

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE PARÁLISIS FACIAL: REHABILITACIÓN OCULAR

## Servicio de CIRUGÍA MÁXILOFACIAL

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.

### INTRODUCCIÓN

Las alteraciones que aparecen tanto en el párpado superior como en el inferior tras la lesión del nervio facial están bien establecidas. El lagoftalmos (exposición corneal con el cierre palpebral) es el trastorno más frecuente en el párpado parálítico. Este fenómeno suele ser la causa de sequedad ocular y de úlceras corneales. Otra alteración frecuentemente asociada es la ptosis palpebral (caída de la ceja).

La rehabilitación ocular de la parálisis facial es un procedimiento quirúrgico cuyo fin es favorecer el cierre palpebral mediante la aplicación de técnicas en el párpado superior y/o en el párpado inferior, abolido por la parálisis facial del paciente. Las técnicas en el párpado superior que empleamos principalmente es la implantación de una prótesis palpebral de oro en el párpado superior, que se coloca mediante una incisión en el pliegue palpebral superior a través de la piel y del músculo orbicular. La rehabilitación del párpado inferior se basa en la aplicación de tensión y mejor posicionamiento del mismo. Las técnicas usadas son variables dependiendo de la gravedad del lagoftalmos, cantopexia, injertos autólogos de concha auricular o mucosa paladar, cinchas mediante uso de tendón palmar o lifting del tercio medio. En ocasiones si el paciente presentase caída de la ceja se puede hacer una suspensión de la misma mediante incisión horizontal justo en el límite superior de la ceja y resecaando el exceso de tejido.

Las técnicas descritas son diseñadas individualmente para cada paciente, dependiendo de sus necesidades particulares. Puede realizarse de forma aislada para los párpados superiores, inferiores o ambos, o en combinación con otros procedimientos quirúrgicos sobre ojos, cara, cejas o nariz. La cirugía de la rehabilitación ocular no conseguirá el cierre espontáneo palpebral pero puede, sin embargo, disminuir el riesgo de úlceras corneales, disminución del lagrimeo y favorecer la estética facial.

### TÉCNICAS ALTERNATIVAS

La aplicación de otras técnicas puede variar del tiempo de evolución de la parálisis facial. Parálisis facial de menos de dos años de evolución se pueden beneficiar de técnicas de estimulación nerviosa. Otras técnicas utilizadas son técnicas microquirúrgicas donde se realiza trasposición de músculos libres.

### RIESGOS DE LA BLEAFROPLASTIA

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a los procedimientos de rehabilitación ocular. 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 para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias.

**Sangrado.** Es posible, aunque raro, que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. El sangrado puede ocurrir debajo de la piel o internamente alrededor del globo ocular. Si se desarrolla una hemorragia

postoperatoria, puede requerir tratamiento o cirugía de urgencia. 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 acúmulos de sangre bajo los párpados pueden retrasar la curación y causar cicatrización excesiva.

**Ceguera.** La ceguera es extremadamente rara. Sin embargo, puede ser causada por un sangrado interno alrededor del globo ocular durante o después de la cirugía. No puede predecirse la ocurrencia de este hecho.

**Infección.** La infección después de la cirugía es muy rara. Si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.

**Cicatrización.** Aunque se espera una buena curación de la herida después del procedimiento quirúrgico, pueden darse cicatrices anormales tanto en los párpados como en los tejidos profundos. En casos raros pueden resultar cicatrices anormales, que pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Existe la posibilidad de marcas visibles en el párpado o pequeños quistes cutáneos causados por las suturas. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal.

**Lesión de estructuras profundas.** Estructuras profundas tales como nervios, vasos sanguíneos y músculos del ojo pueden ser dañados durante el curso de la cirugía. La posibilidad de que esto ocurra varía según el tipo de procedimiento empleado. La lesión de estructuras profundas puede ser temporal o permanente.

**Asimetría.** Puede que a pesar de utilizar diferentes técnicas para corregir la asimetría facial no se obtenga el resultado perseguido.

**Complicaciones en relación con la prótesis oro:** al constituir un elemento externo en ocasiones puede producirse infección, molestias en relación con la misma, aumento del grosor del párpado con un resultado inestético o extrusión.

**Complicaciones injertos utilizados,** paladar, principalmente dolor postoperatorio y en ocasiones sangrado postoperatorio. Injerto auricular, aunque es infrecuente hematoma retroauricular y deformidad de la oreja.

**Problemas por exposición corneal.** Algunos pacientes experimentan dificultad en cerrar los párpados después de la cirugía, y pueden desarrollarse problemas en la córnea por desecación. Si ocurre esta rara complicación, pueden ser necesarios tratamientos o cirugía adicional.

**Resultado insatisfactorio.** Existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía de los párpados. La cirugía puede desembocar en deformidades visibles inaceptables, pérdida de la función, apertura de la herida, o pérdida de sensibilidad. Usted puede no estar de acuerdo con los resultados de la cirugía. De forma infrecuente es necesario realizar cirugía adicional para mejorar los resultados.

**Reacciones alérgicas.** En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Las reacciones sistémicas, que son más serias, pueden ocurrir por medicaciones utilizadas durante la cirugía o prescritas posteriormente. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

**Pérdida de pestañas.** La pérdida de las pestañas puede ocurrir en el párpado inferior, donde se eleva la piel durante la cirugía. La ocurrencia de este hecho no es predecible. La pérdida puede ser temporal o permanente.

**Cicatrización retardada.** Existe la posibilidad de apertura de la herida o retraso en la cicatrización.

## 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 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.

## **DECLARACIONES Y FIRMAS**

---

### **PACIENTE O TUTOR LEGAL/FAMILIAR**

El/la Médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este procedimiento/intervención/exploración.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que me realicen dicho procedimiento/intervención/exploración.

**Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.**

D/Da . . . . .DNI. . . . .

. .

En calidad de:    **IPACIENTE**       **ITUTOR LEGAL O FAMILIAR**

Firmado

En Madrid, a . . . . . de . . . . . de 20 . . .

---

### **MÉDICO DESIGNADO POR EL EQUIPO RESPONSABLE**

Dr./Dra. RODRIGUEZ CAMPO, FRANCISCO

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica.

Firma del Médico responsable

CIAS

---

### **REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

En pleno uso de mis facultades, he decidido libremente no realizar el procedimiento arriba descrito. He sido informado de las consecuencias de la suspensión de este, pese a lo cual, quiero revocar el consentimiento previamente otorgado. Para que así conste, firmo el presente documento.

D/Da . . . . .DNI. . . . .

. .

En calidad de: **IPACIENTE** **ITUTOR LEGAL O FAMILIAR**

**FIRMAS**

**EL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL  
RESPONSABLE**

**EL MEDICO**

En Madrid, a . . . . . de . . . . . de 20 . . . .

---

SI UD. RECONOCE HABER RECIBIDO UNA INFORMACIÓN ADECUADA Y ACEPTA QUE SE LE PRACTIQUE EL PROCEDIMIENTO DESCRITO, PERO REHÚSA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, O QUIERE HACERNOS ALGUNA INDICACIÓN CONCRETA, INDIQUE POR FAVOR, LOS MOTIVOS DE ESTA DECISIÓN . . . . .  
. . . . .  
. . . . .  
. . . . .

Nombre y firma del testigo. . . . .  
. . . . .

Nombre y firma del Médico responsable. . . . .  
. . . . .

*El apartado "**Declaraciones y Firmas**" aprobado por el Comité Ético para la Asistencia Sanitaria del HUP el 23/02/2014*

---

11006 10/06/2015 11:06:17

---

La información contenida en este documento es confidencial y está sometida a la LOPD. Los datos serán incorporados y tratados en el fichero "ARCHIVO DE HISTORIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA", cuya finalidad es "el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del paciente", y no podrán ser cedidos, salvo las previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es el "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA" y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es en la calle Diego de León, 62, de Madrid 28006 (Artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).