso o daño del cartílago.
- Infección de la cavidad operatoria, absceso septal o rinosinusitis; puede requerir antibióticos, drenaje, controles y tratamientos adicionales.
- Dolor, inflamación, costras, sequedad nasal, secreción, mal olor transitorio, obstrucción nasal persistente o recurrente y necesidad de lavados o curas postoperatorias.
- Perforación del tabique nasal, más frecuente en reintervenciones, traumatismos, infecciones, cicatrización desfavorable, tabaquismo, vasoconstrictores o enfermedades de base. Puede causar silbido, costras, sequedad, sangrado repetido u obstrucción.
- Sinequias o adherencias internas entre las paredes de la fosa nasal, que pueden requerir separación, curas o nueva cirugía.
- Alteraciones del olfato, generalmente transitorias, aunque excepcionalmente pueden persistir.
- Alteraciones de sensibilidad, adormecimiento o molestias en nariz, labio superior, encías, dientes incisivos, paladar o región facial; usualmente transitorias, aunque pueden persistir.
- Cefalea o dolor facial de intensidad y duración variables, que en algunos pacientes puede persistir.
- Persistencia o reaparición de la obstrucción nasal por cicatrización, desplazamiento de fragmentos recolocados, traumatismo, deformidad severa inicial, rinitis, hipertrofia de cornetes, colapso valvular u otros factores. En algunos casos puede requerirse reintervención.
- Defecto estético nasal, hundimiento o plegamiento del dorso nasal, alteración del soporte de la punta, desviación residual o cambios no deseados en la forma externa de la nariz, especialmente si existen alteraciones severas, cirugías previas o trastornos de cicatrización.

- Lesión excepcional de la base del cráneo con salida de líquido cefalorraquídeo; puede requerir reparación quirúrgica y manejo especializado. De forma muy excepcional pueden presentarse lesiones orbitarias o intracraneales relacionadas con estructuras anatómicas cercanas.
- Quemaduras o lesiones por bisturí eléctrico, radiofrecuencia, coblation u otros equipos de energía, tanto en la zona operatoria como en áreas de contacto de electrodos o placas, generalmente leves, aunque pueden requerir tratamiento.
- Complicaciones generales de cualquier cirugía: reacción a medicamentos, náuseas, vómitos, aspiración, infección, trombosis venosa, embolia pulmonar, eventos cardiovasculares, respiratorios, neurológicos o muerte excepcional.
- Complicaciones propias de la anestesia general, que serán explicadas en consentimiento anestésico separado por el equipo de anestesiología.

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 previas, inmunosupresión, embarazo o sospecha de embarazo, uso de cocaína 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. 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 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.

Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

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 septoplastia, 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 septoplastia descrito en este documento.

Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

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 septoplastia 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

Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

XXI. RATIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Yo, _____ Cédula _____

RATIFICO el consentimiento otorgado previamente para la realización del procedimiento de septoplastia 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, COMPRENDO 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