

CONSENTIMIENTO INFORMADO – RECONSTRUCCION AURICULAR POR MICROTIA

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.

INTRODUCCION

La microtia es la ausencia de una o de las dos orejas al nacimiento, puede o no acompañarse de algún grado de compromiso de la audición y del tamaño y crecimiento de la cara. Se calcula que aproximadamente uno en cada 15.000 nacidos tiene microtia. La oreja puede verse alterada también por trauma o por cáncer en cuyo caso no se presentarán alteraciones del crecimiento de partes de la cara.

La reconstrucción auricular es un procedimiento destinado a reparar o a restituir el cartilago ausente y la piel que cubre la oreja. La reconstrucción auricular busca restituir el marco del cartilago de la oreja y, si se requiere, la piel que lo recubre dependiendo del caso.

Si se trata de reconstruir toda la oreja lo usual es que se tome un injerto de cartilago de la costilla lo que representará para el paciente, una cicatriz en el tórax. Esta costilla se talla en cirugía para hacerla semejante a una oreja normal. Paralelamente se ha disecado un bolsillo de piel en la región de la oreja.

Alternativamente se pueden emplear materiales sintéticos (Medpor) cuando no se desea emplear cartilago de las costillas o en pacientes adultos.

Si la pérdida de oreja es parcial se pueden realizar colgajos de piel de la parte posterior de la oreja o hacer injertos de la zona faltante.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Una alternativa a la cirugía es la colocación de una epítisis (prótesis externas de silicona) sujetas mediante adhesivos o mediante implantes.

RIESGOS DE LA RECONSTRUCCION AURICULAR

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 reconstrucción auricular.

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. El empleo de materiales sintéticos, como el Medpor, tiene un riesgo más elevado de infecciones que el empleo de cartílago de las costillas.

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. La reconstrucción auricular intenta obtener un resultado parecido a una oreja normal, pero no es posible obtener un resultado idéntico.

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.

Complicaciones en la zona donante: Cuando es necesario tomar injertos de cartílago, pueden ocurrir complicaciones en el lugar de donde se sacan. Cuando es necesario obtener injertos de piel de otras zonas (oreja sana, abdomen) también puede ocurrir complicaciones en ese lugar.

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

Pérdida de pelo: si se emplea tejido procedentes del cuero cabelludo (fascia temporal) es posible que se produzca una caída del pelo a lo largo de la cicatriz.

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 anestesiistas, 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.

RESPONSABILIDADES ECONOMICAS

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 satisfará 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 un 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 información anterior y hayan sido todas sus preguntas antes de que firme este consentimiento.

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA

1. Por la presente autorizo al **Dr. José Ramón Castelló Fortet** y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento:
.....
..... He recibido el siguiente folleto informativo:
"Consentimiento informado para reconstrucción auricular por microtia".
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 con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.
6. Me ha sido explicado de forma comprensible: el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento, 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.

DR. JOSE RAMON CASTELLO FORTET

ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA
MIEMBRO DE LA S.E.C.P.R.E.
COL. NUM. 282845840

JUAN BRAVO, 25 BAJO IZDA.
28006 MADRID
TEL. 91 771 02 96

Igualmente he sido informado, y me doy plenamente por enterado, de que el presente consentimiento podrá ser revocado por el abajo firmante en cualquier momento, así como que, en su caso, dicha revocación deberá hacerse por escrito.

Así pues, doy el consentimiento para el tratamiento o procedimiento, estando satisfecho/a con la información que se me ha facilitado.

En a de de 201...

Firma del Paciente

Firma del Cirujano Plástico

Firmado: D./Dª.

Fdo.: Dr./Dra.

(Nombre y apellidos)

(Nombre y apellidos)

D.N.I.: