

OTOPLASTIA - CIRUGIA PLASTICA DE LAS OREJAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OTOPLASTIA, CIRUGIA PLASTICA DE LAS OREJAS

Este es un documento de consentimiento informado recopilado de varias fuentes y preparado para los pacientes del MIEMBRO TITULAR DE LA SPACPRE Dr. _____ por la Sociedad Paraguaya de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética en base a libros, artículos y publicaciones por Internet para informarles sobre la OTOPLASTIA, CIRUGIA PLASTICA DE LAS OREJAS, sus riesgos y los tratamientos alternativos. Es importante que lea ésta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga su firma o media firma en cada página, indicando así que la ha leído, y firme el consentimiento para la cirugía elegida. 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. La práctica de la Medicina y Cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse. La firma de este documento sólo tiene como objetivo demostrar que Ud. está informado del procedimiento que ha elegido y solicitado; y de las posibles complicaciones y riesgos de la operación. No implica nada más.

OTOPLASTIA (CIRUGÍA PLÁSTICA DE LAS OREJAS)

El ángulo que forma la oreja con respecto a la cabeza es de alrededor de 35°. Una apertura mayor resulta antiestética para muchas personas. Cuando las orejas sobresalen más de lo que el paciente considera estéticamente atractivo o son demasiado grandes, a través de la otoplastia usted podrá modificar la forma y el tamaño de las mismas para darles un aspecto más agradable.

La OTOPLASTIA puede reducir el tamaño en casos de orejas grandes, corregir irregularidades del contorno de la oreja (orejas en punta o dobladas hacia abajo, por ejemplo). Permite al mismo tiempo corregir problemas del lóbulo como desgarraduras del orificio para pendientes, cicatrices de liftings faciales previos o agrandamientos debidos a la edad.

La otoplastia puede ser realizada a partir de los 8 años de edad, que es cuando se llega al 90% del tamaño final de la oreja. Debe ser una decisión personal, incluso en niños, y no ser una imposición de los padres. Mejora en gran medida la armonía y la belleza de su rostro, y probablemente también su autoestima pero sin buscar la perfección absoluta. Debemos ser realistas y aceptar que dicha perfección no existe.

La cirugía: Se le practicará una incisión vertical en la parte posterior de cada oreja retirando o no piel, de manera que el cartílago que está debajo de la piel quede expuesto (este cartílago es el que le da firmeza a la oreja y define su forma). A partir de este punto hay dos procedimientos posibles, según las características particulares que presente su caso:

- a) El cirujano esculpe el cartílago y lo pliega en dirección a la cabeza para reducir su proyección; luego lo sutura con puntos permanentes que lo sostienen en la posición deseada.
- b) El cirujano extrae una parte del cartílago para lograr una reducción mayor, antes de plegarlo en dirección a la cabeza; luego lo sutura con puntos permanentes que lo sostienen en la posición deseada.

La anestesia es local con o sin sedación complementaria. En niños a veces se puede hacer con anestesia general.

La duración de la cirugía es entre 45 y 90 minutos. Sin internación, es ambulatoria.

Los resultados se consideran permanentes pero recordar que en niños las orejas pueden seguir creciendo y modificarse el resultado en mayor o menor grado. Las personas que antes de la operación se sentían inseguras o avergonzadas por el aspecto de sus orejas, suelen sentir una gran satisfacción al ver los cambios logrados. En adultos, la resistencia del cartílago a ser remodelado puede hacer necesario alguno que otro retoque después de unos meses.

Cuidados: El paciente deberá usar una vincha elástica día y noche durante los primeros tres días, y luego sólo por la noche durante dos semanas más. El dolor es muy escaso y se controla con medicamentos que le serán recetados por el médico.

Los puntos se retiran entre 7 y 10 días después de la cirugía. Recomendamos mantener la cabeza elevada incluso a la hora de dormir en posición semisentada por 3-4 días. Algunos recomiendan apósitos helados o hielo.

Podrá retomar sus actividades normales unos días más tarde de la operación, salvo que su caso haya sido más complejo de lo habitual. Sólo deberá evitar por un mes cualquier actividad laboral o deportiva que pueda producirles traumatismos a sus orejas. Si el paciente es un niño, se recomienda faltar una semana a la escuela.

Durante el primer trimestre es posible que la zona esté insensible o “dormida”.

La herida: las cicatrices quedan ocultas detrás de las orejas. Es una zona que normalmente cicatriza más lentamente que otras, de manera que usted deberá mantenerla limpia y aplicarle productos antisépticos para evitar infecciones.

Algunos riesgos y complicaciones posibles: en manos de un cirujano calificado, es muy poco probable que una otoplastia presente complicaciones. Sin embargo todo procedimiento quirúrgico, por mínimo que sea, presenta riesgos, y debemos pensar en ellos como una posibilidad. **Asimetrías**, aunque el cirujano marca detalladamente las zonas a operar, las asimetrías pueden ocurrir. **Reacciones** adversas a la anestesia. **Infecciones**, muy raras si usted toma los antibióticos debidos. **Alteraciones** de sensibilidad en las orejas. Hematomas. **Irregularidades** visibles.

CONSENTIMIENTO:

He recibido y leído el precedente folleto informativo: **Consentimiento informado de la SPACPRE, para OTOPLASTIA, CIRUGIA PLASTICA DE LAS OREJAS**

Me ha sido explicado de forma comprensible y se me han dado las posibilidades de preguntar todo lo que quería saber para decidir libremente por la realización del procedimiento. Entendí los procedimientos alternativos y los riesgos y consecuencias del procedimiento o tratamiento elegido por mi propia voluntad.

Me facilitaron toda la literatura y fuentes de información requeridas además de este informe previo y se me ha preguntado si quiero una información más detallada, pero estoy satisfecho/a con la explicación y no necesito mas información.

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

Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos y medicamentos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de COMPLICACIONES inclusive con riesgo de vida. 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 planeados. Autorizo al cirujano citado y a su equipo de profesionales 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.

Entiendo que al tratarse de un procedimiento médico quirúrgico no se puede controlar totalmente el procedimiento ni la recuperación del paciente, y consiento ser transferido a cualquier hospital a elección y criterio del equipo médico si es que dicha transferencia la consideran necesaria.

Me haré cargo de todos los gastos económicos que requieran estas situaciones y tratamientos, así como de los gastos de las cirugías adicionales y asociadas tanto para la corrección de las complicaciones como de los resultados insatisfactorios.

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 nombre no será revelado en las imágenes que serán de propiedad del cirujano. Doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano con fines de avances en la educación médica.

He elegido libremente la anestesia a ser utilizada y la localización de las incisiones y drenajes.

Autorizo al cirujano que disponga a su criterio de los tejidos y materiales retirados de mi cuerpo para su estudio o desecho.

DECLARO QUE HE INFORMADO AL CIRUJANO DE TODOS LOS DETALLES DE MI HISTORIAL CLINICO PASADO y PRESENTE, INCLUYENDO LAS PATOLOGÍAS Y HABITOS QUE PODRIAN SUPONER ALGUNA CONTRAINDICACION O AUMENTAR EL RIESGO PARA ESTE TIPO DE CIRUGIA INCLUSIVE A LARGO PLAZO.

He leído con anterioridad este consentimiento y recibido una copia del mismo.

Autorizo y requiero al

Dr. _____

y su equipo de colaboradores a realizar en mí el siguiente procedimiento médico:

Todos los espacios han sido llenados previamente y todas las páginas llevan mi firma o media firma.

Paciente:

Doc. Id.:

Testigo:

Doc. Id:

Lugar y Fecha: