

REDUCCIÓN ORTOPÉDICA CERRADA DE LUXACIONES PROTÉSICAS

1. ¿Qué es? Es una intervención cuyo propósito principal es restablecer la anatomía y función de la articulación luxada (los huesos no están en su posición normal) evitando complicaciones de la prótesis.

2. ¿Cómo se realiza? Consiste en la restauración de la anatomía normal de la articulación luxada mediante manipulación cerrada y su estabilización mediante vendajes, tracciones u ortesis. En ocasiones, es imposible conseguir o mantener la reducción mediante procedimientos “cerrados”, lo que obligaría a realizar una reducción abierta en el mismo momento o de forma diferida, así como utilizar métodos de estabilización como fijadores externos, agujas clavos, tracciones, etc, habitualmente de forma temporal. Excepcionalmente, se puede decidir dejar la prótesis luxada o retirarla y dejar la articulación “sin prótesis” (por ejemplo, en la cadera).

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

El procedimiento puede precisar de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el servicio correspondiente.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

▪ **Frecuentes (más del 10%):**

- Recidiva de la luxación
- Imposibilidad de reducción cerrada
- Estabilización insuficiente que requiera revisión quirúrgica abierta
- Necesidad de llevar ortesis estabilizadora tras reducción

▪ **Infrecuentes (menos del 10%):**

- a. Imposibilidad de conseguir la reducción anatómica lo que supondría realizar una reducción abierta.
- b. Hematoma o lesión vascular.
- c. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- d. Rotura o estallido del hueso que se manipula durante la reducción. Fractura periprotésica.
- e. Aflojamiento o rotura de la prótesis durante las maniobras de reducción, lo que obligaría a un recambio de la misma.
- f. Rigidez o limitación funcional articular. Calcificaciones en los tejidos que rodean la articulación.
- g. Necrosis o lesiones cutáneas.
- h. Síndrome de dolor regional complejo.
- i. Síndrome compartimental.
- j. Embolia grasa o trombosis venosa profunda (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte)

4. Consecuencias previsibles de su realización: restablecer la anatomía y función de la articulación luxada evitando complicaciones de la prótesis.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: no lograr la autonomía y función de la articulación luxada, no pudiendo evitarse complicaciones de la prótesis.

6. Alternativas: no existe alternativa. En caso de no conseguir una reducción cerrada, se debe realizar de forma abierta.

7. Riesgos en función de su situación: toda intervención quirúrgica, y en función a 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) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma: