

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA CRANEOFACIAL Y BASE DE CRÁNEO ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:

NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre **"MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO"** para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento

NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El tratamiento quirúrgico de las DEFORMIDADES CRANEOFACIALES y los TUMORES que afectan a la base craneal se realiza mediante vías de entrada generalmente combinadas intracraneales (desde el interior del cráneo) y/o transfaciales (desensamblando estructuras óseas del esqueleto de la cara).

La resección tumores de esta localización implica la creación de un defecto tras la resección tumoral. La reconstrucción de la base craneal implica la utilización de tejidos cercanos al defecto (colgajos locales o regionales) o distantes (colgajos libres microvascularizados).

La cirugía es delicada y de larga duración exigiendo generalmente la colaboración de especialistas (cirujano maxilofacial, neurocirujano, etc.). Se realiza en la practica totalidad de los casos con anestesia general, con el riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesista.

La incidencia de complicaciones es muy variable dependiendo de diversos factores como:

En las Deformidades:

1. La complejidad de la de la deformidad craneofacial (leve, moderada, severa).

2. La región o regiones anatómicas afectadas (una parte o la totalidad del cráneo, una o las dos órbitas, todo el esqueleto facial).

En los Tumores:

1. La agresividad local, regional y a distancia del mismo.

2. La localización anatómica.

3. La extensión tumoral y por tanto del defecto quirúrgico de la base craneal.

Globalmente:

1. La mayor o menor complejidad y duración de la cirugía.

2. La mayor o menor exposición dural (una de las meninges que recubren al encéfalo).

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Trataremos de remodelar y/o recolocar las estructuras craneofaciales que presentan malformación o deformidad, para mejorar el aspecto del paciente, y en el caso de los tumores intentaremos eliminarlos completamente para evitar la sintomatología que presente el paciente, o que por crecimiento progresivo provoquen daño a estructuras cercanas, o incluso causar la muerte.

En su caso:

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Debido a la gran variabilidad de malformaciones craneofaciales, tumores, etc. las alternativas al procedimiento sugerido por sus cirujanos serán personalizadas en cada caso.

En su caso son:

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

En algunos casos se precisa la realización de una traqueostomía (generalmente temporal), o transfusiones de

sangre y hemoderivados (pudiendo derivarse reacciones o infecciones específicas de ellos), permanencia postoperatoria en UCI durante un periodo variable de tiempo, y dispositivos especiales para alimentar al paciente hasta que pueda hacerlo por él mismo (nutrición por sonda o a través de una vena).

En su caso además:

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En el caso de las deformidades congénitas o las que se producen posteriormente, de no intervenir se pueden permanecer o empeorar según el tipo, pudiendo aclarar su caso con su cirujano.

En el caso de los tumores, se producirá casi con seguridad un crecimiento progresivo que afectará a estructuras cercanas, diseminación regional o a distancia en algunos casos, pudiendo provocar la muerte del paciente.

En su caso:

RIESGOS FRECUENTES

1. Relacionadas con el propio acto quirúrgico y postoperatorio inmediato: Sangrado intraoperatorio intra o extracraneal, edema (hinchazón) cerebral.

2. Más adelante: Fístula de líquido cefalorraquídeo (que puede precisar reintervención), infecciones (meningitis, absceso cerebral, absceso epidural, etc.), déficits neurológicos (a veces consecuencia directa de estructuras incluidas en la resección tumoral), pérdida del injerto o colgajo, y complicaciones generales (respiratorias, cardiovasculares, metabólicas) más frecuentes en pacientes comprometidos, e incluso fallecimiento.

3. Tardías: Las más frecuentes, alteraciones estéticas, con recidiva o empeoramiento del resultado obtenido en cirugías de deformidades realizadas en pacientes en crecimiento; intolerancia al material de osteosíntesis, complicaciones oculopalpebrales (diplopía, enoftalmos, ptosis, aumento de exposición escleral); Cicatrices inestéticas.

4. En ocasiones, son necesarias cirugías posteriores, como reconstrucción diferida, para corregir secuelas, o para tratar recidivas del tumor.

En su caso además:

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

1. Rechazo y/o pérdida del injerto o colgajo de manera total que puede requerir reintervenciones para cubrir la zona afectada. Complicaciones graves respiratorias, digestivas, cardiovasculares graves, meningitis, encefalitis y sepsis entre otras. Hemorragias graves.

2. Incluso el fallecimiento del paciente.

En su caso además:

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA