



CONSENTIMIENTO INFORMADO

..... 1er. APELLIDO
..... 2º. APELLIDO
..... NOMBRE
HISTORIA CLINICA <input type="text"/>

D.N.I. del paciente: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del Médico que informa: _____

Nº Colegiado: _____

SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA. TRIGONOCEFALIA

¿Qué es la trigonocefalia?

La trigonocefalia es una craneosinostosis que consiste en el cierre prematuro de la sutura frontal o metópica. En condiciones normales esta sutura debe permanecer abierta hasta los 2 años de edad para permitir la adecuada expansión de la parte anterior del cráneo y las órbitas. En determinadas circunstancias el cierre prematuro de esta sutura impide el desarrollo normal de la bóveda craneal. Esto se manifiesta como una deformidad consistente en una frente en forma de quilla con hundimiento de la región en ambas sienas y disminución de la distancia entre las órbitas. La variabilidad entre los pacientes que sufren un cierre prematuro de la sutura metópica es muy amplia, y oscila de modo que algunos pacientes presentan una deformidad severa que necesita de corrección quirúrgica, mientras que otros presentan tan solo una leve cresta sobre la región frontal que no requiere tratamiento corrector. Hasta en un 10% de los casos la trigonocefalia es una manifestación más de un complejo sindrómico (casos en los que la malformación craneofacial se asocia a otra serie de malformaciones o alteraciones en otros órganos o partes del cuerpo) que debe ser estudiado para descartar otras anomalías acompañantes.

Objetivos de la intervención

La cirugía de corrección de la trigonocefalia tiene como objetivo conseguir una expansión craneal y orbitaria adecuada, obtener una morfología craneal armónica y liberar la presión sobre la región anterior de los lóbulos frontales del cerebro.

Descripción del procedimiento

La cirugía de remodelación craneal en la trigonocefalia consiste en realizar una craneotomía frontal y en ocasiones orbitaria acompañante con una remodelación posterior de toda la región anterior. Habitualmente es necesario el uso de placas y tornillos u otros sistemas de osteosíntesis (fijación del hueso) para mantener dicho montaje.

Esta intervención puede llevarse a cabo a través de diferentes incisiones. Tras la intervención el paciente pasará a la UVI donde permanecerá un tiempo variable que oscila entre las 24 y 72 horas en caso de no aparecer complicaciones. En la mayor parte de los casos se dejarán drenajes quirúrgicos que se retirarán habitualmente en el plazo de 48 horas tras la intervención. La mayor parte de los pacientes precisarán transfusión de hemoderivados.

No existen alternativas válidas a la cirugía para la corrección de la trigonocefalia. El empleo de cascos sin cirugía es insuficiente para conseguir una remodelación craneal y una liberación de la bóveda y el cerebro que se encuentra en su interior.

Riesgos generales por la técnica quirúrgica

La dificultad y los riesgos de la intervención dependen de la severidad de la deformidad de la trigonocefalia, la edad del paciente, las deformidades compensadoras acompañantes y la necesidad o no de corregirlas, la situación general del niño y la posible asociación de otras enfermedades. Las complicaciones más frecuentes desde el punto de vista estadístico son:

- Complicaciones extracraneales: Fiebre postoperatoria sin foco infeccioso filiado (15% de los casos), Infección urinaria (3% de los casos), Infección de la vía venosa central (3%), Infección respiratoria (4% de los casos), Otras complicaciones son poco habituales, si bien pueden aparecer hasta en un 2% de los casos (migración de catéteres,...).
- Complicaciones intracraneales: Infección de herida quirúrgica (2%), Hematoma subgaleal (acúmulo de sangre entre la piel y el hueso) infectado (2%) o no (hasta 10%) que precise evacuación, Empiema (menos del 1%), Desgarros meníngicos (rotura de las meninges)(menos del 1%), Fístula de líquido cefalorraquídeo (menos del 1%), Reacción granulomatosa (inflamación y cicatrización) a material reabsorbible de osteosíntesis (menos del 1%), Escaras de decúbito por el material de osteosíntesis o el hueso (2%), Meningitis (menos del 1%), Craneolacunias (explicar) (10%).

La mortalidad operatoria es del orden del 0,3-0,5% de los casos operados.

Consecuencias seguras o probables del procedimiento

Como consecuencia de la intervención quedará una cicatriz, que en ocasiones puede ser visible a través del cuero cabelludo.

Beneficio del procedimiento a corto y medio plazo

Desde el mismo momento que se inicia el postoperatorio inmediato existe una liberación de la bóveda craneal que se expande, rápidamente en los procedimientos abiertos y algo más lentamente en los procedimientos endoscópicamente asistidos con lo que se consigue una normalización progresiva de la morfología de la bóveda craneal. Esto influye en la consecución de un aspecto estético armónico y una liberación del posible riesgo de hipertensión intracraneal. El hipotelorismo acompañante (acortamiento de la distancia entre ambos globos oculares) así como otras deformidades de partes blandas (epicanto: pliegue de la piel que cubre el ángulo interno del ojo...) regresarán progresivamente y se irán corrigiendo espontáneamente con el crecimiento en la mayor parte de los casos.

Algunos pacientes pueden necesitar nuevos procedimientos quirúrgicos tras la primera intervención.

Riesgos personalizados: NO SI Especificar:

OTRAS CONSIDERACIONES:

Si precisa más información o alguna aclaración, no dude en preguntarnos.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto de que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.
- Acepto la posibilidad de que el procedimiento sea realizado por médicos residentes tutelados por médicos especialistas del Servicio.
- Autorizamos a realizar fotografías o ha grabar el procedimiento quirúrgico, así como utilizar las imágenes o información del caso con fines docentes o científicos, respetando en todo momento el anonimato de mi hijo/hija,
- He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento, aceptando firmar la denegación si esto llegara a suceder.

Firma del menor
(con madurez suficiente)

Firma del Padre, Madre o Tutor

Firma del Médico

DENEGACION DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACION DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Motivo _____

Firma paciente,

Firma testigo,

Firma médico,

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (Padre, Madre, Tutor, etc.).

Nombre: _____ D.N.I.: _____
Firma,

En calidad de _____ deniego la autorización para realizar el procedimiento mencionado.