

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN DRENAJE QUIRÚRGICO DE OTOHEMATOMA DEL LADO...

Nombre y apellidos:.....
Edad: D.N.I.: N° historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: N° Colegiado:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica que le van a realizar, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

El otohematoma es un cúmulo de sangre que se deposita entre el cartílago de la oreja y su envoltura, a la que denominamos pericondrio. Aparece como consecuencia de un traumatismo de la zona o tras golpes discretos, pero continuados, en esa misma región. Se muestra como un aumento de tamaño blando, poco doloroso, más o menos fluctuante, y de color rojo o morado. El mencionado acúmulo de sangre puede infectarse o puede alterar la vitalidad del cartílago de la oreja produciendo deformaciones importantes del mismo.

El objetivo del tratamiento es evacuar el acúmulo de sangre y prevenir las mencionadas complicaciones. Si el hematoma es reciente y de pequeña cuantía se puede extraer mediante punción aspiración con instrumental estéril; si es un gran hematoma; es de más larga evolución; o la punción aspiración ha fracasado, se realizará el drenaje quirúrgico: se realiza a través de incisiones en la parte más declive del hematoma, a lo largo del reborde interno del contorno de la oreja, levantando la piel para extraer los coágulos y esfácelos y colocando unos pequeños drenajes que se mantendrán varios días. En todos los casos se procederá a la colocación de un vendaje moderadamente compresivo que se adapte a la superficie del pabellón durante unos días. A veces es necesaria la realización de puntos de sutura que ayuden a la consolidación de la zona. La profilaxis antibiótica es imprescindible para prevenir una posible infección.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

cuando está indicada, pueden aparecer diversas complicaciones: la principal es la deformidad o desfiguración del pabellón auricular conocida como “oreja de coliflor” u “oreja de luchador”; que aparece por la pérdida del cartílago, la cicatrización secundaria a la infección, o la destrucción del mismo.

BENEFICIOS ESPERABLES

Eliminación del llamado Otohematoma y de sus posibles complicaciones.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

El tratamiento médico basado en cobertura antibiótica y vendaje compresivo no ha demostrado una eficacia contrastada si no se realiza previamente una evacuación del contenido hemático.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN DRENAJE QUIRÚRGICO DE OTOHEMATOMA DEL LADO...

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Aunque excepcionalmente, es posible que se produzca una ligera hemorragia durante el período posterior a la intervención. Cabe la posibilidad de que a pesar de tomar las medidas de desinfección adecuadas, se produzca una infección posterior al acto quirúrgico, que podría producir deformaciones de la zona.

El drenaje quirúrgico no elimina por completo la deformidad del pabellón ni previene la aparición de otro Otohematoma en un futuro, ya que las recidivas son frecuentes.

No hay que ignorar, además de todo ello las posibles complicaciones derivadas de un acto quirúrgico con anestesia local. En general el riesgo de toda intervención quirúrgica aumenta con la edad, con la existencia de otras enfermedades y con la gravedad de las mismas.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN DRENAJE QUIRÚRGICO DE OTOHEMATOMA DEL LADO...

Nombre y apellidos:.....
Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: Nº Colegiado:

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN DRENAJE QUIRÚRGICO DE OTOHEMATOMA DEL LADO...

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a, con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ____ de _____ de 20__

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN
DE UN DRENAJE QUIRÚRGICO DE OTOHEMATOMA DEL LADO...**

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

Fdo.: _____
El paciente/representante legal