



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ARTROLISIS ARTROSCÓPICA DE LA MUÑECA

1. ¿Qué es? Es una intervención quirúrgica que pretende recuperar o mejorar la movilidad funcional de la articulación de la muñeca.

2. ¿Cómo se realiza? Consiste en realizar una artroscopia de muñeca a través de pequeñas incisiones y permite ver directamente la articulación y liberar las adherencias que limitan la movilidad. También permite detectar otras posibles lesiones intraarticulares asociadas como son las lesiones del fibrocartílago triangular, las inestabilidades carpianas, las lesiones condrales, etc.

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

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 rigidez 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 de la rigidez de la muñeca, dolor o déficit funcional.

f. Cambios degenerativos precoces con el desarrollo de artrosis.

g. Rotura de tendones o ligamentos adyacentes.

h. Reparación de la sintomatología con el tiempo.

i. Necrosis cutáneas.

j. Cicatriz de la herida dolorosa.

k. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck

l. Síndrome compartimental.

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

n. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.

4. Consecuencias previsibles de su realización: recuperar o mejorar la movilidad funcional de la articulación de la muñeca.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: no recuperar o mejorar la movilidad funcional de la articulación de la muñeca.

6. Alternativas: se puede realizar un tratamiento conservador consistente en medicación sintomática y fisioterapia. También podría realizarse la artrotesis, mediante cirugía abierta.

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



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ARTROLISIS ARTROSCÓPICA DE LA MUÑECA

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. Profesional sanitario
 Firma: 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. Profesional sanitario
 Firma: 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. Profesional sanitario
 Firma: 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