

# **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OTOPLASTIA**

## **INSTRUCCIONES**

Este es un documento de consentimiento informado que ha sido preparado por la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, para ayudar a su cirujano plástico a informarle sobre la otoplastia, sus riesgos y los tratamientos alternativos, tal como establece la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica publicada en el BOE del 15-11-02 - nº 274, aptdo. 2 del artículo 8, que dice: "El consentimiento se prestará por escrito en casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores..."

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

## **INTRODUCCIÓN**

La otoplastia es un procedimiento quirúrgico destinado a mejorar la forma, posición o proyección del pabellón auricular por diversos motivos:

- Helix valgus (oreja de soplillo)
- Malformaciones congénitas, ej.: orejas contraídas, microtias (orejas pequeñas).
- Malformaciones adquiridas, ej.: quemaduras, traumatismos, cirugía.

Existen diferentes técnicas de otoplastia y su indicación varía según el tipo de deformidad. En general consiste en tallar y modelar el cartílago auricular. En algunas malformaciones es necesario tomar injertos de cartílago de la oreja sana o de las costillas.

## **TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS**

Las orejas de soplillo y otras pequeñas malformaciones pueden tratarse con moldes de sujeción, pero esta técnica sólo es efectiva en los primeros meses de vida. En las grandes deformidades una alternativa a la cirugía es la colocación de una epíttesis.

## **RIESGOS DE LA OTOPLASTIA**

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a la otoplastia. La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted debería discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de la otoplastia.

**Sangrado.** Es posible, aunque raro, que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. Si ocurriera, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de problemas de sangrado.

La hipertensión (aumento de la presión sanguínea) que no está bien controlada médicamente puede ser causa de sangrado durante o después de la cirugía. Los cúmulos 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".

**Recidiva:** Es infrecuente pero puede ocurrir que las orejas de soplillo se vuelvan a despegar parcial- o totalmente tras la cirugía. Otras malformaciones o deformidades también pueden reaparecer.

**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.

**Complicaciones en la zona donante:** Cuando es necesario tomar injertos de cartílago, pueden ocurrir complicaciones en el lugar de donde se sacan.

**Pérdida del injerto:** El cartílago injertado puede reabsorberse parcial- o totalmente.

**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. Información más detallada le será facilitada por el propio equipo de anestesiólogos, que así mismo, recabarán el correspondiente consentimiento escrito.

**Reacciones alérgicas:** En casos raros se han observado alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Las reacciones sistémicas, que son más serias, pueden producirse por medicaciones usadas durante la cirugía o por medicinas de prescripción. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

### **SEGURO DE SALUD**

La mayoría de las compañías de seguros sanitarios excluyen la cobertura de operaciones de cirugía estética, como las orejas de soplillo, o de cualquier complicación que pudiera derivarse de esta cirugía. Si suelen estar cubiertas las malformaciones congénitas o las grandes malformaciones adquiridas. Por favor, revise detenidamente las condiciones de su póliza de seguro sanitario.

### **RESPONSABILIDADES ECONÓMICAS**

El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el coste de material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y posibles cargos del hospital, dependiendo de dónde se realice la cirugía. Si el coste de la cirugía está cubierto por un seguro, usted puede ser responsable de pagos adicionales, deducciones y cargos no cubiertos. Puede haber costes adicionales si se dan complicaciones derivadas de la cirugía. Los cargos por cirugía secundaria o cirugía hospitalaria de día relacionadas con revisión quirúrgica podrían también correr a su cargo.

### **RENUNCIA**

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o situación determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente cubrirá las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias.

Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en cada caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME ESTE CONSENTIMIENTO.

### **CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO**

1. Por la presente autorizo al Dr. Jesús Gaviño Rodríguez y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: Otoplastia.

He recibido el siguiente folleto informativo:

Consentimiento informado para cirugía de otoplastia.

2. Soy consciente de que, durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse situaciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado 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 situación que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier tipo de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte, sin perjuicio de la información más detallada que pueda facilitar el propio equipo de anestesistas, y a quien otorgaré el correspondiente consentimiento escrito.

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

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

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

7. Me ha sido explicado de forma comprensible:

a. El tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar.

b. Los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento.

c. Los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

Doy consentimiento a dicha intervención y, en el caso de existir alguna modificación de la técnica quirúrgica a emplear, así como alguna modificación en la indicación primaria surgida durante el transcurso de dicha intervención, autorizo al equipo Médico para que pueda variar lo anteriormente expuesto, debiendo dichos Médicos informar a los familiares, y/o a D. ...., de las referidas modificaciones durante la intervención quirúrgica o después de ésta, si la urgencia así lo requiriese.

**C.I. OTOPLASTIA. Página 4 de 6. Firma paciente y fecha. ....**

Asimismo, designo como representante mío a D. .... y a D. .... para que de forma indistinta, para que, llegado el caso, sirva como interlocutor del abajo firmante, tanto con el equipo médico como el sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas contenidas en el presente documento.

Acepto expresamente la sumisión a la competencia de los Juzgados y Tribunales de El Puerto de Santa María para la solución de cualquier litigio que traiga causa de la intervención quirúrgica o asistencia médica del Dr. Jesús Gaviño Rodríguez.

ASÍ PUES, DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA, ESTANDO SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA FACILITADO.

En ..... a ..... de ..... de 20....

**Firma del Paciente**  
(o representante legal)

**Firma del Cirujano Plástico**

Fdo.: D./D<sup>a</sup>. .....  
(nombre y apellidos)

Fdo.: Dr./Dra. .....  
(nombre y apellidos)

D.N.I.: .....

## RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ella puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

## REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ .

EL/ LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.: