

Consentimiento informado en cirugía de la luxación congénita de cadera

¿Qué es la Luxación Congénita de Cadera?

Es una enfermedad que afecta al desarrollo de la articulación de la cadera, condicionando una pérdida de su posición anatómica normal. En un 15-30% de los casos existen antecedentes familiares, y se ha comprobado la influencia de factores genéticos y raciales, así como la posición fetal durante el embarazo. La incidencia global es de aproximadamente 1,5 casos por 1000 nacimientos. Es más frecuente en niñas (80%) que en niños (20%), y la incidencia es mayor en el primer hijo/a de la pareja. La cadera izquierda es la más comúnmente afectada. La mayoría de los casos se detectan al nacimiento gracias a los programas de detección precoz. Sin embargo, dado que se trata de una enfermedad del desarrollo de la cadera, algún caso puede detectarse de forma más tardía.

En dependencia del grado de afectación de la cadera podemos distinguir:

- Displasia de cadera: afecta al desarrollo del acetábulo pélvico (cavidad articular de la pelvis), o de la cabeza femoral o a ambos.
- Subluxación: cuando una cadera displásica no tiene una posición anatómica completamente normal.
- Luxación: cuando una cadera ha perdido completamente su posición anatómica normal.

La exploración clínica ayuda a comprobar el grado de estabilidad de la cadera en su posición anatómica, o la posibilidad de conseguirla desde una posición de inestabilidad.

Esta enfermedad puede asociarse a otras alternativas del cuello o de los pies, así como a otras malformaciones congénitas, dentro de un síndrome neurológico-muscular, o polimalformativo. En algún caso, la cadera se presenta luxada de forma previa al nacimiento.

¿Qué opciones de tratamiento existen?

Generalmente, un diagnóstico precoz acompañado de un tratamiento ortopédico correcto mediante distintos dispositivos ortopédicos (férulas, ortesis, etc.) dirigidos a mantener la cadera enferma en separación y flexión adecuadas tiende a resolver el problema en la mayoría de las ocasiones. La duración de este tratamiento vendrá determinada por el Médico Especialista responsable del tratamiento, en función de la evolución del caso en cuestión. Se considera que este tipo de tratamiento tiene su mejor indicación hasta la edad de 6 meses.

Si el diagnóstico no ha sido precoz (pacientes mayores de 6 meses), o si un correcto tratamiento ortopédico no ha conseguido estabilizar la cadera, puede ser necesaria la reducción bajo anestesia general para conseguir la posición anatómica correcta de la cadera y mantenerla utilizando un vendaje de yeso o de materiales plásticos. Este procedimiento puede estar precedido de un periodo de tracción previo, dirigido a relajar las partes blandas y facilitar la reducción. Para facilitar la reducción bajo anestesia general puede requerirse la realización simultánea de tenotomías (sección de tendones), facilitando una posición más estable de la cadera, lo que se comprueba en quirófano mediante el aparato de radioscopia. Una vez conseguida la reducción, la inmovilización debe prolongarse durante un periodo aproximado de 3 meses, durante los cuales se realizan cambios del vendaje enyesado y de la posición de las caderas del paciente. Tras retirar los yesos, y una vez conseguida la reducción estable de la cadera, puede indicarse la utilización de un dispositivo ortopédico (férula) hasta conseguir un desarrollo satisfactorio de la articulación.

En ocasiones puede ser necesaria la realización de osteotomías (cortes en el hueso) a nivel de la pelvis para reorientar o ampliar el acetábulo pélvico, o a nivel del fémur para mejorar la congruencia y función articular.

¿Cuándo debe considerarse el tratamiento quirúrgico?

Cuando pese a un correcto tratamiento ortopédico inicial, se mantiene una situación de subluxación, o una interposición de estructuras que impidan la reducción de la cadera, o se trate de

una cadera reducible pero inestable. Existen diferentes vías de abordaje quirúrgico. En dependencia de la edad del paciente, y de la situación de la cadera a tratar, el médico responsable puede decidirse por uno u otro tipo de intervención. El objetivo del tratamiento quirúrgico es conseguir la reducción y mantenerla, evitando el daño a la cabeza femoral. Tras conseguir la reducción de la cadera, se inmoviliza al paciente mediante un vendaje enyesado en determinadas posiciones de estabilidad que se modifican en función de la evolución del caso.

¿Qué riesgos existen?

- 1. Corrección insuficiente.
- 2. Infección.
- 3. Dificultades en la cicatrización.
- 4. Daño neurológico o vascular.
- 5. Migración de implantes.
- 6. Riesgos anestésicos acompañantes.

CONSENTIMIENTO

El paciente D/Dña. _____ años, con D.N.I. número _____ con domicilio en _____ ..provincia de _____, o en su nombre:

D/Dña. _____ con D.N.I número _____ ..y domicilio en _____, provincia de _____

....., como _____ ..del paciente, habiendo comprendido en todos sus términos la información facilitada por el Dr _____ .. acerca de todas las eventualidades anteriormente descritas y una vez informado/a de las complicaciones que puedan derivarse de la misma.

O NO acepta que le sea practicada dicha intervención quirúrgica.

En _____ ..de 20_____ ..

El paciente _____ .. Los padres _____ ..

El testigo _____ .. El médico _____ ..
Nº Colegiado: _____ ..

7.REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

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

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

Fdo. EL/ LA DOCTOR/A
Nº Colegiado: _____ ..

Fdo. EL/LA REPRESENTANTE