

Tratamiento ortopédico de las fracturas diafisarias

1- Identificación y descripción del procedimiento

Fractura diafisaria es aquella que compromete el segmento intermedio de los huesos largos, llamado diáfisis, cuya característica principal es que tiene forma de huso o cilindro. Por otra parte, un tratamiento ortopédico de la fractura es aquel que prescinde de una cirugía abierta o instrumentada sobre el hueso.

Así pues, llamaremos tratamiento ortopédico de las fracturas diafisarias, al tratamiento que se realiza para una curación de la lesión ósea sin provocar exposición del foco de fractura ni aplicación de material de fijación interna en el hueso. Las fracturas pueden ser complejas o simples, abiertas o cerradas, según el trayecto de la línea de fractura, número de fragmentos, presencia de herida etc, por otra parte, la fractura puede ser desplazada o no desplazada. Todo tratamiento de una fractura de forma ortopédica, implicara, por un lado la necesidad de conseguir una correcta alineación de los fragmentos, y por otro lado, el mantenimiento de esta situación el tiempo necesario para permitir que se produzca la curación de la fractura mediante la formación de un callo óseo o puentes óseos entre los fragmentos. La intervención consiste en la reducción de los fragmentos (alineación de la fractura) e inmovilización mediante un vendaje enyesado, férula de material plástico, ortesis o un tratamiento mediante tracción continua hasta la consolidación de la fractura. La tracción es utilizada para alinear los fragmentos, ejerciendo una fuerza de tensión transmitida al hueso mediante tiras adhesivas a piel o mediante una aguja metálica que atraviesa el hueso. La intervención puede precisar de anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia.

2- Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

El objetivo principal del tratamiento ortopédico de las fracturas diafisarias es la curación de estas fracturas sin exposición del foco de fractura ni la implantación de material metálico dentro del hueso.

El beneficio mas importante es la curación de la lesión ósea, y secundariamente evitar provocar mas daño en los tejidos que rodean la fractura, así como evitar el riesgo de toda herida en contacto con el exterior, como es una contaminación o una infección.

3- Alternativas razonables a dicho procedimiento

La principal alternativa al tratamiento ortopédico de estas fracturas es el tratamiento quirúrgico o cruento, donde se utilizaran medios de fijación interna para el mantenimiento de la reducción de la fractura con o sin apertura del foco o lesión.

No puede considerarse como alternativa valida al tratamiento de este tipo de fracturas, la ausencia del mismo, sin menoscabo de las lesiones o secuelas que esta ausencia proporcionaría al paciente, dado el alto porcentaje de posibles lesiones secundarias o la falta de curación de la lesión de que se trata, con una evolución hacia la pseudoartrosis o falta de unión, que demandara un tratamiento diferente en una fase tardía.

4- Consecuencias previsibles de su realización.

Las fracturas diafisarias precisaran varias semanas o meses para consolidar, dependiendo de la gravedad de la lesión y del correcto cumplimiento de las instrucciones dadas por su medico.

Variaciones en el ajuste de los vendajes enyesados o en las tracciones aplicadas, pueden demandar el cambio o modificación de los tratamientos aplicados. Igualmente puede ser necesario repetir el procedimiento de reducción e inmovilización, con aplicación de anestesia, si en las revisiones periódicas se observara un desplazamiento o movilización de los fragmentos que se estimara no adecuada para la curación correcta de la lesión por parte del medico.

El uso y aplicación de vendajes enyesados lleva inherentes incomodidades para el paciente de diferentes grados y formas, ya que existe una inmovilización articular y ello dificulta los movimientos y/o el normal desarrollo de cualquier actividad, según se trate de los miembros inferiores o superiores. De ahí que sea necesario el uso de ayudas para la deambulación, evitar el apoyo del miembro, no utilizar ambas manos, etc.

Durante la fase de inmovilización, se produce una falta de uso de los músculos implicados en el movimiento de las articulaciones afectadas, durante un periodo largo de tiempo, de ahí que existirá una atrofia muscular muy importante provocada igualmente por la inmovilidad persistente, provocara una limitación funcional de diferente severidad, según el tratamiento y el tiempo de aplicación del mismo.

Rigidez articular, atrofia muscular, limitación de actividad etc, precisaran una atención continuada y especializada de rehabilitación que incluirán ejercicios y una actividad progresiva hasta que los músculos y articulaciones recuperen su función normal.

5- Consecuencias previsibles de la no realización.

Si no se realiza el procedimiento podría ocurrir: _____

6- Riesgos frecuentes.

- Complicaciones cutáneas como flicterias, zonas de decúbito por presión de los vendajes enyesados, sequedad y atrofia.
- Trastornos de la circulación venosa periférica, como flebitis o tromboflebitis, edemas ortostaticos y trastornos tróficos, linfedema, etc.
- Alteraciones en la movilidad de las articulaciones próximas a la zona lesionada.
- Disminución de la fuerza de los músculos del área, cuya recuperación depende de la realización continua de los ejercicios de rehabilitación, pero que puede llegar a ser definitiva.
- A largo plazo y dependiendo de la forma de consolidación, cambios degenerativos en las articulaciones adyacentes.
- Diferencia de longitud del miembro por acortamiento del foco de fractura.
- Sinovitis en articulaciones vecinas, con derrames intercurrentes por la atrofia ósea y sobrecarga funcional durante la rehabilitación.

7- Riesgos poco frecuentes

Existen otros riesgos que, aunque poco frecuentes pueden revestir mayor gravedad:

- Lesión vascular.
- Lesión nerviosa.
- Trombosis venosa profunda.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Consolidación en mala posición.
- Distrofia simpática-refleja.
- Síndrome compartimental.
- Infecciones.
- Estimulo o detención del crecimiento en los pacientes mas jóvenes con fisis activas.
- Retardo en la consolidación y/o pseudoartrosis.

8- Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente.

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad.....) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad. Para disminuir estas, es necesario que el paciente advierta al medico sobre sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia agravante.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. años, con D.N.I. N° y domicilio en.....
D..... con D.N.I. N° y domicilio en..... En calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente)..... con DNI.....
Declaro:

Que el Doctor/a..... me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de
Y que ha comprendido adecuadamente la información que me ha dado
En de de ..

Fdo: D/Dña.....DNI.....

Fdo: D/Dña.....DNI.....
Colegiado N°.....

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha.....de.....de 2..... Y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En de de ..

Fdo.: el médico
Colegiado N°.....

Fdo.: el/la paciente.
DNI.....