

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE CADERA EN RESORTE

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La cadera en resorte es una patología de la articulación de la cadera que se caracteriza por la sensación de un chasquido a nivel de la cadera cuando un tendón o un músculo se desliza sobre el saliente de un hueso. Produce dolor y con el paso del tiempo provoca degeneración (desgaste) en la articulación.

El procedimiento consiste en cortar, liberar y reparar las estructuras de la articulación (músculos, tendones, etc.) de la cadera que producen el resorte. Existen diferentes técnicas quirúrgicas para tratar la cadera en resorte en función de su localización. La cirugía se puede hacer con técnica artroscópica (a través de un tubo fino), ecoguiada (con ayuda de un ecógrafo) o con cirugía abierta (convencional).

La finalidad principal de la cirugía es aliviar o eliminar el dolor y la sensación de salto que se produce al mover 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 técnica son:

- Hematoma.
- Lesión de vasos y nervios cercanos. Pueden ocasionar trastornos sensitivos y/o motores que pueden ser irreversibles.
- No desaparición de los síntomas o que vuelvan a aparecer.
- Rigidez o limitación del movimiento.
- Que se afloje, se rompa o penetre en la articulación parte del material implantado o usado durante la cirugía.
- Complicaciones de la piel (necrosis, etc.).
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio que hay alrededor de determinados músculos).
- Dolor con ardor intenso, rigidez, inflamación y cambio de color en la zona afectada.
- Quemaduras por bisturí eléctrico.
- Uso de implantes hipoalergénicos.
- Aparición de lesiones cutáneas por los vendajes, sobre todo en pacientes mayores, con piel de cebolla.
- Sangrado durante la intervención o tras ella. Puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Embolia grasa, flebitis (inflamación de las venas) o tromboflebitis. Pueden causar un tromboembolismo pulmonar (desplazamiento de un coágulo al pulmón) y tener consecuencias fatales.
- 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 híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. 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:

- Ejercicio físico y fisioterapia.
- Tratamiento con fármacos para el dolor, la inflamación y la infección.

Estos tratamientos sólo mejoran los síntomas y no detienen el avance de su enfermedad.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE CADERA EN RESORTE"

Yo, D./Dª , 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: