

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECAMBIO O RETIRADA DE PRÓTESIS DE CADERA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en retirar la prótesis y el cemento que la fija al hueso (si lo hubiese). En la misma cirugía, si se puede, se implanta una nueva prótesis.

Para realizar el recambio, se necesita un implante más grande que tenga algún suplemento para estabilizar la prótesis. Otras veces se usan injertos de hueso (del propio paciente, del banco de huesos o hueso artificial). La nueva prótesis no será definitiva, ya que se va a desgastar o aflojar con el tiempo. Por eso será necesaria otra cirugía más adelante (sobre todo en personas jóvenes o activas).

En caso de infección se podrá colocar en la misma operación una nueva prótesis, si el médico está seguro que el hueso ha quedado limpio. Sin embargo lo más habitual es realizar una primera intervención de limpieza y luego una segunda operación para colocar una nueva prótesis. En algunos casos se puede usar un espaciador de cemento impregnado de antibióticos hasta que se realice la segunda intervención.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad de esta cirugía es aliviar el dolor e intentar mejorar la movilidad de la cadera. También puede tener como propósito intentar eliminar la infección, en el caso de que exista.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

No tiene.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

La colocación de la prótesis suele tener como consecuencia el alargamiento o el acortamiento de la pierna intervenida. Si se efectúa únicamente la retirada de la prótesis, la extremidad intervenida suele quedar acortada y con el pie levemente girado hacia fuera.

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.
- Que se afloje, se rompa o penetre en la articulación parte del material implantado o usado durante la cirugía.
- Rigidez o limitación del movimiento.
- Rotura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención.
- Complicaciones de la piel (necrosis cutáneas, etc.).
- Quemaduras por bisturí eléctrico.
- Uso de implantes hipoalergénicos.
- Aparición de lesiones cutáneas por los vendajes, sobre todo en pacientes mayores, con piel de cebolla.

- Osificaciones periprotésicas (desarrollo de hueso en el tejido blando).
- Luxación de la prótesis (situación en que los componentes de la prótesis se desenganchan, es decir, la cabeza del fémur se sale de la parte de la pelvis).
- Imposibilidad de inserción de una nueva prótesis.
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio existente alrededor de determinados músculos).
- Embolia grasa, flebitis (inflamación de las venas) o tromboflebitis. Pueden causar un tromboembolismo pulmonar (desplazamiento de un coágulo al pulmón) y tener consecuencias fatales.
- Dolor con ardor intenso, rigidez, inflamación y cambio de color en la zona afectada.
- Complicaciones de vasos sanguíneos y nervios derivados del uso del manguito de isquemia que mantiene la zona quirúrgica libre de sangre.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- 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 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.

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.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

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 con fármacos para el dolor y la inflamación.
- Tratamiento crónico con antibióticos, si es el caso (antibióticoterapia supresora).
- Reposo y descarga del miembro.

AUTORIZACIÓN PARA "RECAMBIO O RETIRADA DE PRÓTESIS 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: