

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Las luxaciones de hombro se producen cuando la cabeza con forma esférica del hueso del brazo (húmero) sale de su cavidad en la escápula (omóplato). El hueso puede ser empujado por completo fuera de la articulación, llamada luxación, o solo parcialmente, llamada subluxación.

El procedimiento consiste en la reconstrucción de las estructuras de la articulación del hombro, volver a fijar la cápsula y ligamentos, o seccionar el hueso y unirlo con posterioridad para evitar la producción de nuevas luxaciones.

Estos procedimientos se pueden hacer mediante cirugía artroscópica y/o cirugía abierta.

La cirugía abierta se realiza a través de un corte en el hombro.

En caso de que sea mediante artroscopia, se introduce, a través de pequeñas incisiones (portales), un tubito de fibra óptica conectado a una cámara de vídeo. Por medio de esas incisiones se introducen también los instrumentos necesarios para su tratamiento.

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

La finalidad del procedimiento consiste en evitar luxaciones repetidas del hombro.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

La intervención quirúrgica suele traer como consecuencia una limitación de la movilidad, que suele ser de escasa importancia.

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:

- Hematoma o lesión vascular.
- Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- Aflojamiento, rotura o penetración intraarticular del material implantado o instrumental quirúrgico.
- Rigidez o limitación funcional del hombro y de articulaciones vecinas.
- Rotura o estallido del hueso que se manipule en la intervención.
- Aparición de nuevas luxaciones a pesar del tratamiento quirúrgico.
- Evolución hacia la artrosis.
- Complicaciones de la piel (necrosis cutánea).
- Algodistrofia simpático refleja (síndrome de dolor en la articulación).
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio existente alrededor de determinados músculos).
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar e incluso tener consecuencias fatales).

- 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:

- Infección, con diferente gravedad que puede afectar a la articulación y al tejido óseo.
- Dehiscencia (apertura) de la sutura.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesias (aumento descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelve con tratamiento médico, ortopédico y/o rehabilitador aunque a veces haya 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.

CONTRAINDICACIONES

- Mala situación vásculo-nerviosa del miembro a operar.
- Infección activa.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento médico sintomático.
- Fisioterapia.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO"

Yo, D./Dª. _____, 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./Dª. _____, 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: Servicio de

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: