
**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
PARA OTOPLASTIA**

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA OTOPLASTIA

Este documento sirve para que usted o quien le represente dé su consentimiento para esta intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención médica que reciba. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. La firma de este consentimiento supone el pleno entendimiento de lo recogido en el mismo. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.

INFORMACIÓN GENERAL

La otoplastia es un procedimiento quirúrgico destinado a mejorar la forma, posición o proyección del pabellón auricular. Casi siempre se trata de acercar las orejas demasiado despegadas (“orejas de soplillo”) a la cabeza.

Existen diferentes técnicas de otoplastia y su indicación varía según el tipo de deformidad. En general consisten en tallar y modelar el cartílago auricular, recreando sus pliegues naturales y corrigiendo la implantación excesivamente separada del cráneo. Se suele realizar con incisiones en la cara posterior de la oreja.

EFFECTOS Y BENEFICIOS

Con esta cirugía se pretende mejorar el aspecto de los pabellones auriculares, no la audición.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

La otoplastia es una intervención quirúrgica electiva. El tratamiento podría consistir en no llevar a cabo la intervención.

RIESGOS

- Hematoma o edema auricular. Es acentuado en los primeros días después de la cirugía. Suele deberse a la técnica de infiltración anestésica. Puede haber sensación de tensión en las orejas, que cede en algunos días. No suele necesitar tratamiento quirúrgico.
- Resultado insatisfactorio, que de forma poco frecuente requiera cirugía adicional.
- Asimetría. Puede haber variación entre los dos lados después de la cirugía.
- Recidiva. Es infrecuente pero puede ocurrir que las orejas de soplillo se vuelan a despegar parcial o totalmente tras la cirugía.
- Hemorragia. Es infrecuente, pero, si ocurriera, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada. Los acúmulos de sangre bajo la piel pueden retrasar la curación y causar cicatrización excesiva.
- Infección. La infección es infrecuente tras este tipo de cirugía. Si ocurriera, podría ser necesario un tratamiento que incluyera antibióticos o cirugía adicional.

- Cambios en la sensibilidad cutánea. La disminución o pérdida de la sensibilidad cutánea suele recuperarse en un tiempo variable (6-12 meses).
- Irregularidades del contorno. Pueden producirse irregularidades tanto en el cartílago como en la piel que lo recubre.
- Deformidad persistente. En las grandes malformaciones nunca se consigue reconstruir una oreja "normal". En los casos más severos es frecuente que se precisen varias operaciones para obtener un resultado satisfactorio. Las deformidades menores también pueden precisar "retoques".
- Cicatrización cutánea. La cicatrización en exceso es infrecuente. En casos raros pueden producirse cicatrices anormales, rojas y gruesas (cicatrices hipertróficas o queloides). Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal, incluyendo cirugía. Las personas fumadoras tienen más posibilidades de complicaciones en la cicatrización.
- Complicaciones en la zona donante. Cuando es necesario tomar injertos de cartílago, pueden producirse complicaciones en el lugar de donde se toman, bien sea de la oreja contralateral, la nariz o el cartílago costal. El injerto puede reabsorberse total o parcialmente.
- Anestesia. Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso muerte por cualquiera de las formas de anestesia o sedación.
- Reacciones alérgicas. En casos raros se han observado alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

Podría ser necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Si este fuera el caso, usted da su consentimiento para la obtención de dichas muestras, que serán tratadas y almacenadas según marca la legislación vigente.

También puede hacer falta tomar imágenes, fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.

Por la situación personal actual del paciente, pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

Por la presente autorizo al Dr. Severiano Marín Bertolín, colegiado 15421, en colaboración con otros miembros de su equipo, para realizar el procedimiento o tratamiento mencionado, habiendo leído y entendido las explicaciones escritas de este informe.

Soy consciente de que, durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Autorizo a los cirujanos citados y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

Me ha sido explicado de forma comprensible: a) el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, b) los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y c) los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, doy mi consentimiento libre y voluntariamente para el tratamiento o procedimiento.

Nombre:.....
D.N.I.:
En calidad de, autorizo
la realización del procedimiento mencionado.
Fecha:

Firma del representante legal o del paciente,

Firma del médico,

(En el caso de INCAPACIDAD DEL PACIENTE, será necesario el consentimiento del/de la representante legal).

(En el caso del MENOR de EDAD, el menor será siempre informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos, será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión tenida en cuenta para la decisión).

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación de consentimiento para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Motivo:

Firma del paciente,

Firma de testigo,

Firma del médico,

IMÁGENES EXPLICATIVAS

(Espacio para la inserción opcional, por parte del/la cirujano/a, de imágenes, esquemas anatómicos, pictogramas, etc.).