



**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS METAFISARIAS DEL RADIO Y/O CÚBITO DISTAL EN EL NIÑO**

**1. ¿Qué es?** Es una intervención quirúrgica para restablecer, la anatomía del radio y cúbito distal y la función de la muñeca.

**2. ¿Cómo se realiza?** Consiste en la reducción quirúrgica de la fractura mediante manipulación (colocación en su sitio de la articulación o alineación de fragmentos óseos) y su estabilización mediante vendajes de yeso y/o implantes metálicos, (habitualmente agujas) que serán retiradas una vez la fractura esté consolidada. Se puede realizar de forma percutánea o con abordaje abierto. La indicación de uno u otro procedimiento depende del tipo de fractura y de la decisión de su equipo quirúrgico.

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 requieran 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 temporal.
- c. Pérdida de la movilidad temporal 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 material de osteosíntesis implantado
- f. pequeñas deformidades angulares con capacidad de remodelación ósea

▪ **Infrecuentes (menos del 10%):**

- a. Infección de la herida quirúrgica, que pudiera complicarse afectando al hueso, diseminándose por sangre y afectando a otros órganos provocando una sepsis (situación de infección generalizada **con riesgo elevado de muerte**).
- 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. Rotura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención.
- e. Aflojamiento, rotura o penetración intraarticular del material implantado o del instrumental quirúrgico.
- f. Rigidez o limitación funcional articular.
- g. Retraso o fracaso de la consolidación ósea.
- h. No obtención de estabilidad y reducción suficiente pudiendo ser necesarios nuevos procedimientos quirúrgicos.
- i. Seromas de la herida, dehiscencia de la sutura, cicatrices hipertróficas o dolorosas, problemas no infecciosos de la herida quirúrgica, necrosis cutáneas.
- j. Síndrome de dolor regional complejo
- k. Acortamiento, alargamiento o defectos de rotación y angulación del miembro intervenido por lesiones del cartílago de crecimiento.
- l. Síndrome compartimental
- m. Embolia grasa o trombosis venosa profunda (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
- n. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia. hematomas, equimosis cutáneas, lesiones nerviosas que pudieran causar temporal o definitivamente trastornos sensitivos y/o motores.
- o. Complicaciones derivadas de la posición durante la cirugía y/o tiempo prolongado de la cirugía (escaras o decúbitos cutáneos, compresiones nerviosas, ...).

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** que se restablezca la anatomía del radio y cúbito distal y la función de la muñeca.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** que no se consiga restablecer la anatomía del radio y cúbito distal, ni la función de la muñeca con esta técnica.

**6. Alternativas:** se puede realizar un tratamiento conservador consistente en reducción, tracción e inmovilización mediante yesos u ortesis.

**7. Riesgos en función de su situación:** toda intervención quirúrgica, y por la situación vital de cada paciente (diabetes,



**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS METAFISARIAS DEL RADIO Y/O CUBITO DISTAL EN EL NIÑO**

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:

**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: