

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivo

El propósito principal de la intervención es intentar evitar las luxaciones recidivantes del hombro.

Características

La intervención consiste en la sutura del orificio que existe en las estructuras del hombro, por donde la cabeza humeral se luxa. La intervención precisa de anestesia general, que será valorada por el anestesista.

Riesgos

Toda intervención quirúrgica, tanto por la técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad) lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos. Como complicaciones específicas se han descrito:

- Re luxación a pesar del tratamiento quirúrgico
- Infiltración de los tejidos con suero de irrigación que produce hinchazón alrededor del hombro
- Hematoma o hemorragia por afectación de un gran vaso, que puede presentarse durante o después de la operación
- Lesión o afectación de un tronco nervioso con la consiguiente parálisis o trastorno sensitivo
- Flebitis o tromboflebitis que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar
- Es inherente a la intervención la limitación de la rotación externa del brazo, casi siempre imperceptible
- Aflojamiento del material metálico utilizado

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, esta posibilidad es excepcional en este tipo de cirugía. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de la Clínica están disponibles para intentar solucionarla.

Como alternativas terapéuticas usted puede ser operado por cirugía abierta.

Si existiesen complicaciones que impidan la cirugía debería ser sometido a rehabilitación como tratamiento paliativo conservador.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA ARTROSCÓPICA LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal