

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

**CENTRO SANITARIO****SERVICIO DE****1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) CORRECCIÓN DE LAGOFTALMOS**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

**1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:****EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

La parálisis del nervio facial ocasiona caída de la ceja, imposibilidad de cierre ocular (lagofthalmos), laxitud y eversión del párpado inferior (ectropion o inversión del párpado hacia afuera) y retraso en la eliminación de la lágrima. Como consecuencia, se reduce el campo visual superior y el ojo, lloroso y expuesto, desarrolla úlceras corneales que pueden infectarse y perforarse, poniendo en peligro su conservación.

Algunas parálisis faciales (según la causa) mejoran espontáneamente con el tiempo, recuperándose total o parcialmente (paresia facial). Entretanto, es necesario adoptar medidas médicas o quirúrgicas para proteger el ojo.

**CÓMO SE REALIZA:**

Para corregir el defecto de cierre de los párpados y proteger el ojo, pueden combinarse varias técnicas quirúrgicas en la misma intervención, dependiendo de la gravedad del defecto de cierre: levantamiento (pexia) de la ceja o del párpado inferior, tarsorrafia (fusión de la comisura palpebral), reanimación del párpado inferior (reforzamiento del párpado inferior con material biológico o sintético) e implante de pesa de oro en el párpado superior (para que este caiga por gravedad).

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

Lagrimo y sensación de tirantez los primeros días y dependiendo de la técnica empleada será necesario retirar o no suturas de la piel.

Algunas personas portadoras de pesa palpebral, experimentan alguna incomodidad para leer o comer, puesto que la caída del párpado es más aparente mirando hacia abajo. Puede paliarse implantando una pesa menor.

---

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Evitar los problemas derivados de la exposición ocular

---

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Utilización de lubricantes durante el día y parches para dormir con el ojo cerrado.

En los casos de parálisis definitiva, existen técnicas de motorización del nervio paralítico (injerto de otro nervio sano). Su resultado es, la mayoría de las veces, incierto.

En el caso de que la parálisis facial se recupere, todas las técnicas descritas como medidas de protección temporales o definitivas, pueden revertirse en una nueva intervención, salvo la corrección de la caída de la ceja, cuyo efecto es definitivo.

En su caso:

---

**QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

Las complicaciones son infrecuentes. Las más comunes tienen que ver con la hipocorrección (defecto de cierre parcialmente corregido) y pueden subsanarse con una nueva intervención.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Con respecto al implante de pesa de oro, rara vez pueden producirse infección y extrusión de la misma o su transparencia a través de una piel palpebral muy fina. Puede corregirse extrayendo la pesa e implantando otra en un plazo de tiempo variable.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

Para llevar a cabo la intervención en las mejores condiciones posibles y minimizar la incidencia de complicaciones por sangrado, evite tomar todos los medicamentos que contengan ácido acetilsalicílico (ASPIRINA, ADIRO, TROMALYT, COULDINA) y todos los antiagregantes plaquetarios en general (PLAVIX, TIKLID, DISGREN, ISCOVER, PERSANTIN, ASASANTIN ....) dos semanas antes de la intervención y una después. En el caso de seguir tratamiento con anticoagulantes orales (SINTROM), recibirá instrucciones específicas acerca de su interrupción.

---

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

Si es usted una persona con alto grado de ansiedad, debe comunicarlo durante la consulta previa a la cirugía (así se podrán tomar las medidas adecuadas).

---

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

**1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:**

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

---

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA
------------------	--------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)  
(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña , manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

001530

En

a

de

de

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA
------------------	--------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la  
realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la  
salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente  
he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello  
puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_