



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RIGIDEZ ARTICULAR (ARTROLISIS)

1. ¿Qué es? Es una intervención quirúrgica, cuyo propósito principal es recuperar una movilidad funcional suficiente de la articulación.

2. ¿Cómo se realiza? Consiste en liberar las adherencias que restringen la movilidad y modificar o alargar las estructuras óseas, tendinosas, capsulares o musculares que puedan influir en esta limitación. En ocasiones, puede realizarse una manipulación cerrada bajo anestesia. Si no es suficiente, se puede proseguir con una liberación articular mediante artroscopia. Si con ésta no fuera suficiente, se requiere la apertura de la articulación y la liberación de las adherencias a cielo abierto.

Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que pueden 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.

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 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 déficit de movilidad
 - g. necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas
 - h. calcificaciones heterotópicas

- **Infrecuentes (menos del 10%):**
 - a. Infección de la herida quirúrgica o de la articulación 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. Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
 - e. Rotura de tendones o ligamentos adyacentes.
 - f. Miositis osificante.
 - g. Necrosis cutáneas.
 - h. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck
 - i. Síndrome compartimental.
 - j. Recurrencia de la rigidez que requieran nuevas intervenciones.
 - k. Postoperatorio doloroso con rehabilitación compleja.
 - l. Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
 - m. Complicaciones graves derivadas del uso del manguito de isquemia.

4. Consecuencias previsibles de su realización: recuperar una movilidad funcional suficiente de la articulación.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: aceptar la limitación de la movilidad articular.

6. Alternativas: no existe alternativa.

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.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RIGIDEZ ARTICULAR (ARTROLISIS)

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