

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE NECROSIS AVASCULAR DE CADERA**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La necrosis avascular de cadera está causada por la falta de riego sanguíneo y/o aporte de nutrientes en la cadera. Esto ocasiona la muerte del tejido óseo (osteonecrosis). Al principio la necrosis de la cadera no duele, pero más adelante produce un dolor progresivo en la ingle y va limitando los movimientos.

Esta cirugía consiste en realizar unas perforaciones en la zona a tratar para restablecer el riego sanguíneo. De esta forma se evita la progresión de la enfermedad.

Se puede hacer mediante técnica convencional o mediante técnica de mínima incisión, a través de pequeños orificios. Además se puede acompañar de aspirado de médula ósea, células madre, injerto de hueso (del propio paciente o de donante) u otros sustitutos óseos.

Es posible que durante la cirugía haya que modificar el procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad de la técnica es aliviar o eliminar el dolor producido por la necrosis de la cabeza del fémur y recuperar la movilidad de la articulación.

### **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:

- Reaparición de la molestia.
- Lesión o afectación de algún tronco nervioso (causando de forma temporal o definitiva trastornos sensitivos y/o motores).
- Embolia grasa (paso de gotitas de grasa del interior del hueso a la sangre, que puede producir un fallo respiratorio agudo), flebitis o tromboflebitis con riesgo de embolismo pulmonar (desplazamiento de un coágulo al pulmón) y tener consecuencias fatales.
- Adormecimiento de la zona distal (alejadas) a la incisión u orificios.
- Neuroma cicatricial (atrapamiento en la cicatriz de un nervio).
- Rigidez o limitación en la función de articulaciones vecinas.
- Necrosis (destrucción) de los bordes de la herida.
- Hematoma o lesión vascular.
- Quemaduras por bisturí eléctrico.
- Uso de implantes hipoalergénicos.
- Aparición de lesiones cutáneas por los vendajes, sobre todo en pacientes mayores, con piel de cebolla.
- Algodistrofia simpático refleja (síndrome de dolor intenso en la articulación).
- Aumento de la presión en los compartimentos musculares.

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- 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 hipoestésias (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. Reaparición de la molestia.

### 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:

- Rehabilitación.
- Infiltraciones.
- Amputación (si no se puede hacer una resección ni una reconstrucción funcional).

### AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE NECROSIS AVASCULAR DE CADERA"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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: