



1. ¿Qué es? Es un procedimiento que permite la visualización directa con la artroscopia de muñeca, permitiendo diagnosticar el tipo de lesión del fibrocartílago triangular (CFCT), así como el estado articular y otras lesiones asociadas.

2. ¿Cómo se realiza? Consiste en la introducción, a través de pequeñas incisiones (portales) de una fibra óptica conectada externamente a una cámara de vídeo, dentro de la articulación. A través de los portales, también se introducen los instrumentos necesarios para el tratamiento de la patología. Las técnicas quirúrgicas son variadas y cambiantes con el paso del tiempo. Se puede realizar un desbridamiento, electrocoagulación, sutura del CFCT, reanclaje óseo, ligamentoplastias, acortamiento cubital artroscópico, etc. Para algunas de las técnicas puede ser necesario el uso de implantes metálicos o de otros materiales. Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento incluso tener que realizar el tratamiento mediante cirugía abierta.

Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que ocasionalmente pueden requerir transfusiones sanguíneas.

La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

▪ **Frecuentes (más del 10%):**

a. Dolor postquirúrgico en el área intervenida.

b. Pérdida de fuerza.

c. Pérdida de la movilidad de la articulación

d. 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...).

e. Cicatriz del abordaje quirúrgico.

f. Persistencia de la inestabilidad y dolor.

▪ **Infrecuentes (menos del 10%):**

a. Infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar al tejido óseo.

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. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.

e. Persistencia del dolor, inestabilidad o déficit funcional.

f. Fracturas o estallidos del hueso que se manipula.

g. Rotura de tendones o ligamentos adyacentes.

h. Recidiva de la patología tratada.

i. Aflojamiento, rotura o penetración articular de implantes o instrumental quirúrgico.

j. Necrosis cutáneas.

k. Cicatriz de la herida dolorosa.

l. Síndrome doloroso regional complejo.

m. Síndrome compartimental.

n. Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).

o. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.

4. Consecuencias previsibles de su realización: diagnosticar el tipo de lesión del fibrocartílago triangular (CFCT), así como el estado articular y otras lesiones asociadas y tratarlo.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: no diagnosticar la lesión y por tanto no mejorar la función.

6. Alternativas: puede realizarse cirugía abierta convencional. Como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto 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 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	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