

**1. ¿Qué es?** Es un procedimiento que se utiliza cuando el paciente ha sido diagnosticado de padecer una destrucción de la articulación de la muñeca, y consiste en la eliminación parcial o total del movimiento de esa articulación. El propósito principal de la intervención es aliviar el dolor y recuperar la estabilidad y la fuerza de la extremidad afectada.

**2. ¿Cómo se realiza?** Consiste en la fijación de la articulación de la muñeca con lo que se perderá parcial o totalmente la movilidad en flexión y extensión (hacia "arriba y abajo") de la misma. Esta pérdida parcial de la movilidad es posible porque la muñeca consta de varias articulaciones que al actuar conjuntamente consiguen un amplio balance en flexo-extensión. Para acceder a la articulación dañada es necesario preparar los extremos de los huesos que la forman (radio, escafoides, semilunar, grande etc.), colocándolos en la posición deseada y fijándolos con un material de osteosíntesis, agujas, clavos, tornillos y/o placas, habitualmente metálicos (acero, titanio...).

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento debido a la enfermedad que haya provocado esta destrucción, por lo que no es infrecuente asociar otras intervenciones tales como la "sinovectomía" (tendinosa o de otras articulaciones) y el tratamiento de los tendones por la rotura de los mismos (injerto tendinoso o transferencia músculo-tendinosa).

La intervención precisa de anestesia (cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el servicio de anestesia y reanimación).

### **3. ¿Cuáles son sus riesgos?**

- **Frecuentes (más del 10%):** 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%):** ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. "Pseudoartrosis" (falta de unión de la artrodesis que nos obligaría a realizarla de nuevo). Rotura del material de osteosíntesis implantado. Fractura de los huesos donde se colocó el material. Pérdida de fuerza. Aparición de un "síndrome dolo regional complejo tipo I" (algodistrofia simpático refleja o "sudeck") que se acompaña de dolor, tumefacción y rigidez que es de muy difícil tratamiento y puede dejar serias secuelas. Lesiones de troncos nerviosos y de vasos sanguíneos que se hallan situados alrededor de la articulación. Alteraciones en la cicatrización: dehiscencia (apertura) de la herida por la tensión de los bordes, por necrosis o infección, lo que requeriría para su solución una nueva intervención (limpieza, injerto cutáneo etc.). Esta posibilidad es mayor en función de los tratamientos que pueda seguir por su enfermedad. Sangrado importante en el postoperatorio inmediato, que en casos excepcionales, necesitará de transfusión sanguínea. Infección (debido al material extraño implantado en el cuerpo) aunque este riesgo se minimiza mediante el uso de antibióticos administrados de forma profiláctica. 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:** conseguir la estabilidad de la articulación de muñeca permitiendo mejor función y más fuerza en la extremidad superior.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** no aliviar el dolor ni recuperar la estabilidad y la fuerza de la extremidad afectada.

**6. Alternativas:** el paciente podría seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, reposo relativo e inmovilización de la articulación afecta, pero, la alternativa más común a una artrodesis es una artroplastia, es decir, la colocación de una prótesis para mantener la movilidad. Su médico le explicará porque, en su caso, no cree indicada esta posibilidad.

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