

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROSCOPIA DE CADERA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La intervención consiste en introducir dentro de la articulación de la cadera un fino telescopio conectado a una cámara de video, a través de pequeñas incisiones, para poder explorar la articulación bajo visión directa y localizar las posibles lesiones. También se introduce el instrumental necesario para repararlas.

Se trata de introducir dentro de la articulación de la cadera una pequeña cámara de video a través de una pequeña incisión. Con ello se explora bajo visión directa una gran cantidad de los problemas que pueden afectarla. Para algunas de las técnicas empleadas puede ser necesario el uso de implantes metálicos o de otros materiales dentro del hueso. Estos implantes pueden ser permanentes o bien puede ser necesaria su retirada en una segunda intervención.

Si en el curso del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

La finalidad de la técnica es diagnosticar y tratar diferentes enfermedades que afectan a la articulación de la cadera.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Infección de la articulación.
- Hematoma o derrames.
- Lesión de vasos sanguíneos y hemorragias.
- Lesión por compresión del periné. Puede producir dolor pélvico al sentarse, disfunción sexual o dificultad para orinar o defecar.
- Parálisis de los nervios de la extremidad. Puede reducir la sensibilidad y/o provocar una parálisis (temporal o definitiva).
- Rigidez de la articulación y pérdida parcial o total de la movilidad de la cadera. Puede requerir una nueva cirugía.
- Rotura ocasional de tendones, cartílagos o huesos próximos a la articulación.
- Síndrome compartimental, que puede dañar nervios y músculos, o dar problemas con el flujo sanguíneo.
- Flebitis (inflamación de las venas) o tromboflebitis. Pueden causar un tromboembolismo pulmonar (por desplazamiento de un coágulo) que de forma muy infrecuente puede tener consecuencias fatales.
- Rotura de algún instrumento en el interior de la articulación.
- Necrosis de la cadera.
- Recidiva de la patología tratada o ausencia de mejoría.

- Necrosis cutánea.
- Dolor crónico.
- Reacción alérgica, al material implantado.
- Quemaduras por bisturí eléctrico.
- Uso de implantes hipoalergénicos.
- Lesiones en la piel por los vendajes (sobre todo en pacientes mayores).
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica (puede afectar a la articulación y al hueso):

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia de la sutura (apertura).
- Fístula (permanente o temporal).
- Cicatriz anómala.
- No tolerar los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesias (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento médico para aliviar el dolor y la inflamación.
- Limitar la actividad física.
- Rehabilitación.

AUTORIZACIÓN PARA "ARTROSCOPIA DE CADERA"

Yo, D./D.^a , como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: