

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL NERVIOS FACIAL

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El nervio facial atraviesa el oído, envuelto en un conducto óseo que lo protege. En casos de parálisis, lesiones o tumores, este nervio puede dañarse, lo que produce parálisis en la musculatura de la cara, entre otros síntomas.

El procedimiento consiste en reparar, descomprimir o reconstruir el nervio. Para ello, se realiza una incisión detrás de la oreja.

En función de la lesión se puede:

- Disecar el nervio de la envoltura ósea que lo contiene para valorar de forma adecuada la lesión y tratarla.
- Liberar el nervio facial de la envoltura ósea dentro del oído.
- Extraer pequeñas porciones de nervios de otras zonas del organismo, como el cuello, para utilizarlas como injertos en el nervio facial dañado.

Cabe la posibilidad de que se tenga que emplear materiales como pegamentos biológicos, esponjas sintéticas y reabsorbibles, prótesis que sustituyen a los huesecillos del oído, así como otras sustancias como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

Este procedimiento se realiza con anestesia general.

La finalidad de este procedimiento es facilitar la recuperación de las funciones del nervio, como la movilidad y la expresión facial.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes y leves:

- Vértigos, vómitos.
- Ruidos en el oído que desaparecen con el tiempo.
- Sensación de taponamiento de oído, picor y molestias en la zona.

Riesgos graves y/o poco frecuentes:

- No recuperación total o parcial de la función del nervio facial a pesar de una correcta intervención.
- Persistencia, de manera transitoria o definitiva, de cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular.
- Pérdida de audición de forma completa y definitiva por daño de las estructuras del oído, tales como el tímpano.
- Acúfenos (ruidos en el oído) que pueden quedar como secuela definitiva.

- Alteraciones del gusto.
- Infecciones tanto a nivel del oído como a nivel cerebral, como meningitis o abscesos cerebrales.
- Alteraciones estéticas o dolorosas a nivel del pabellón auricular.
- Hemorragia de vasos cercanos que puede necesitar una nueva cirugía.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión
- Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento médico.
- Fisioterapia.

### AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DEL NERVIOS FACIAL"

Yo, D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD  
Servicio de  
Otorrinolaringología

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: .....

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: