

## I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

*Este consentimiento es para uso exclusivo de los miembros de la Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología.*

|                             |                                                                                                        |                           |                                                                           |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Centro de Salud:</b>     |                                                                                                        | <b>Fecha</b>              | / /                                                                       |
|                             |                                                                                                        | <b>Hora</b>               |                                                                           |
| <b>Ciudad / provincia:</b>  |                                                                                                        |                           |                                                                           |
| <b>Nombre del paciente:</b> |                                                                                                        | <b>Edad:</b>              |                                                                           |
| <b>Cédula:</b>              |                                                                                                        | <b>Sexo:</b>              | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M                     |
| <b>Dirección:</b>           |                                                                                                        |                           |                                                                           |
| <b>Diagnóstico:</b>         |                                                                                                        |                           |                                                                           |
| <b>Lado / localización:</b> | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Bilateral | <b>Tipo de caso:</b>      | <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Reintervención |
| <b>Anestesia prevista:</b>  | General                                                                                                | <b>Médico informante:</b> |                                                                           |
| <b>Exequátur:</b>           |                                                                                                        | <b>No. CMD:</b>           |                                                                           |

## II. PROCEDIMIENTO INDICADO

Este consentimiento corresponde al tratamiento urgente de traumatismo nasal. 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: Control de epistaxis traumática, Reducción cerrada de fractura nasal, Reducción abierta si es necesaria, Sutura de heridas nasales/faciales, Drenaje de hematoma septal, Taponamiento nasal, Férula externa nasal, Férulas/láminas septales internas, Evaluación de tabique/cornetes, Estudios de imagen si están indicados, Coordinación maxilofacial/oftalmología 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. 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 traumatismo nasal puede producir fracturas de huesos propios, lesión de cartílago, desviación del tabique, epistaxis, heridas cutáneas, hematoma septal, edema importante, alteración respiratoria o deformidad. En urgencias, la inflamación y sangrado pueden limitar la valoración exacta de todas las lesiones.

El tratamiento Puede incluir detener el sangrado, colocar taponamiento, reducir fragmentos óseos o cartilaginosos, suturar heridas, drenar hematoma septal, colocar férulas internas o externas y solicitar apoyo de otras especialidades si hay lesiones faciales, oculares o craneales.

Entiendo que el tratamiento urgente busca controlar problemas inmediatos y estabilizar la nariz, pero no siempre corrige completamente la forma externa ni la función nasal. Puede ser necesaria una valoración diferida y cirugía secundaria cuando disminuya la inflamación.

### **IV. TAPONAMIENTO, MATERIAL HEMOSTÁTICO, FÉRULAS Y CUIDADOS INMEDIATOS**

---

Puede colocarse taponamiento nasal, férula externa, férulas septales, suturas, vendajes o medicamentos. El taponamiento puede producir respiración por la boca, sequedad, presión, dolor de cabeza, sensación de oído tapado y secreción sanguinolenta.

El paciente debe evitar golpes, manipulación nasal, sonarse fuerte, esfuerzos, uso de gafas apoyadas en la nariz hasta autorización y debe acudir a controles para retirar taponamiento/férula y reevaluar la alineación.

### **V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE**

---

Después del tratamiento puede haber dolor, edema, hematomas alrededor de ojos o cara, congestión, sangrado leve, costras, obstrucción, alteración transitoria del olfato, náuseas o vómitos con sangre deglutida.

Debe acudir de inmediato si presenta sangrado abundante, dificultad respiratoria, aumento rápido de inflamación, fiebre, dolor intenso, salida de líquido claro por nariz, visión doble, disminución visual, deformidad progresiva, somnolencia, vómitos persistentes o cefalea intensa.

### **VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO**

---

El beneficio esperado es detener la hemorragia, mejorar la alineación inicial de la pirámide nasal, estabilizar fragmentos, tratar heridas, prevenir complicaciones como hematoma septal y favorecer una mejor recuperación funcional y estética.

Entiendo que, por edema, lesión inicial, cicatrización y limitaciones de la atención urgente puede persistir desviación, irregularidad, obstrucción nasal, alteración estética o funcional, y puede requerirse rinoseptoplastia, septoplastia, osteotomías u otra cirugía posterior.

## VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas pueden incluir observación, analgesia, hielo, tratamiento médico, reducción diferida cuando baje la inflamación, cirugía secundaria, o traslado a centro especializado si existen lesiones complejas. En hemorragia activa o hematoma septal no tratado, la observación puede ser riesgosa.

No siempre es posible definir el tratamiento definitivo en la primera atención, especialmente si hay traumatismos múltiples o prioridad vital de otras lesiones.

## VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza el tratamiento urgente cuando está indicado, puede persistir hemorragia, dolor, obstrucción, desplazamiento de fracturas, mala consolidación, deformidad nasal, hematoma septal, absceso, perforación septal, alteración del olfato, infección o secuelas funcionales y estéticas mayores.

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 URGENTE DE TRAUMATISMO NASAL

- Hemorragia persistente o recurrente, que puede requerir nuevo taponamiento, cauterización, transfusión excepcional o reintervención.
- Persistencia de desviación, deformidad, irregularidades palpables o visibles, hundimiento del dorso, asimetría o resultado estético no deseado por la lesión inicial, edema o cicatrización.
- Obstrucción nasal persistente por desviación septal, edema, fractura, colapso valvular, sinequias o cicatrización, con posible necesidad de septoplastia/rinoseptoplastia posterior.
- Hematoma septal, absceso septal, perforación septal o necrosis cartilaginosa, especialmente si el diagnóstico se retrasa o la lesión es severa.
- Infección de heridas, piel, cartílago, nariz, senos paranasales o tejidos faciales; puede requerir antibióticos, drenaje o cirugía.
- Cicatrices visibles, retráctiles, dolorosas o pigmentadas si existen heridas cutáneas o abordajes externos.
- Alteraciones del olfato, sensibilidad nasal/facial, dolor crónico o cefalea persistente.
- Lesión ocular, visión doble, hematoma orbitario o disminución visual si el traumatismo compromete órbita; puede requerir valoración oftalmológica urgente.
- Fístula de líquido cefalorraquídeo o lesión de base de cráneo si el traumatismo es severo, con riesgo de meningitis y necesidad de manejo especializado.
- Desplazamiento o intolerancia del taponamiento o férula, con náuseas, molestias, obstrucción o necesidad de recolocación.
- Necesidad de tratamiento diferido o cirugía secundaria cuando desaparezca la inflamación y se evidencien secuelas.
- Complicaciones de anestesia local, sedación o general, incluyendo reacciones 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, 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, traumatismo facial asociado, hematoma septal, heridas cutáneas 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 traumatismos de alta energía, atención tardía, heridas contaminadas, fracturas complejas, traumatismo craneofacial, coagulopatía, anticoagulación, tabaquismo, infección o mala adherencia a controles y protección nasal. 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.

## **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, pero puede ser necesaria de forma excepcional ante hemorragia traumática importante o situación clínica que lo amerite. 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 tratamiento urgente de traumatismo nasal descrito en este documento.

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y nombre del/de la paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico informante

Iniciales paciente/representante: \_\_\_\_\_

Iniciales médico: \_\_\_\_\_

## **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 urgente de traumatismo 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 \_\_\_\_\_

Iniciales paciente/representante: \_\_\_\_\_

Iniciales médico: \_\_\_\_\_

RATIFICO el consentimiento otorgado previamente para la realización del procedimiento de tratamiento urgente de traumatismo 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