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 quirúrgico de sinusitis odontógena. 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: CENS/meatotomía media, Antrostomía maxilar, Abordaje sublabial/oral, Cierre de comunicación oroantral, Extracción dental asociada, Retiro de cuerpo extraño/material dental, Lavado/drenaje del seno maxilar, Cultivo/microbiología, Biopsia/anatomía patológica, Coordinación maxilofacial/odontología, lado derecho y lado izquierdo. 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. 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 o, en casos seleccionados, con anestesia local y sedación, según el criterio del otorrinolaringólogo.

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

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La sinusitis odontógena es una infección o inflamación del seno maxilar originada en una pieza dental, procedimiento odontológico, implante, injerto, comunicación oroantral, cuerpo extraño o infección de raíces dentarias cercanas al seno maxilar.

El tratamiento puede requerir abrir el seno maxilar por vía endoscópica nasal, mediante antrostomía/meatotomía media, por vía sublabial u oral, o combinando abordajes. Puede ser necesario retirar secreciones, tejido inflamatorio, material dental, cuerpo extraño, realizar cultivos, extraer una pieza dental enferma o cerrar una comunicación entre boca y seno maxilar.

La participación de odontología o cirugía maxilofacial puede requerir consentimiento específico para procedimientos dentales o maxilofaciales.

IV. TAPONAMIENTO, MATERIAL HEMOSTÁTICO, FÉRULAS Y CUIDADOS INMEDIATOS

Puede colocarse taponamiento nasal, material hemostático, suturas en encía o boca, láminas, férulas o drenajes. En caso de cierre oroantral, se indicarán cuidados de alimentación, higiene oral, evitar succión, sorbetes, fumar, sonarse fuerte o maniobras que aumenten presión.

El taponamiento o suturas pueden causar obstrucción nasal, respiración por la boca, sequedad, presión facial, molestias dentales o gingivales, dolor al masticar, sabor a sangre, mal aliento y salida de secreción sanguinolenta.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Después de la cirugía puede presentarse dolor en mejilla, encía, dientes, paladar o nariz, inflamación facial, congestión, costras, secreción, mal olor, sangrado nasal u oral leve, náuseas o vómitos con sangre deglutida y fiebre baja transitoria.

Debe cumplir antibióticos, lavados nasales, higiene oral y controles. Debe acudir si presenta sangrado abundante, fiebre alta, dolor progresivo, salida de líquido o alimento por nariz, persistencia de comunicación oroantral, inflamación ocular, visión doble, alteración visual o signos de infección facial.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es resolver o mejorar la infección del seno maxilar de origen dental, restablecer el drenaje, retirar material o tejido enfermo y cerrar comunicaciones anormales entre boca y seno cuando corresponda.

Entiendo que puede persistir o recurrir la infección si no se controla la causa dental, si hay cuerpo extraño residual, mala cicatrización, comunicación persistente, inmunosupresión o falta de controles. Puede requerirse tratamiento odontológico adicional, antibióticos, curas o nueva cirugía.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas incluyen tratamiento médico con antibióticos, lavados, manejo odontológico aislado, extracción o endodoncia, observación o cirugía por otra vía. En algunos casos se requiere combinar tratamiento ORL y dental/maxilofacial.

Cuando existe infección persistente, comunicación oroantral, cuerpo extraño, implante infectado, material dental en seno o fracaso del tratamiento médico, las alternativas aisladas pueden no resolver la enfermedad.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza la intervención cuando está indicada, puede persistir o empeorar la infección, secreción fétida, dolor facial, comunicación oroantral, paso de líquidos entre boca y nariz, complicaciones dentales, celulitis facial, sinusitis crónica, infección orbitaria o intracraneal en casos 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 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE SINUSITIS ODONTÓGENA

- Hemorragia nasal u oral, que puede requerir taponamiento, cauterización, sutura, transfusión o reintervención.
- Persistencia o recurrencia de la sinusitis odontógena si la causa dental no se controla o si existe material residual, mala cicatrización o infección crónica.
- Persistencia, reapertura o aparición de fístula/comunicación oroantral, con paso de aire, líquidos o alimentos entre boca y nariz, que puede requerir nueva reparación.
- Infección de seno maxilar, encía, herida oral, hueso maxilar o partes blandas faciales; puede requerir antibióticos, drenaje o tratamiento maxilofacial.
- Dolor, inflamación, hematoma, mal aliento, costras, secreción, obstrucción nasal o necesidad de curas/lavados prolongados.
- Alteración de sensibilidad o adormecimiento en mejilla, labio superior, encías, dientes o paladar por irritación o lesión del nervio infraorbitario o ramas dentarias.
- Retraso de cicatrización de herida gingival/oral, dehiscencia, sangrado o dolor al masticar.
- Sinequias, perforación septal, alteraciones del olfato, sequedad o costras nasales.
- Complicaciones orbitarias excepcionales, como enfisema, visión doble, infección orbitaria, disminución visual o ceguera.
- Fístula de líquido cefalorraquídeo, meningitis u otras complicaciones de base de cráneo excepcionales.
- Necesidad de procedimientos odontológicos o maxilofaciales adicionales, incluyendo extracción dental, retiro de implante, injertos o cierre de defecto.
- Complicaciones generales de cirugía y anestesia, incluyendo eventos cardiovasculares, respiratorios, neurológicos, trombosis, embolia 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, 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, infección dental activa, comunicación oroantral, implante/material dental 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 cirugía de revisión, enfermedad extensa, alteraciones anatómicas, sangrado, inflamación intensa, tumores, inmunosupresión, coagulopatías, anticoagulación, tabaquismo, diabetes descompensada o mala adherencia a controles postoperatorios. 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 el 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. Entiendo que el manejo puede requerir coordinación con odontología, cirugía maxilofacial, infectología u otras especialidades. Los procedimientos dentales o maxilofaciales específicos pueden requerir consentimiento separado.

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 tratamiento quirúrgico de sinusitis odontógena 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 tratamiento quirúrgico de sinusitis odontógena 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 tratamiento quirúrgico de sinusitis odontógena 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