

FRACTURAS EXPUESTAS

MANEJO PREHOSPITALARIO

Y

HOSPITALARIO



Concepto

Solución de continuidad de un segmento óseo en contacto con el medio exterior, sean visibles o no los extremos fracturarios. Constituyen una urgencia traumatológica por su alto riesgo de complicaciones

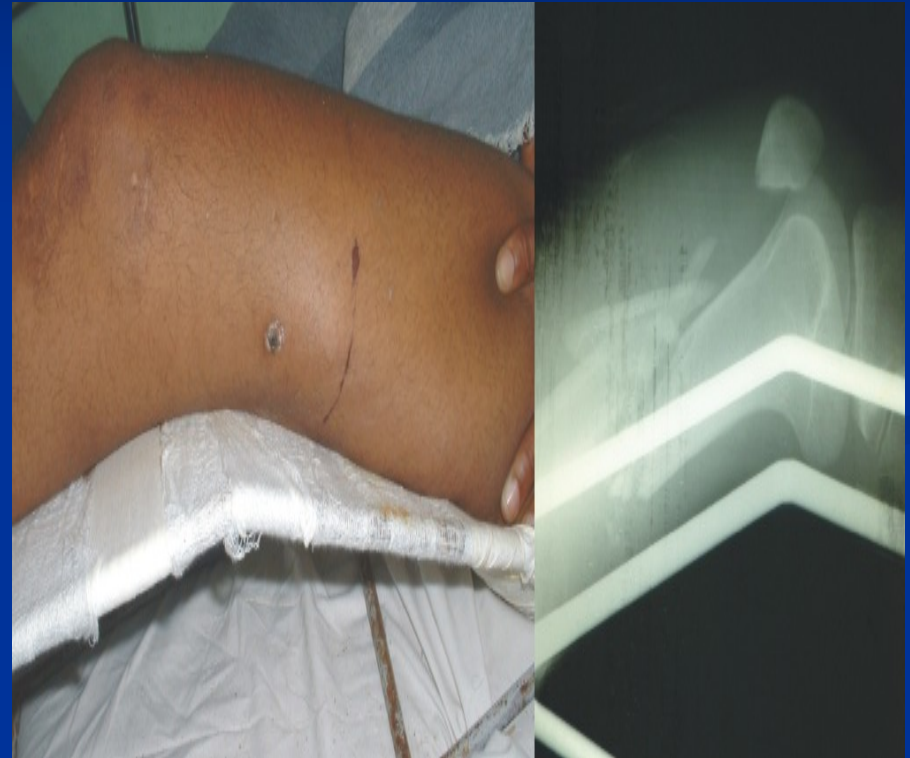
Mecanismos de fractura

- **INDIRECTO:** en que la punta ósea perfora la piel de adentro hacia afuera, dando lugar a una herida pequeña, sin contusión local y poca suciedad, de menor gravedad.
- **DIRECTO:** sobre un miembro fijo contra un plano detenido o en movimiento (contusión apoyada) con magullamientos, aplastamientos de las partes blandas, tejidos avascularizados, sucios con cuerpos extraños (ropa, suciedad, etc.) y con mayor riesgo de infección.

Clasificación de Gustilo Anderson

Tipo 1

- Herida cutánea causada desde adentro hacia afuera y viceversa
- Herida cutánea menor de 1 centímetro
- Con mínima contusión cutánea
- Fractura de trazo simple, transversa u oblicua



Tipo 2

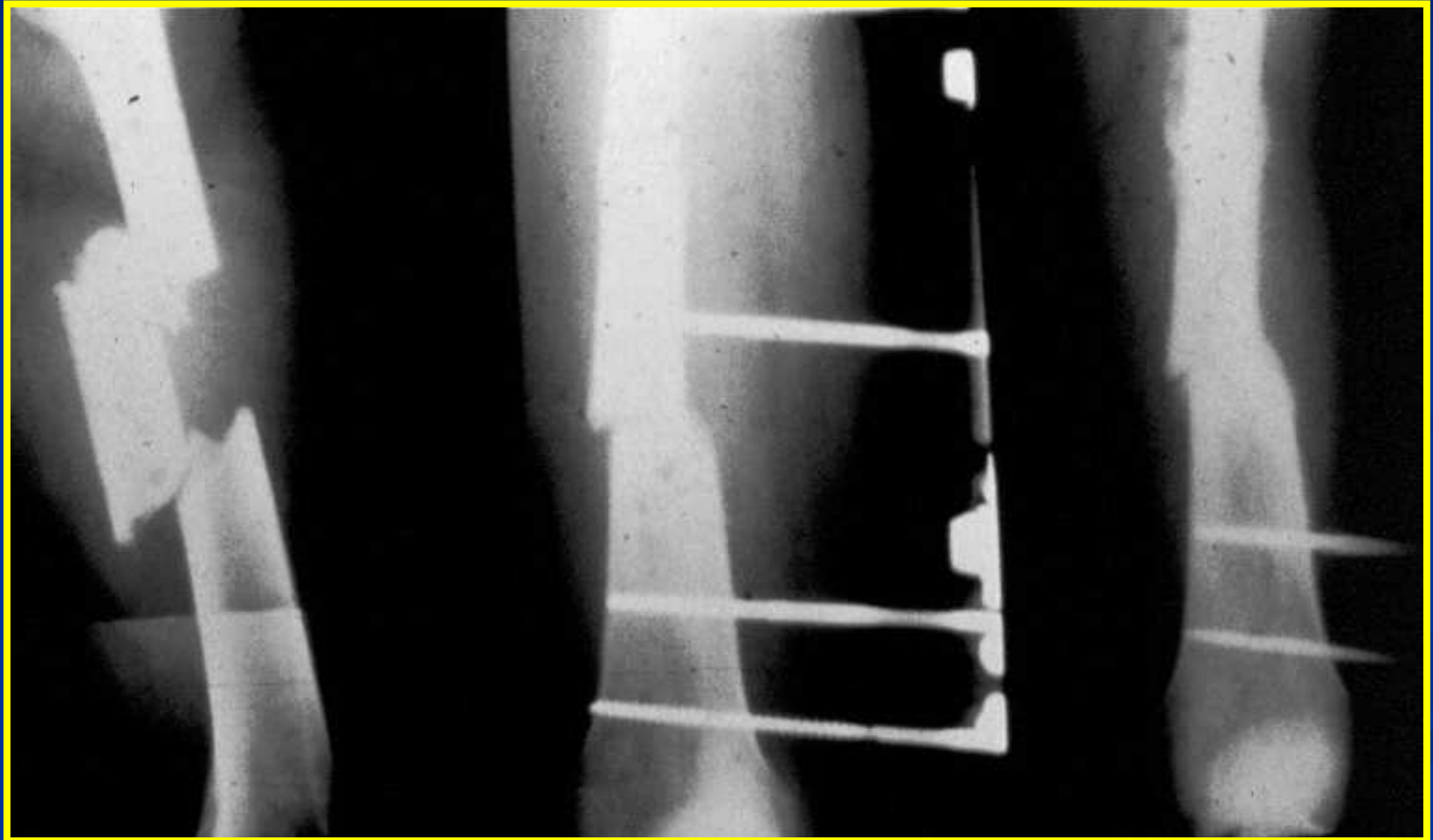


- Herida cutánea mayor de 1 centímetro
- Con contusión de partes blandas
- Sin pérdida de hueso ni músculo
- Fractura conminuta moderada, mecanismo de lesión inverso

Tipo 3

- Herida grande y grave por extensa contusión cutánea, con aplastamiento o pérdida muscular y desnudamiento perióístico.
- Conminución e inestabilidad (también por arma de fuego)

Fractura tipo 3



Subtipos

- **A:** Asociada con grave pérdida ósea, con pérdida muscular, lesión de un nervio o un tendón pero que conserva la cobertura del foco óseo.
- **B:** Compromiso severo de partes blandas, nervios y vasos sin compromiso vital del miembro, pérdida de tejidos, sin capacidad de cobertura del foco óseo.
- **C:** Lesión arterial y nerviosa, independientemente del compromiso de partes blandas, compromiso vital del miembro



D: AMPUTACION TRAUMATICA



ACTIVAR CADENA

DE

SOBREVIDA

EN TRAUMA

ARRIBO SEM



Manejo en el lugar del accidente

Objetivos



- ABCDE
- Inmovilización
- Evitar la contaminación
- Traslado precoz a la unidad hospitalaria adecuada

VIA AEREA Y VENTILACION



CONTROL HEMORRAGIA



INMOVILIZACION



EMPAQUETAMIENTO



Manejo durante el traslado

En la ambulancia se deberá:

- **Cubrir heridas con compresas estériles**
- **Colocar férulas neumáticas inflables con cierre de cremallera y radiotransparentes**





Manejo en la sala de emergencia

En la guardia:

- Mantener vía aérea permeable
- Obtener dos vías intravenosas
- Rx cráneo, cervical, tórax, pelvis y miembro traumatizado.
- Grupo, factor sanguíneo y pruebas cruzadas
- CEUGOC
- Gases y electrolitos
- Toxoide antitetánico y después de 30 minutos, gama globulina específica

Antibiotico-profilaxis

- **Tipo I** : al ingreso Cefazolina 2gr endovenoso y luego 1 gr. EV C/ 6-8 HS por 48-72 horas
- **Tipo II y III**: Cefazolina 2gr EV (al ingreso) Aminoglucósido 3 a 5 mg/Kg. (al ingreso) Se continua con el doble plan ATB durante 3 días
- Heridas sucias con tierra Penicilina G 4.000.000 c/4 hs.

Manejo en el quirófano

- **Lavado y cepillado**
- **Resección de la piel y debridamiento**
- **Resección de tejidos desvitalizados**
- **Toma de muestras para cultivo**
- **Estabilización de la fractura**
- **Cobertura y cierre de la herida**
- **Observación diaria de la herida**

Gustilo:

“El abordaje correcto y la
reconstrucción
precoz de los tejidos blandos es
clave para
lograr el éxito en el tratamiento de
las fracturas expuestas”.

Objetivo del tratamiento



SIERRA CARMONA, Juan Pablo
SANCHEZ, Franco Federico
SANCHEZ, Victoria María
SEGOVIA RUIZ, Patricia
SEGOVIA PIASENTINI, María Irene
SANCHEZ, Javier Antonio
Dr. QUINTEROS, Luis
(Docente Cátedra de Emergentología
Universidad Nacional Córdoba)

MUCHAS GRACIAS !!!



APLAUSOS...!!!