



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RIZARTROSIS. ARTROPLASTIA TRAPECIO-METACARPIANA.

1. ¿Qué es? Es una intervención quirúrgica para el tratamiento de la artrosis del pulgar (rizartrosis) que es una alteración degenerativa de la articulación trapecio-metacarpiana que une el dedo pulgar a la muñeca. El propósito principal es aliviar el dolor e intentar mejorar la función articular.

2. ¿Cómo se realiza? Mediante cirugía se sustituye la articulación trapecio-metacarpiana mediante una prótesis metálica o se extirpa el hueso trapecio. 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 y dolor residual
 - f. Portadora de material protésico

- **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. Aflojamiento, rotura o penetración intraarticular del material implantado o instrumental quirúrgico.
 - e. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
 - f. Inestabilidad o Luxación de la prótesis.
 - g. Fractura del hueso que se manipule durante la intervención.
 - h. Cambios de longitud del primer dedo de la mano afectada.
 - i. Dolor residual grave.
 - j. Pérdida de fuerza a la prensión o pinza.
 - k. Necrosis cutáneas.
 - l. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck
 - m. Síndrome compartimental.
 - n. Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
 - o. Complicaciones graves derivadas del uso del manguito de isquemia.
 - p. Aflojamiento séptico o aséptico de la prótesis

4. Consecuencias previsibles de su realización: aliviar el dolor e intentar mejorar la función articular.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: no mejorar la función articular y por tanto persistencia del dolor.

6. Alternativas: se puede realizar un tratamiento conservador consistente en medicación sintomática, infiltraciones, fisioterapia 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



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RIZARTROSIS. ARTROPLASTIA TRAPECIO-METACARPIANA.

(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:

REVOCAIONES:

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: