



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Craneoplastía

Consentimiento Informado Para Cirugía De Craneoplastía

Consentimiento Informado Para Cirugía De Craneoplastía

Me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación al tratamiento quirúrgico de **CRANEOPLASTÍA**

INFORMACIÓN

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.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR.

¿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 operación?

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 sólido (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.

¿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

¿Cuáles son los riesgos, complicaciones y secuelas posibles?

En relación con la intervención pueden aparecer como complicaciones 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 y dificultad para comunicarse con el entorno. También pueden aparecer alteraciones de la memoria o del carácter.

Tratamientos Alternativos

El Médico arriba mencionado me ha explicado la necesidad de la intervención propuesta y los posibles tratamientos alternativos que son:

- 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.

Ha quedado totalmente aclarado lo siguiente:

- Que entiendo la necesidad de la operación propuesta.
- Que se me han detallado los riesgos y posibles complicaciones inherentes a las exploraciones diagnosticas, procedimiento operatorio y postoperatorio en un lenguaje claro.
- Que algunas circunstancias no previstas durante la operación pueden hacer necesaria la utilización de técnicas quirúrgicas diferentes de las previamente planeadas. En este caso autorizo al cirujano a que actúe con arreglo a lo que él considere más conveniente de acuerdo con la ciencia médica.
- Que he tenido ocasión de hacer todas las preguntas que he deseado.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: CRANEOPLASTÍA

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:

Firma del Paciente: Rut:

Firma del representante legal: Rut:

(Representante legal o familiar responsable).