

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
CIRUGÍA DE CRANEOSINOSTOSIS**

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 la intervención 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 de la intervención 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 Craneosinostosis**, es el cierre precoz de alguna o varias suturas craneales que ocasiona una reducción en algún diámetro craneal (craneoestenosis). Va a ocasionar casi siempre una deformidad estética, y en algunos casos síndrome de hipertensión intracraneal, hidrocefalia, o incluso retraso mental. En la mayoría de las craneosinostosis no se conoce la causa, en otras acompaña a síndromes mal formativos estando afectado también el macizo facial incluyendo las órbitas; en algunas es secundaria a la colocación de una válvula ventriculoperitoneal y otras son causadas por el mantenimiento prolongado de una posición de la cabeza del niño. La intervención quirúrgica persigue corregir la deformidad estética y prevenir la hipertensión intracraneal, es decir modificar (normalizar) la forma del cráneo y aumentar el volumen del mismo. Se pueden realizar a cualquier edad, aunque se recomienda que estén resueltas en los primeros meses de vida.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anestesiólogo, 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.

**La técnica a realizar** depende de muchos factores y será el cirujano el que decidirá la más adecuada en cada caso, técnicas:

- **Cirugías abiertas:** tras la apertura mediante amplias incisiones del cuero cabelludo, se realizan distintas craneotomías (cortes de trozos de hueso del cráneo) con avances y remodelación de los mismos hasta conseguir el mejor resultado anatómico y estético posible. En algunas ocasiones, se puede remodelar al mismo tiempo distintos defectos del macizo Facio orbitario, puede contarse con la colaboración de cirujanos maxilofaciales. Pueden ser necesarias varias intervenciones.

La intervención puede durar varias horas, y durante la misma el niño estará sometido a anestesia general con ventilación mecánica y con todas las monitorizaciones que precise. Tras la intervención permanecerá en UCI Pediátrica o recuperación, hasta que su situación clínica permita que sea trasladado a sala de cuidados básicos (MQ). También es posible que se le deje un drenaje para evacuar la sangre que se pueda acumular bajo la herida.

Si la afectación es de una sola sutura también se puede hacer sinostectomía o extirpación de la sutura precozmente fusionada. En este caso, se extirparía la sutura en la anchura y longitud necesaria, favoreciendo el crecimiento armónico y la remodelación posterior del cráneo. En ocasiones es necesario dejar material protésico reabsorbible o no, que puede necesitar ser extraído posteriormente en una nueva intervención.

En algunos casos puede ser necesario intervenir posteriormente pasadas semanas, meses o años.

- **Cirugías endoscópicas:** en otros casos, sobre todo en niños pequeños y para determinados cierres craneales, es posible realizar secciones de los huesos y remodelaciones del cráneo con la ayuda de endoscopios. Tras la cirugía puede ser necesario (también en las abiertas) el uso de una órtesis craneana (casco) durante unos meses para completar la corrección del cráneo.

**Al terminar la intervención,** si se ha hecho una amplia remodelación ósea o el paciente es pequeño, a veces se aprecian ya cambios en la forma de la cabeza. En el caso de sinostectomías simples, o con instalación de distractores, la mejoría se aprecia al cabo de semanas o meses. Puede notarse edema o hinchazón del cuero cabelludo o de la cara o párpados.

**Los beneficios, son la remodelación del cráneo** que provoca una normalización progresiva de la morfología craneal y evita la hipertensión intracraneal. Cuando se realiza sólo la extirpación de la sutura precozmente fusionada, la remodelación va ocurriendo más lentamente en unas semanas o meses.

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 u otras, como otros específicos del procedimiento:

**Frecuentes:**

- Anemia (sangrado) que requiera transfusiones
- Infección de herida quirúrgica
- Neumocráneo (aire en la cavidad)
- Fístula de líquido cefalorraquídeo

**Graves:**

- Meningitis
- Empiema epidural o subdural (infección de la cavidad)
- Crisis epilépticas
- Lesión cerebral o hematoma intracerebral
- Hematoma epidural, subdural, intraparenquimatoso
- La mortalidad (riesgo de fallecer por el procedimiento), es extremadamente infrecuente, pero existe.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Al no realizar la cirugía habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales, lo que incrementa su riesgo vital, hace más difícil la recuperación funcional y el control de la enfermedad.

**Otras alternativas disponibles:**

Solo las craneostenosis posturales, generalmente posteriores, no suelen necesitar tratamiento de cirugía, resolviéndose con cambios de posición de la cabeza del niño, y en algunos casos con cascos ortopédicos.

También se puede adoptar una actitud conservadora si el grado de craneostenosis es muy escaso, con muy escasa o nula repercusión estética y también si el pronóstico vital es muy malo por otras malformaciones asociadas.

**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 Craneosinostosis,** 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 CRANEOSINOSTOSIS, CON TÉCNICA NEURONAVEGADOR O ABIERTA,** 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)