



**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURA  
ARTICULAR ASISTIDA POR ARTROSCOPIA DE MUÑECA**

---

**1. ¿Qué es?** Es una intervención quirúrgica para tratar la fractura de los huesos de la muñeca (radio, cúbito o huesos del carpo), restaurando, en la medida de lo posible, la forma normal de los huesos y su fijación con distintos tipos de implantes como placas, tornillos, agujas, fijadores externos, etc.

**2. ¿Cómo se realiza?** Este tratamiento se realizará asistido con artroscopia de muñeca, lo que permite comprobar la reducción correcta de la fractura y valorar otras lesiones intraarticulares asociadas como lesiones del fibrocartílago triangular, inestabilidades carpianas, lesiones condrales, etc. La artroscopia consiste en la introducción, a través de pequeñas incisiones (portales), de una cámara de vídeo, dentro de la articulación.

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

▪ **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 articulaciones vecinas.

e. Cambios degenerativos precoces con el desarrollo de artrosis.

f. Ausencia de consolidación de la fractura.

g. Fractura o estallido del hueso que se manipula.

h. Aflojamiento, rotura o penetración articular de implantes o instrumental quirúrgico.

i. Rotura de tendones o ligamentos adyacentes.

j. Necrosis cutáneas.

k. Cicatriz de la herida dolorosa.

l. Algo distrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck

m. Síndrome compartimental.

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

o. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** restaurar la forma normal de los huesos y su fijación.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** no restaurar la fractura de los huesos.

**6. Alternativas:** puede realizarse la cirugía convencional sin el apoyo artroscópico. Como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto se puede realizar un tratamiento conservador consistente en inmovilización con yesos u 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.**



**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURA  
ARTICULAR ASISTIDA POR ARTROSCOPIA DE MUÑECA**

**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: