

OSTEOTOMÍA DE RADIO Y/O CÚBITO POR CONSOLIDACIÓN EN MALA POSICIÓN

1. ¿Qué es? Es una intervención cuyo propósito principal es corregir la consolidación no correcta (por inclinación, rotación, longitud o incongruencia articular) de los huesos de la muñeca (radio y/o cúbito), secuela de una fractura de radio distal.

2. ¿Cómo se realiza? Consiste en la realización de una osteotomía en el radio y/o cúbito y su posterior síntesis (mediante placas, tornillos, agujas o fijadores externos). En un elevado número de ocasiones es necesaria la colocación de injerto óseo autólogo (hueso que se obtiene generalmente de la cresta iliaca, del mismo radio o del cúbito).

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 y se le informará de ello.

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 adyacente
- 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 portadora de material de osteosíntesis.

▪ **Infrecuentes (menos del 10%):**

- Infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar al tejido óseo.
- Hematoma o lesión vascular.
- Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- Persistencia del dolor, inestabilidad o déficit funcional.
- Ausencia de consolidación de la osteotomía
- Pérdida de reducción de la osteotomía
- Fractura o estallido del hueso que se manipula.
- Dolor, infección u otras complicaciones de la zona de extracción del injerto.
- Aflojamiento, rotura o penetración articular del implante o instrumental quirúrgico.
- Necrosis cutáneas.
- Cicatriz de la herida dolorosa.
- Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck
- Síndrome compartimental.
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).

4. Consecuencias previsibles de su realización: corregir la patología que presenta.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: que persista la secuela.

6. Alternativas: 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	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:

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: