

# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE PERTHES

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

## PACIENTE

Yo, D./Dña.....de.....años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

## REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña. ....de.....años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.  
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

## DECLARO

Que el Dr./la Dra.....  
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE PERTHES**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

### 1. PREOPERATORIO

Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

2. La enfermedad de Perthes es una de las enfermedades que afectan con más frecuencia a la cadera del niño, aunque no se conocen sus causas con precisión. En un 15% de los casos existe afectación de ambas caderas. La enfermedad, que evoluciona durante muchos meses, provoca un deterioro progresivo de la forma, estructura y crecimiento de la cabeza femoral y del acetábulo pélvico (cavidad articular de la pelvis), seguido de un proceso de curación natural. Durante el proceso de deterioro y la fase de curación, pueden resultar cuatro tipos de deformidades de la cadera:

- *Coxa Magna*: el resultado final es una cadera más grande de lo normal pero con buena función.
- *Cierre fisario prematuro*: se provoca una finalización precoz del crecimiento de determinadas porciones de la cadera, que conlleva una desproporción entre el tamaño de las estructuras que la componen, así como alteraciones en la forma del acetábulo pélvico.
- *Formación irregular de la cabeza femoral*: similar al anterior pero alterando selectivamente la forma de la cabeza del fémur.
- *Osteocondritis disecante*: es la menos común (3%) y se da tras largos procesos de curación natural y reparación ineficaces.

La enfermedad provoca generalmente dolor en la ingle, muslo o rodilla, pérdida de movilidad de la cadera y cojera; es de aparición progresiva con fases de mayor y menor sintomatología. Existen unos factores y signos de riesgo que ayudan a orientar a pronóstico del resultado final, entre los que destacan: el grado de afectación y deformidad de la cadera, la congruencia articular, la edad de presentación, la alteración del crecimiento de la cadera, la situación al iniciar el tratamiento, la evolución radiográfica y el tratamiento utilizado.

Los objetivos del tratamiento son mantener el movimiento y prevenir la deformidad y la alteración del crecimiento de la cadera. La mayoría de los pacientes (60%) que presentan una enfermedad de Perthes no requieren tratamiento, debiendo realizar revisiones clínicas y radiográficas durante el seguimiento evolutivo. Aquellos pacientes que, en el momento del diagnóstico o durante su evolución, presenten signos clínicos o radiológicos de riesgo deben iniciar tratamiento. El tratamiento será más eficaz si se inicia en la primera fase de la enfermedad.



Dentro de los métodos de tratamiento no quirúrgico se encuentran: el reposo en cama (con o sin tracción de la extremidad, o con yesos), los dispositivos ortopédicos para estimular y/o mantener la congruencia articular (férulas, ortesis...) y la descarga de la articulación (con férulas, muletas). Estos tratamientos pueden prolongarse durante muchos meses, con una aceptación y tolerancia variable por parte del paciente.

Cuando los métodos no quirúrgicos no resultan eficaces, o cuando la cadera presenta signos de riesgo o mal pronóstico, pueden realizarse tenotomías (cortes en los tendones) para relajar la cadera o bien osteotomías (cortes en los huesos), tanto a nivel del fémur como de la pelvis, para conseguir una mejor congruencia de la articulación. Las osteotomías se estabilizan con implantes metálicos que deberán ser extraídos posteriormente en una segunda intervención. En las formas de *Cierre fisario prematuro* pueden ser necesarias intervenciones para reequilibrar la desproporción resultante entre el tamaño de las estructuras de la cadera, frenando el crecimiento de las más grandes o bien modificando su forma mediante osteotomías.

En otras ocasiones, puede ser necesaria la eliminación de porciones óseas concretas que han presentado un crecimiento no deseado. Como operaciones de salvamento, pueden realizarse otras osteotomías a nivel del fémur y/o la pelvis para mejorar la forma y función final de la cadera.

### 3. DESCRIPCIÓN DE RIESGOS TÍPICOS

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente lleva implícitas una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.

La cirugía de tratamiento de la LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA puede presentar complicaciones:

- a) Corrección insuficiente.
- b) Infección.
- c) Dificultad en la cicatrización.
- d) Daño neurológico o vascular.
- e) Migración de implantes.
- f) Riesgos anestésicos acompañantes.

### 4. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

No existen.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo 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 respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....  
.....  
.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. 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 procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE PERTHES**:

.....  
En....., a ..... de.....de.....

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL,  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

**TESTIGO**

Yo, D./Dña.....  
*(Nombre y dos apellidos del testigo)*

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

que le ha entregado el Dr./la Dra.....  
*(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)*

Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por su situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, ha entendido y acepta que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el Consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **HA DADO SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE PERTHES:**

.....

En....., a ..... de.....de.....

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, D./Dña.....  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

Yo, D./Dña.....  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

Yo, D./Dña.....  
*(Nombre y dos apellidos del testigo)*

**REVOCO** el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En....., a ..... de.....de.....

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo. EL/LA TESTIGO

