

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE PARÁLISIS FACIAL: REHABILITACIÓN TERCIO MEDIO- INFERIOR FACIAL (Técnicas estáticas)

Servicio de CIRUGÍA MÁXILOFACIAL

Descripción del Procedimiento:

Las alteraciones que aparecen en el tercio medio de la cara en relación con en lesión del nervio facial son: Obstrucción nasal del lado afecto, laxitud de los tejidos blandos y flacidez, pronunciándose el surco palpebral-malar y nasoyugal, incompetencia oral (babeo, dificultada en el habla y en la masticación y abolición de la sonrisa, traducándose en un déficit tanto estético como funcional.

La rehabilitación del tercio medio de la cara podemos clasificarlas entre técnicas estáticas y dinámicas en función del tiempo de evolución de la parálisis facial y los antecedentes médicos del paciente. Dentro de las técnicas estáticas están: escisión nasogeniana, lifting cervicofacial, suspensión comisural con fascia lata (obtención de dicha fascia de la pierna) y transposición del músculo temporal. Esta técnica consiste en la transferencia del músculo temporal directamente de la apófisis coronoides al labio superior, realizado mediante dos incisiones, zona temporal y surco nasogeniano.

Las técnicas descritas son diseñadas individualmente para cada paciente, dependiendo de sus necesidades particulares. Las técnicas estáticas no consiguen movimientos espontáneos pero pueden, sin embargo, favorecer el habla, la masticación y la estética facial. Los pacientes posteriormente se someterán a rehabilitación postoperatoria para favorecer la recuperación funcional.

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 o técnicas microquirúrgicas donde se realiza trasposición de músculos libres.

Riesgos del Procedimiento:

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 en el área temporal. 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.

Infeción. 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 el surco nasogeniano como en la zona temporal. Pueden necesitarse tratamientos

adicionales para tratar la cicatrización anormal.

Asimetría. Puede que a pesar de utilizar diferentes técnicas para corregir la asimetría facial no se obtenga el resultado perseguido. En el postoperatorio inmediato se buscará la hipercorrección provisional del surco nasogeniano y de la comisura labial con un rictus que descubre el cuello de los dientes y la encía.

Necrosis muscular, aunque es rara, en paciente mayores donde el músculo es atrófico, la movilización del músculo puede dar lugar a su desvascularización y por tanto necrosis. En estos casos puede precisarse un segundo procedimiento para su retirada.

Hundimiento de la zona temporal, con las nuevas modificaciones de la técnica, es raro que se produzca una depresión en esa área pero en ocasiones puede dar lugar a una zona hundida en la zona de la sien.

Dolor y dificultad en la abertura oral. El músculo temporal interviene en el cierre y abertura de la boca. Su recolocación puede dar lugar a ciertas molestias en esta zona.

Resultado insatisfactorio. Existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía. 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.

Alopecia cicatricial. La pérdida del pelo puede ocurrir entorno a la cicatriz del cuero cabelludo, 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/DªDNI.

..

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

REVOCAION 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/DªDNI.

..

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 11:05:30

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).