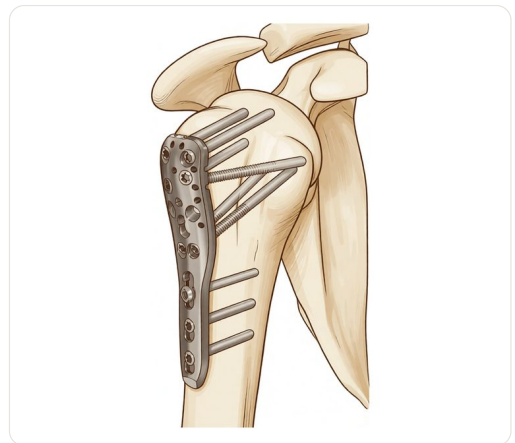


INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO

Fixação Ortopédica Interna (FOI) da Fratura do Húmero Proximal (Fixação com Placa e Pregos)



Uma fratura na extremidade superior do osso do braço, próxima ao ombro.

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0

Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

Recuperação rápida. Agregado de 45 estudos publicados — seu ritmo de recuperação será diferente.

TAREFAS LEVES trabalho de escritório, dirigir, tarefas diárias	A MAIORIA DAS ATIVIDADES DO DIA A DIA trabalho manual, esporte, academia	PLATÔ DO RESULTADO FINAL dor e força
2-6 weeks A reabilitação com movimento ativo precoce não é inferior aos protocolos restritivos, com os pacientes frequentemente retornando a atividades leves entre 2 e 6 semanas.	12 months Os pacientes retornam em grande parte ao seu estado funcional basal até 1 ano após a cirurgia.	120 months Dez anos após a fixação com placa bloqueada, os pacientes apresentam resultados bons a excelentes, sem declínio relevante em comparação com a função de 1 ano.

Por que esta operação foi sugerida

Esta página reflete a forma como o Dr. Kieran Hirpara, cirurgião do membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, aborda este caso na nossa clínica. Os pacientes são encaminhados por médicos de família ou fisioterapeutas. Uma avaliação clínica estabelece o diagnóstico. Para problemas estruturais agudos,

podemos recomendar cirurgia imediatamente. Para problemas de longa data, geralmente tentamos primeiro o tratamento não cirúrgico. A cirurgia é realizada quando esse tratamento não proporcionou melhora suficiente.

O seu cirurgião pode sugerir redução aberta e fixação interna para manter os fragmentos ósseos fraturados no lugar. Este procedimento utiliza uma placa e parafusos através de uma única incisão convencional. Oferecemos esta opção para ajudá-lo a recuperar a estabilidade e a função. Evidências mostram que as placas de fixação rígida (locking plates) proporcionam resultados favoráveis para fraturas não osteoporóticas aos 10 anos. No entanto, em pacientes acima de 60 anos, há uma taxa de complicações de 44% e uma taxa de falha de 34%. Discutimos esses números com você para apoiar uma decisão compartilhada sobre o seu tratamento.

Antes da cirurgia

Você precisará de exames de sangue e de uma avaliação anestésica para verificar sua aptidão para a cirurgia. Raios-X ou uma ressonância magnética podem ser solicitados para mapear a fratura. Você deve ficar em jejum por seis horas antes do seu chegada. Interrompa o uso de anticoagulantes apenas após o cirurgião fornecer instruções específicas. Organize um transporte para casa, pois você não poderá dirigir imediatamente. Traga uma lista de todos os medicamentos atuais e vista roupas confortáveis e folgadas. Seu cirurgião realiza esta operação por meio de uma única incisão convencional sobre o local da operação para fixar o osso com uma placa ou um prego. Esta abordagem aberta permite acesso direto à fratura para uma fixação estável.

No dia da cirurgia

Você chegará ao hospital para a internação. Nossa equipe irá guiá-lo pelo processo de check-in. Esta cirurgia é realizada sob anestesia geral combinada com um bloqueio nervoso regional. Você ficará completamente adormecido durante a operação, e o bloqueio – uma injeção que adormece os nervos que suprem o braço antes de você despertar – proporciona alívio da dor nas primeiras 12 a 24 horas após a cirurgia. O anestesiologista irá encontrá-lo antes da operação e explicar ambos os procedimentos.

Quando estiver pronto, você será levado ao centro cirúrgico. Seu cirurgião realiza esta operação por meio de uma abordagem aberta com uma única incisão convencional sobre o local da cirurgia. Isso permite acesso direto à fratura para restaurar o alinhamento. Após o procedimento, você despertará na sala de recuperação. Nossas enfermeiras monitorarão de perto seu conforto e sinais vitais. Você permanecerá na sala de recuperação até estar estável e pronto para ser transferido para um leito na enfermaria.

O que a cirurgia envolve

O seu cirurgião fará um único corte de aproximadamente 8 a 10 cm de comprimento na parte frontal do seu ombro. Esta abordagem aberta proporciona acesso claro ao osso fraturado. Através desta incisão, o seu cirurgião move cuidadosamente os músculos e os tecidos para o lado para visualizar diretamente o local da fratura.

Uma vez que os fragmentos fraturados estejam visíveis, o seu cirurgião os alinha na sua posição correta. Esta etapa é chamada de redução. Para manter os ossos estáveis enquanto cicatrizam, o seu cirurgião utiliza uma

placa metálica e parafusos. A placa é colocada contra a superfície do seu úmero (osso do braço). Os parafusos atravessam a placa e penetram nos fragmentos ósseos para manter tudo firmemente no lugar. Este método, conhecido como redução aberta e fixação interna, proporciona suporte estável para a cicatrização do osso.

Após a fixação estar segura, o seu cirurgião verifica se o alinhamento está correto. Em seguida, os músculos e os tecidos são reposicionados nas suas posições normais. O corte é fechado com pontos ou grampos. Um curativo é aplicado para proteger a área. Este procedimento permite que o seu cirurgião restaure diretamente a estrutura da sua articulação do ombro.

Após a cirurgia

Você acordará na sala de recuperação enquanto o efeito da anestesia passa. Controlamos sua dor com medicação para mantê-lo confortável. Seu ombro estará em uma tócia ou órtese, e um curativo estéril cobre a incisão. A maioria dos pacientes permanece uma noite no hospital após esta cirurgia, embora alguns possam ir para casa no mesmo dia. Por favor, organize para que alguém fique com você durante as primeiras 24 horas. Você não deve dirigir por pelo menos SEIS SEMANAS após qualquer cirurgia de ombro, independentemente de qual braço foi operado. Uma vez que seu cirurgião liberar, tipicamente na revisão de seis semanas, você poderá retomar a direção. Consulte [Dirigir após cirurgia do membro superior](#) para obter detalhes completos.

Recuperação

É provável que sinta dor e inchaço no ombro e no braço durante os primeiros dias. Isto é normal à medida que o seu corpo se recupera da cirurgia aberta. Utilizamos uma única incisão convencional sobre o local da cirurgia para colocar o dispositivo de fixação. Compressas de gelo e analgésicos prescritos podem ajudar a aliviar este desconforto. Mantenha o braço elevado quando estiver em repouso para reduzir o inchaço.

Usará uma atadura para apoiar o braço enquanto este cicatriza. Não conduza enquanto usar a atadura. A nossa política exige que aguarde pelo menos seis semanas antes de voltar a conduzir, independentemente de qual braço foi operado. Pode conduzir quando o seu cirurgião o autorizar, tipicamente na avaliação das seis semanas. Consulte o nosso guia sobre [Conduzir após cirurgia do membro superior](#) para mais detalhes.

O seu fisioterapeuta orientará os exercícios de reabilitação. Estes movimentos suaves ajudam a restaurar a amplitude de movimento e a força. O movimento ativo precoce é frequentemente incentivado para prevenir a rigidez. Retomará gradualmente as atividades diárias à medida que a dor diminuir e o movimento voltar. O seu cronograma pode ser diferente; o seu cirurgião e fisioterapeuta orientarão cada etapa da sua recuperação.

O que pode dar errado

A maioria dos pacientes tem uma boa evolução, mas problemas podem ocorrer ocasionalmente. O seu cirurgião e a equipa monitorizam-no de perto para detetar qualquer problema precocemente.

A infecção é um risco grave após esta cirurgia. Pode notar vermelhidão a espalhar-se a partir da ferida, calor ou drenagem de pus. Dor profunda que não melhora com analgésicos simples é também um sinal. Se vir estes sinais, contacte a clínica imediatamente ou dirija-se à urgência. O tratamento precoce é vital para proteger o seu osso e articulação.

O seu osso pode não cicatrizar corretamente, conhecido como pseudoartrose. Pode sentir dor persistente ou notar que o seu braço ainda parece instável semanas após a cirurgia. Por vezes, o osso cicatriza numa posição deficiente, chamada má-união, o que pode limitar a forma como move o ombro. Informe o seu cirurgião se a sua dor não melhorar conforme o esperado durante as suas consultas de acompanhamento.

O suprimento sanguíneo para a cabeça do seu osso do braço pode ser danificado, levando à necrose avascular. Isto significa que o tecido ósseo morre porque lhe falta sangue. Pode experimentar dor profunda e surda no ombro que piora ao longo do tempo. O seu cirurgião irá verificar a existência desta condição durante as suas revisões regulares através de exames de imagem.

O material metálico utilizado para manter os seus ossos unidos pode causar problemas. Pode sentir irritação sob a pele onde a placa está posicionada. Em alguns casos, os parafusos ou a placa podem soltar-se ou partir-se. Isto pode causar dor súbita ou uma sensação de estalido quando se move. Relate qualquer sensação mecânica nova ou dores agudas à sua equipa de cuidados.

Existem riscos gerais para a saúde, especialmente para pacientes mais idosos. A cirurgia pode aumentar o risco de eventos adversos enquanto está no hospital. Este atento a sinais como dor no peito, falta de ar ou inchaço súbito nas pernas. Estes requerem atenção médica imediata. A sua equipa médica tomará medidas para minimizar estes riscos antes e depois da sua operação.

A tabela de complicações nesta página lista as taxas típicas se desejar os detalhes específicos.

Quando ligar para nós

Ligue para nós se desenvolver febre, vermelhidão crescente na ferida ou secreção. Vá à emergência se sentir dor intensa súbita, inchaço na panturrilha ou falta de ar. Procure atendimento urgente se perder a sensibilidade ou não conseguir mover o membro. Esses sintomas exigem avaliação imediata para garantir que sua recuperação siga o curso esperado.

Fixação Ortopédica Interna (FOI) da Fratura do Húmero Proximal (Fixação com Placa e Pregos)

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 45 estudos publicados. Estes são índices populacionais, não o seu risco individual — o seu cirurgião discutirá o que se aplica a si.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
complicações gerais	44%	Observadas em pacientes com idade >60 anos tratados com placas bloqueadas.
taxa de falha	34%	Observadas em pacientes com idade >60 anos tratados com placas bloqueadas.
complicações do tubérculo	25.9%	Complicações, incluindo pseudoartrose ou má-união, em artroplastia reversa do ombro para fraturas.
rigidez	25%	Complicação mais comum no grupo de fixação com hache intramedular para fraturas do eixo umeral.
remoção do implante	22.2%	Taxa de reintervenção para remoção do implante em série de luxações-fraturas.
necrose avascular	20%	Taxa elevada observada em pacientes com luxações-fraturas do úmero proximal.
falha do implante	20%	Causa primária de reintervenção em série inicial de placas bloqueadas.
reintervenção	13.7%	Taxa geral de reintervenção relatada em revisões sobre o uso de placas bloqueadas.
corte do parafuso	11.6%	Complicação comum do implante na fixação com placa bloqueada.
colapso em varo	6-15%	Perda da redução para varo relatada em 6-15% das fixações com placa bloqueada; fatores de risco incluem cominuição medial e suporte calcar inadequado.
pseudoartrose	2.8%	Complicação de fratura mais prevalente em série de fixação com hache intramedular.
infecção	1.9%	Taxa geral de infecção relatada em revisões sistemáticas de osteossíntese com placa bloqueada.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
lesão nervosa	1.3%	Taxa geral de lesão nervosa em artroplastia reversa do ombro, aplicável a casos de fratura complexa.

Li estas informações e tive a oportunidade de fazer perguntas ao Dr. Hirpara sobre o procedimento, a recuperação esperada e as complicações listadas acima.

PACIENTE – IMPRIMIR NOME

ASSINATURA

DATA