

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
CIRUGÍA DE CRANEOPLASTÍA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

La operación de un defecto de la bóveda craneal **consiste** en la apertura del fragmento de cráneo que ocupa el proceso, y la reconstrucción de la bóveda craneal pudiendo precisar cubrir el defecto óseo con injerto de hueso o de otro material.

**¿Cuándo está indicada la intervención?**

Por defecto cosmético, la superficie sea tan amplia que se precise proteger el cerebro o por síntomas relacionados por desregulación de la presión intracraneal.

**¿En qué consiste la cirugía?**

Una vez expuesto el defecto craneano, liberamos las adherencias fibróticas sobre los bordes óseos y sobre la duramadre. Protegemos la duramadre con cotonoides y gasitas húmedas, colocadas dentro del área del defecto óseo, de tal forma que ayuden a servir de molde del material plástico. En un recipiente se mezclan proporcionalmente los componentes sólidos (polímero) y líquido (isómero) de la resina (metilmetacrilato), hasta formar una sustancia semisólida, la cual moldeamos sobre el área del defecto óseo, desechando el material sobrante e irrigando con suero frío para evitar los efectos térmicos sobre los tejidos blandos, producidos por la reacción química. Una vez fraguado el material plástico se perfeccionan anatómicamente los defectos de superficie y rugosidades en los bordes con una gubia o con un raspador. Fijamos la Craneoplastia al reborde óseo y suturamos por planos.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

**¿Cómo es el postoperatorio habitual?**

No precisa ingreso en UCI, pudiéndose levantar al día siguiente de la intervención. Tras una evolución clínico-radiológica adecuada y si la herida cicatriza correctamente podrá ser dado de alta en los próximos días.

**Riesgos de la cirugía**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Infección de la herida o colecciones de pus extra o intracraneales, pudiendo producir un rechazo del injerto y necesidad de nuevas operaciones
- Pérdida del líquido cefalorraquídeo que puede ocasionar meningitis, o daños al cerebro subyacente, que pueden implicar pérdida de fuerza en un brazo y pierna del lado opuesto
- Alteraciones del habla
- Alteraciones del equilibrio
- Dificultad para comunicarse con el entorno
- Alteraciones de la memoria o del carácter.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

**Alternativas razonables a dicho procedimiento:**

Vigilancia del proceso con estudios de imagen y tratamiento de los síntomas con medicación, con el inconveniente de que pueden progresar los daños al cerebro y a la calidad de vida e integración de la persona.

**CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO  
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **La Cirugía de Craneoplastía** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE CRANEOPLASTÍA**, por el Dr.(a) \_\_\_\_\_.  
**DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)