

ARTROPLASTIA DE CADERA

Esta intervención se realiza en el caso de fracturas conminutas, necrosis avascular, artrosis severa de la cadera acompañada de dolor y limitación de la movilidad, para reducir el dolor y mejorar la movilidad. Consiste en sustituir la articulación de la cadera por una articulación artificial. La prótesis se compone de dos elementos: cotilo y vástago. Se le pondrá:

cotilo	<input type="checkbox"/> cementado,	<input type="checkbox"/> no cementado
vástago	<input type="checkbox"/> cementado,	<input type="checkbox"/> no cementado.

Será precisa anestesia, por lo que será valorado e informado por el Servicio de Anestesia. En general será necesario transfundirle sangre para reponer pérdidas. Si lo desea y siempre que las circunstancias lo permitan, podrá realizarse una autotransfusión, lo que exige una preparación previa que se le explicará. En caso de imprevistos durante la intervención se podrá variar el tipo de intervención a realizar. Permanecerá hospitalizado ___ días. A las 48 horas podrá ser levantado de la cama y sentado en un sillón. Al principio, para caminar necesitará la ayuda de dos bastones, que mientras esté hospitalizado le prestará el hospital. Será muy importante que realice los ejercicios que se le vayan indicando en su estancia hospitalaria.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, entre los más importantes:

poco graves y frecuentes: hematomas; flebotrombosis, tromboflebitis; insuficiencia muscular; dolor en miembros inferiores. El miembro inferior no tendrá la misma longitud que antes de la intervención, lo que no le impedirá caminar con normalidad.

graves y poco frecuentes: fractura ósea intraoperatoria; infección; alergia al material implantado; lesiones nerviosas (ciático, crural); lesiones vasculares; tromboembolismos a pesar del tratamiento preventivo; calcificaciones periarticulares que limitarían la movilidad; síndrome compartimental; aflojamiento; rotura de la prótesis.

poco graves y poco frecuentes: cicatrices hipertróficas; hemartros; anestesia o hipersensibilidad de la cicatriz; prurito (picor); dehiscencia de sutura; necrosis de piel y/o del tejido celular subcutáneo; osteoporosis localizada de Sudeck.

Algunas de las complicaciones pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, que incluye un riesgo de gravedad, y en ocasiones será necesario retirar la prótesis.

Se recomienda evitar los movimientos de cruzar la pierna operada sobre la sana, junto con la flexión de la cadera, por el riesgo de luxación que existe en ese caso. En ocasiones puede ser necesario la utilización de una ortesis. Si por alguna causa determinada no fuera posible colocarle ningún tipo de prótesis, deberá tener en cuenta que el acortamiento que le quedará será entre 7 y 10 cm.

La artrodesis de cadera, en personas jóvenes, es una alternativa a esta intervención.

Si usted, o algún familiar desea

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

PACIENTE

Yo Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el /la Dr /a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, 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. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice

En.....ade.....de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Dña.....en calidad de..... del paciente Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el/la Doctor/a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, 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. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento /procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se realice al paciente la.....

En.....ade.....de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA REPRESENTANTE

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Dña **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha..... y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme a procedimiento de.....

Enade.....de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA PACIENTE