

1. ¿Qué es? Es una intervención que pretende corregir el defecto craneal, ya sea por motivos estéticos, proteger el cerebro subyacente y corregir los posibles cambios de presión que pudiera ocurrir sobre el cerebro. La retirada de material elimina el hueso o una prótesis dañados o infectados, permitiendo una limpieza y esterilidad de la zona para la posterior reparación del defecto.

2. ¿Cómo se realiza? Mediante cirugía con diversas técnicas:

- **Reparación de defecto craneal o craneoplastia:** consiste en la reapertura del abordaje quirúrgico y reparación del defecto óseo colocando hueso propio o material sintético, que se sujeta a los bordes del defecto.
- **Retirada de colgajo óseo:** consiste en retirar el hueso de una craneotomía previa o del material ya implantado, generalmente por infección o deterioro del mismo, para realizar tardíamente una craneoplastia.

3. ¿Cuáles son sus riesgos? Se trata de una operación muy delicada y puede haber complicaciones intra o postoperatorias y cualquiera de estas complicaciones pueden llevar a un empeoramiento neurológico transitorio o permanente de los síntomas del paciente o a la aparición de otros síntomas nuevos.

Puede haber complicaciones postoperatorias relacionadas con la cirugía (*hemorragia, infección, fístula de líquido cefalorraquídeo*) o del cerebro (*contusión cerebral, edema cerebral, ataques epilépticos*). Cualquiera de estas complicaciones puede llevar a un empeoramiento neurológico transitorio o permanente de los síntomas del paciente o a la aparición de otros síntomas nuevos (*hemiplejía, afasia, trastornos visuales, trastorno de funciones superiores, coma*).

También hay complicaciones no relacionadas directamente con la cirugía. Aunque el resultado final y las complicaciones dependen del estado del paciente, sea por una causa o por otra, la mortalidad postoperatoria no alcanza el 1%.

Frecuencia de las complicaciones más habituales: Infección (superficial de la piel): 0,1-6,8%. Osteomielitis (infección del hueso, o plastia). Infección profunda o cerebritis (inflamación del cerebro) con formación de un absceso cerebral (colección de pus) (rara). Meningitis (rara). Hematoma en partes blandas 2-8%. Zona epidural 1%; Fístula de líquido cefalorraquídeo 1-3%. Crisis epilépticas después de la intervención 0,1-2%. Déficit neurológico (infrecuente). En función de la localización del defecto craneal: Hemiparesia (pérdida de fuerza en la mitad del cuerpo). Alteración del campo visual. Trastorno del lenguaje. Defecto de la sensibilidad. Hemorragia dentro del cerebro (infrecuente) que puede causar un defecto neurológico o empeorar uno que ya existía. Complicaciones en otros órganos o sistemas (neumonías, hemorragias gástricas, trombosis venosas). Mortalidad operatoria: <0,5%.

4. Consecuencias previsibles de su realización: mejoría de los síntomas o del pronóstico.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: 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.

6. Alternativas: mantener el tratamiento actual.

7. Riesgos en función de su situación:

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma: