

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA TENOSINOVITIS DE D´QUERVAIN**

---

**1. ¿Qué es?** Es una intervención quirúrgica para el tratamiento de la tenosinovitis de D´ Quervain que es una inflamación de la vaina tendinosa de los tendones abductor largo y extensor corto del pulgar en la zona de la estiloides radial. Se realiza para disminuir o eliminar el dolor y mejorar la función de la muñeca y de la mano.

**2. ¿Cómo se realiza?** Mediante cirugía, se secciona la vaina tendinosa de los tendones y se dejan los tendones libres.

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 fijada.

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. parestesias cutáneas pericicatriciales.

▪ **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 la muñeca o articulaciones vecinas.

e. Recidiva de la tenosinovitis.

f. Queloides de la cicatriz o neuroma.

g. Necrosis cutáneas.

h. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck

i. Síndrome compartimental.

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

k. Complicaciones graves derivadas del uso del manguito de isquemia.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** solucionar la inflamación y por tanto disminuir o eliminar el dolor y mejorar la función de la muñeca y de la mano.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** no solucionar el problema inflamatorio y por tanto que persista el dolor y no mejore la función de muñeca y mano.

**6. Alternativas:** se puede realizar un tratamiento conservador consistente en inmovilización mediante ortesis, medicación sintomática, infiltraciones y fisioterapia.

**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: