

## Consentimiento informado de intervención de parálisis facial

Nombre y apellidos del paciente .....

DNI .....

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI .....

Nombre y apellidos del médico que informa .....

Nº de colegiado .....

### ¿Qué le vamos hacer?

#### 1. Descripción del procedimiento

**En qué consiste:** Padece usted una parálisis del nervio que da movimiento a la cara (nervio facial). La intervención consiste en liberar el nervio, sustituir un fragmento del mismo o empalmarlo a otro nervio, según cual sea la causa y estado actual del nervio, que se evaluará durante la operación.

**Cómo se realiza:** Se lleva a cabo bajo anestesia general, a través de un corte que se realiza por detrás de la oreja. El pelo debe ser afeitado alrededor de esta zona para evitar infecciones. Después de la operación, durante unos días deberá llevar taponado el oído y un vendaje alrededor de la cabeza para proteger los puntos de la herida. Estos puntos se retirarán aproximadamente a la semana de la operación, y el taponamiento del oído poco después, en curas sucesivas.

**Cuánto dura:** Alrededor de 4 horas.

**2- Qué objetivos persigue:** En cuanto al resultado de esta cirugía no se debe esperar una recuperación total de los movimientos de la cara. El grado de recuperación alcanzada es muy variable y depende directamente de la situación del nervio en el momento de la intervención.

### ¿Qué riesgos tiene?

#### 1. Riesgos generales:

- Complicaciones propias de la anestesia: No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones de toda intervención quirúrgica, y las relaciones con la anestesia general: A pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan bajo anestesia general, como consecuencia de ésta. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de éstas.
- Otológicos: Las estructuras del oído, tales como el tímpano, es posible que hayan quedado dañadas, por lo que, en ese caso, existiría una pérdida de audición y, además, no podría penetrar agua en el interior del oído. Excepcionalmente, la audición podría perderse completa e irreversiblemente. Pueden aparecer acúfenos (ruidos en el oído) que pueden quedar como secuela definitiva, vértigos de duración variable, disgeusia (alteraciones en la sensación gustativa), infecciones tanto a nivel del oído como a nivel cerebral, como meningitis o abscesos cerebrales, y alteraciones estéticas o dolorosas a nivel del pabellón auricular.
- No recuperación funcional: Es posible que, aunque realizada la intervención quirúrgicamente con absoluta corrección, la temporal, parcial, momentánea o definitivamente afectados.
- Derivados de la técnica: 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 –polo negativo-colocado en el muslo o en la espalda del paciente. Es posible, también, que persista, de manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular. Cabe, excepcionalmente, la

posibilidad de que el nervio facial deba ser abordado por otra vía diferente de la inicialmente proyectada, según los hallazgos durante la intervención quirúrgica.

**2. Riesgos personalizados:**

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece presentar otras complicaciones.....

**3. Beneficios esperables del procedimiento a corto y a medio plazo:**

La recuperación de los movimientos de la cara, generalmente varios meses después de la operación.

**¿Qué otras alternativas hay?**

En caso de no efectuarse esta intervención, usted continuará con la afectación del nervio facial y, en consecuencia, con la posible limitación de movimientos de la musculatura de la cara, así como las molestias relativas a la pérdida de la función del mencionado nervio

**Declaraciones y firmas**

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas, la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención por el médico responsable. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
<b>D.N.I.:</b>	<b>Nº Colegiado:</b>
<b>Fdo.:</b>	<b>Fdo.:</b>

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
<b>D.N.I.:</b>	<b>Nº Colegiado:</b>
<b>Fdo.:</b>	<b>Fdo.:</b>

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_