

ARTRODESIS DE LA ARTICULACIÓN METACARPOFALÁNGICA DEL PULGAR

1. ¿Qué es? Es un procedimiento quirúrgico cuyo propósito principal es aliviar el dolor y recuperar la estabilidad y la fuerza del pulgar.

2. ¿Cómo se realiza? Consiste en la fijación de la articulación metacarpo-falángica del pulgar con lo que se elimina la movilidad de la misma. Para acceder a la articulación dañada es necesario preparar los extremos de los huesos que la forman (metacarpiano y falange proximal), colocándolos en la posición deseada y fijándolos con un material de osteosíntesis (agujas, clavos, fijadores externos, tornillos y/o placas) habitualmente de acero o titanio. Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que no suelen requerir transfusiones sanguíneas.

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

La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el servicio correspondiente y se le informará de ello.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

▪ **Frecuentes (más del 10%):**

- Dolor postquirúrgico en el área intervenida
- Pérdida de fuerza.
- Perdida de la movilidad de la articulación fijada.
- Edema de la muñeca/mano al retirar el vendaje postquirúrgico. En pacientes con pieles muy sensibles, la presión del manguito neumático que se utiliza en algunos casos para operar en condiciones de isquemia, o incluso el contacto del producto adhesivo de los apósitos, puede dar lugar a pequeñas lesiones cutáneas superficiales (enrojecimiento, ampollas...).
- Cicatriz del abordaje quirúrgico.

▪ **Infrecuentes (menos del 10%):**

- Infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar al tejido óseo.
- Hematoma o lesión vascular.
- Lesión o afectación de algún nervio digital que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos.
- Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- Pseudoartrosis, (falta de unión) de la artrodesis que obligaría a una nueva intervención.
- Rotura, aflojamiento o penetración articular del material de osteosíntesis o instrumental quirúrgico.
- Fractura o estallido de los huesos que se manipulan.
- Necrosis cutáneas.
- Cicatriz de la herida dolorosa.
- Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck
- Síndrome compartimental.
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
- Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.
- Complicaciones derivadas de la posición durante la cirugía y/o tiempo prolongado de la cirugía (escaras o decúbitos cutáneos, compresiones nerviosas...).

4. Consecuencias previsibles de su realización: aliviar el dolor y recuperar la estabilidad y la fuerza del pulgar.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: continuar con el dolor y no recuperar la estabilidad y la fuerza del pulgar.

6. Alternativas: se puede realizar un tratamiento conservador consistente en medicación sintomática, infiltraciones o inmovilización mediante ortesis.

7. Riesgos en función de su situación: toda intervención quirúrgica, y en función de 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) 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	CATEGORIA 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:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales