

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REEMPLAZO DE LA CADERA O PRÓTESIS DE CADERA

INTRODUCCIÓN

Apreciado Usuario:

Usted va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico, invasivo no quirúrgico o terapéutico por el grupo de especialistas del Hospital Universitario San Ignacio. En este documento se explican con claridad, profundidad y en un lenguaje comprensible las más importantes características de la intervención sugerida, su indicación, beneficios y potenciales riesgos. Lo invitamos a leerlo con atención y a discutirlo con su médico tratante quien gustosamente responderá sus preguntas.

En señal de conformidad con la información recibida y con la realización de la intervención quirúrgica, deberá usted firmar el formato correspondiente. Solo con su autorización podremos programarlo y realizarle la intervención descrita.

INFORMACIÓN GENERAL

REEMPLAZO DE LA CADERA O PRÓTESIS DE CADERA

La artrosis de la cadera es una enfermedad que compromete el cartílago de las superficies articulares de la cabeza del fémur y la cavidad con la cual se articula al acetábulo. El daño progresivo del cartílago produce episodios de inflamación y dolor en la cadera, que aumenta en frecuencia e intensidad con el transcurso del tiempo. De la misma manera, se pierde movimiento en la articulación, los músculos se van atrofiando y se produce cojera progresiva.

Algunas otras enfermedades que producen daño de la articulación son enfermedades propias del cartílago o de la membrana sinovial de la articulación, pérdida de la irrigación sanguínea de la cabeza femoral o necrosis vascular, enfermedades del desarrollo temprano de la cadera en los recién nacidos o en la niñez o fracturas que comprometen las superficies articulares o el cuello del fémur en pacientes mayores.

1. PREOPERATORIO

Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas o exámenes pre quirúrgicos, exámenes de laboratorio en sangre y orina, radiografías y electrocardiograma y si fuera necesario algunos otros exámenes especiales. Usted debe permanecer en ayunas desde ocho horas antes de la cirugía.

2. PROCEDIMIENTO

La intervención consiste en sustituir la articulación enferma y reemplazarla por una artificial denominada prótesis. Dicha prótesis está hecha de plástico, de cerámica,

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REEMPLAZO DE LA CADERA O PRÓTESIS DE CADERA

de metal o de la combinación de estos materiales y puede fijarse al hueso con o sin cemento, dependiendo de las circunstancias particulares de cada caso y teniendo en consideración la edad del paciente.

El objetivo de la intervención es aliviar el dolor y mejorar la movilidad e incapacidad de la cadera afectada por las distintas enfermedades articulares o por una fractura desplazada del cuello del fémur.

El procedimiento habitualmente, precisa anestesia general o regional. El Departamento de Anestesia lo valorará en una consulta antes de la cirugía y estudiará sus características personales y exámenes informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Es necesaria la administración de medicación específica para reducir la incidencia de dos de las complicaciones principales:

- Para prevenir la infección después de la operación (infección del sitio operatorio-superficial o infección profunda) se usa un antibiótico profiláctico por 24 horas.
- Para prevenir la aparición de trombosis en las venas (Trombosis venosa profunda y trombo embolismo pulmonar) se usa medicación por cinco semanas de profilaxis antitrombótica.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Implantar la prótesis implica reseca parte del hueso de la articulación por lo que luego de instalar la prótesis se puede presentar alargamiento o acortamiento de la pierna intervenida (discrepancia longitudinal de los miembros).

Durante la operación se presenta pérdida de sangre que puede requerir transfusiones sanguíneas.

Después de la cirugía se presenta dolor y molestias en la zona de la intervención, propias de la cirugía y de la rehabilitación de los músculos de la zona. Estas molestias se pueden prolongar durante algún tiempo o bien en la minoría de los pacientes volverse continuas.

Se precisa reposo de la articulación, en cama o bien caminando con apoyo parcial de la extremidad intervenida, según el tipo y fijación del implante. Igualmente, recibirá instrucciones sobre la rehabilitación que debe realizar, los movimientos que debe evitar y sobre cómo utilizar el caminador o las muletas.

La fuerza muscular se recupera parcialmente cuando el dolor desaparece. La movilidad de la articulación suele mejorar aunque el grado de recuperación depende de lo rígida que esté y del tiempo de evolución de la enfermedad antes de la intervención.

La prótesis no necesariamente es una intervención definitiva, ya que se desgasta o se puede aflojar con el tiempo y puede requerir otra intervención llamada revisión,

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REEMPLAZO DE LA CADERA O PRÓTESIS DE CADERA

en donde se cambian los componentes de la prótesis. (Esta se necesita más frecuentemente en los pacientes más jóvenes o activos que desgastan más rápido las prótesis).

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS.

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), lleva implícitas una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos y que, en un bajo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.

- a)** Formación de trombos y obstrucción venosa con hinchazón y dolor progresivo de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria si migra el trombo al pulmón (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- b)** Infección de la prótesis: superficial (se puede resolver con limpieza local y antibióticos) o profunda (generalmente hay que retirar el implante). Dicha complicación puede ocurrir incluso años después de la intervención. Cuando se efectúe otra intervención en cualquier parte del cuerpo o una manipulación dental la infección puede diseminarse por la sangre y afectar la prótesis. Por dicho motivo, deberá informar al médico u odontólogo, encargado del procedimiento que usted tiene una prótesis.
- c)** Lesión de los nervios de la extremidad, ciático y crural fundamentalmente. Con la posibilidad de acarrear disminución de la sensibilidad o parálisis temporal o definitiva.
- d)** Lesión de los vasos de la extremidad. Cuando esta es grave e irreversible conduce a la amputación de la extremidad.
- e)** Fractura o perforación de un hueso, durante la colocación de la prótesis o en el post operatorio.
- f)** Luxación. En la mayoría de los casos se corrige sin necesidad de operar, con un procedimiento bajo anestesia general o sedación. En otras ocasiones hay que reintervenir y cambiar el implante.
- g)** Limitación de la movilidad de la articulación, secundaria en general a la aparición de calcificaciones o cicatrices alrededor de la prótesis.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REEMPLAZO DE LA CADERA O PRÓTESIS DE CADERA

- h)** Cojera persistente, condicionada por pérdida de la fuerza y/o diferentes causas expuestas anteriormente.
- i)** Otras complicaciones poco habituales: hemorragia severa, hipotensión arterial severa, migración del cemento hacia la sangre y embolia al fijar la prótesis, que puede conducir a que se pare el corazón y se desencadene la muerte.

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo de la articulación, descargarla usando un bastón o intentando perder peso. Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas pero no detiene el desgaste progresivo de la misma.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

Ningún procedimiento está exento de riesgos importantes, incluyendo la muerte, aunque esta posibilidad es infrecuente.

En caso de ocurrir alguna complicación, el hospital procederá con los medios y recursos que necesarios para su control.

AUTORIZACIÓN

He comprendido las explicaciones que, en un lenguaje claro y sencillo, se me han brindado y el médico que me ha atendido me ha permitido expresar todas mis observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la intervención, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir, en especial las siguientes:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REEMPLAZO DE LA CADERA O PRÓTESIS DE CADERA

También he sido informado que durante el acto quirúrgico, procedimiento o tratamiento se pueden presentar imprevistos que hagan al equipo médico variar la técnica o plan de manejo programado. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure mi identidad. En el mismo sentido he sido informado que este Hospital es un centro docente y que participaran en mi atención profesionales en entrenamiento, bajo supervisión del grupo de especialistas del servicio.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento. Ningún procedimiento está exento de riesgos importantes, incluyendo la muerte, aunque esta posibilidad es infrecuente.

En caso de ocurrir alguna complicación, el Hospital procederá con los medios y recursos que se requieran para su control, intentando minimizar en lo posible sus consecuencias.

Yo _____
Fecha _____

• He comprendido la naturaleza y propósitos de la intervención que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico _____ y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.

• La cirugía descrita está aceptada por la especialidad _____ como la mejor alternativa para solucionar mi problema y no existe una contraindicación especial para su realización.

• He sido informado de los métodos alternativos de tratamiento, en caso de que los hubiese, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.

• He informado al médico _____ de mis enfermedades generales para la valoración de las posibles contraindicaciones.

• Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REEMPLAZO DE LA CADERA O PRÓTESIS DE CADERA

repercuta en los restantes cuidados médicos.

- Soy consciente de los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los derivados de la anestesia que en mi caso se aplique.
- Soy consciente que no existen garantías absolutas de obtener resultados satisfactorios.

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial:

Así pues, de forma voluntaria, doy mi consentimiento:

- Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención y para que asista el personal autorizado. SI NO

- Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas. SI NO

- Para que se puedan realizar fotografías o/y grabar la intervención, así como su utilización con fines didácticos o científicos sin que se divulgue el nombre del paciente o sus familiares. SI NO

- Para que, en caso de necesidad se me hagan transfusiones de sangre y/o hemoderivados. SI NO

Firmas

Paciente _____

Acudiente o tutor _____

Médico _____



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN IGNACIO**

CIENCIA Y TECNOLOGIA CON PROYECCION SOCIAL

GESTIÓN ASISTENCIAL INTEGRAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CÓDIGO:GAI-R-199
VERSIÓN:01
APROBADO:30/04/14
PÁGINA 7 DE 7**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REEMPLAZO DE LA CADERA O PRÓTESIS DE CADERA

Testigo _____

COPIA CONTROLADA