

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE</b>
-------------------------	--------------------

**1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) REALIZACION DE OTOPLASTIA DEL LADO.....**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.  
 Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

**1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**

**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

De una manera genérica se denomina otoplastia a un conjunto de técnicas quirúrgicas destinadas a cambiar la forma, tamaño u orientación del pabellón auricular (de la oreja) o, en los casos más extremos, a reconstruirlo.

Así pues, las anomalías que trata este conjunto de técnicas son muy diversas y caprichosas, y su origen es muy distinto.

En ocasiones, la otoplastia se realiza en varios tiempos quirúrgicos y requiere la utilización de materiales del propio paciente, como cartilago de las costillas o del pabellón de la oreja del otro lado.

Y en otros casos, el procedimiento es más simple y se limita al cambio en la forma, tamaño y orientación del pabellón auricular (de la oreja).

**CÓMO SE REALIZA:**

La intervención quirúrgica puede realizarse bajo anestesia local o general, según las circunstancias específicas de la intervención quirúrgica, o las propias del paciente. El Servicio de Anestesia estudiará su caso y le informará al respecto.

Suele requerir una o varias incisiones en la zona posterior o en el propio pabellón auricular (oreja). El cambio en la forma o la orientación de la oreja puede requerir la utilización de suturas internas para mantenerla con la forma y situación deseadas. Tras la modificación se realiza una cuidadosa sutura. En determinados casos, estas técnicas se realizan en uno o en los dos oídos.

La permanencia en el hospital, después de la operación, varía generalmente entre unas horas y varios días, según la evolución de cada persona.

---

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

Tras la operación, podría ser normal que se notara una pequeña hemorragia que manchara el vendaje.

Durante un tiempo variable, después puede ser necesaria la utilización de un vendaje elástico de consolidación.

---

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Con la normalización de los trastornos relativos a la forma, tamaño, orientación y existencia del pabellón auricular (oreja) tendrá una mejoría estética.

Si las malformaciones afectan al conducto auditivo, con la intervención mejorará la audición.

---

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

En general, no existe un procedimiento alternativo de eficacia contrastada.

No obstante, en el caso de profundas malformaciones del pabellón auricular (oreja), pueden utilizarse las llamadas epítesis, es decir piezas que reproducen, en material sintético, el órgano perdido y que se sustentan mediante implantes de titanio, colocados en la zona adecuada.

En su caso:

---

**QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

La otoplastia, en sus técnicas más simples, suele ser un procedimiento sencillo y carente de complicaciones:

- En los casos en los que estas técnicas se dirigen a modificar pequeños trastornos de la forma, tamaño u orientación de los pabellones auriculares, cabe la posibilidad de que la corrección no alcance las expectativas estéticas del paciente. Es posible que se presenten asimetrías en la posición del pabellón (oreja). Por lo común, es una situación que suele pasar inadvertida.
- Una pequeña hemorragia.
- La expulsión de alguno de los puntos de sutura utilizados en la corrección, que puede hacer que el pabellón tienda a recobrar su forma previa, requiriendo una nueva intervención.

En los casos en los que los trastornos de la forma del pabellón son muy importantes, en el intento de su corrección, pueden producirse diversas lesiones:

- Que quede, como secuela, una estrechez del conducto del oído, o una cicatriz antiestética o dolorosa.
- Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa –el polo negativo– colocado en el muslo o en la espalda del paciente.
- Que persista, de una manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular o, por el contrario, un dolor neurálgico.
- Que como consecuencia de la incisión o de la manipulación de la piel del conducto, se produzca una infección del oído, que requeriría tratamiento.

- **LOS MÁS GRAVES:**

En las técnicas para la reconstrucción total del pabellón (de la oreja) las posibilidades de complicaciones son mayores.

- La infección del cartílago (pericondritis), si bien es excepcional, podría dar lugar a una deformación muy marcada del pabellón auricular intervenido.
- Así, en el interior del oído se encuentra el nervio facial, que es el nervio que moviliza los músculos de la cara. Desde allí, alcanza los músculos a los que inerva a través de la región inferior del oído, por lo que cabe la posibilidad de que pueda ser alcanzado por las maniobras de corrección, especialmente cuando se intervienen pabellones muy deformados, y lesionado en diferente grado. Su sección accidental afectaría a la motilidad de la cara produciendo una parálisis, aunque es extremadamente rara.
- Problemas con el cartílago implantado, como infecciones o reabsorciones parciales o expulsión de éste o de las suturas utilizadas, así como cicatrices poco estéticas en la región torácica o en otras zonas de las que se ha tomado el material necesario para la reconstrucción.
- La extracción del cartílago costal conlleva el riesgo de producir una situación llamada neumotórax, en la que entra aire bajo las costillas y el pulmón no se expande adecuadamente, lo que puede requerir la utilización de un tubo insertado en el tórax, durante unos días.
- Aunque se trate de una situación excepcional, existe la posibilidad de presentar reacciones alérgicas al anestésico local, que pueden tener consecuencias de gravedad variable, e incluso con resultados letales.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

---

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

---

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

---

---

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

---

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. 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.

**1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:**

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

---

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA</b>
-------------------------	---

**2. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será 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 será tenida en cuenta para la decisión.)

**2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL** (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

**2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

**2.3 CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

001530

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA</b>
-------------------------	---

**2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN**

---

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

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

EL/LA PACIENTE                      Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

**2.5 REVOCACIÓN 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 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE                      Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

---