



Nombre de la alumna:

Vanessa Ivette Rodas Martínez

Nombre del profesor:

LEN. Hilaria Hernández Moreno

Nombre del trabajo:

“Fracturas del miembro superior e inferior”

Materia: Enfermería Gerontogeriatrica

Grado: 6° Cuatrimestre

Grupo: “A”

PASIÓN POR EDUCAR

Ocosingo, Chiapas a 24 de Julio de 2020.

Fracturas del miembro superior

FRACTURA DE LA CLAVICULA

- Las fracturas de clavícula son lesiones frecuentes del esqueleto, constituyen entre el 4-10% de todas las fracturas en el adulto.
- La clavícula es una estructura subcutánea en forma de S con numerosas inserciones musculares y ligamentosas, muy vulnerable a las fuerzas externas.
- El tercio medio está desprovisto de inserciones musculares significativas por lo que es el punto más débil.
- Localización de fractura: más frecuente tercio medio (80%), tercio lateral (15%) y tercio medial (5%)
- Los ligamentos coraco-claviculares (conoide y trapezoide) dan estabilidad vertical al polo lateral de la clavícula mientras que los ligamentos acromio-claviculares lo hacen en el plano horizontal.
- Por la superficie inferior del tercio proximal pasan los vasos subclavios y el plexo braquial.

FRACTURAS DE CABEZA DE RADIO

- Es típico el dolor selectivo a la palpación de la cabeza de radio, que se acentúa con la prono-supinación
- Es importante evaluar desde el punto de vista clínico y radiológico la muñeca y articulación radiocubital homolaterales para descartar lesiones a ese nivel.
- El dolor a nivel del ligamento colateral medial sugiere la posibilidad de luxación de codo.

FRACTURA DE ESCAPULA

- La fractura de escápula es infrecuente, < 1% de todas las fracturas. Esto es debido a la protección de la cavidad torácica por delante, la gruesa envoltura muscular por detrás y a su movilidad intrínseca que permite que se dispersen las fuerzas.
- La movilidad del hombro depende del movimiento sincronizado de las articulaciones gleno-humerales y escapulo-torácica.
- Aproximadamente el 90% de los pacientes sufren lesiones asociadas debido a la violencia del traumatismo. La asociación más común de lesiones incluye la extremidad superior ipsilateral y el tórax

FRACTURAS DE EXTREMO PROXIMAL DEL HUMERO

- Las fracturas del humero proximal son frecuentes, constituyen el 5% de todas las fracturas del adulto.
- Se observa un aumento de incidencia a partir de la menopausia, estando en relación directa con la disminución de la masa ósea.
- El húmero proximal está constituido por cuatro partes anatómicas bien definidas: troquíter, troquín, cabeza humeral y diáfisis.
 - Cada una de estas partes presenta diversas inserciones musculares que determinan el desplazamiento de los fragmentos.
- El cuello quirúrgico es la zona distal a los troquíteres. Esta es una zona de adelgazamiento cortical susceptible a las fracturas.
- La irrigación de la cabeza humeral depende fundamentalmente de la arteria circunfleja anterior, por lo que su lesión por el propio traumatismo o por la cirugía determina la necrosis de la cabeza humeral.

FRACTURAS DE EXTREMO PROXIMAL DEL HUMERO

- Son frecuentes en pacientes jóvenes por traumatismos violentos y en mujeres a partir de los 50 años tras sufrir caída casual.
- Las producidas por accidentes de alta energía son abiertas en un porcentaje alto y pueden asociarse a parálisis radial.

FRACTURAS DE EXTREMO PROXIMAL DEL HUMERO

La evolución funcional satisfactoria de las fracturas que comprenden la articulación del codo depende de la restauración de la estabilidad y la recuperación temprana de los movimientos. La pérdida de la movilidad articular se correlaciona directamente con la severidad de la lesión y la inmovilización prolongada del codo.

Fracturas del miembro inferior

FRACTURA DE CADERA

Las fracturas de cadera pueden ser difíciles de tratar por su frecuente asociación con fracturas diafisarias de fémur ipsilaterales o por el riesgo de necrosis avascular que implican las fracturas intraarticulares.

Las fracturas de cuello femoral se deben tratar mediante reducción cerrada y síntesis con tornillos. En estos casos el factor más importante que determina el riesgo de necrosis de la cabeza femoral parece ser la cuantía del desplazamiento inicial

Fracturas distales de fémur

Todas las fracturas de fémur en pacientes politraumatizados, deben ser estabilizadas en las primeras 24 horas si es posible.

Fracturas diafisarias de tibia

La tibia se halla por su posición frecuentemente expuesta a traumatismos. La ausencia de cobertura muscular en su tercio de superficie anterointerno condiciona el gran número de lesiones abiertas así como de complicaciones evolutivas

Fracturas diafisarias de fémur

Las fracturas abiertas grado I, II y IIIA se tratan al igual que las cerradas mediante clavos endomedulares fresados, debido a su buen resultado y al elevado número de complicaciones que presentan los fijadores externos. Asimismo se pueden usar clavos endomedulares no fresados. Las fracturas abiertas grado IIIB y IIIC. son indicación de fijación externa.

Fracturas de rótula

La localización subcutánea de la rótula la hace particularmente vulnerable a los traumatismos directos. Es necesario prestar atención para que estas fracturas no pasen inadvertidas en el seno de un paciente politraumatizado, particularmente en el caso de existir fractura de fémur. Se recomienda tratamiento ortopédico con yeso cuando los fragmentos están separados por un máximo de 2 a 3 mm en la superficie articular. El tratamiento quirúrgico se realiza como método más extendido mediante una síntesis en obenque.

Fracturas de cadera y diáfisis femoral ipsilaterales

Es relativamente frecuente la asociación de fracturas de fémur con fracturas de la cadera ipsilateral en el paciente politraumatizado.

Se ha comprobado que la fractura de cadera pasa desapercibida en aproximadamente un 20% de estos casos, por lo que se hace necesario obtener y valorar cuidadosamente radiografías de pelvis incluyendo caderas en todo paciente politraumatizado.

También se hace necesario descartar posibles fracturas de rótula asociadas. Aunque se han descrito multitud de métodos para tratar estas lesiones, en la actualidad se recomienda el uso de fijación endomedular de la diáfisis combinada con fijación mediante tornillos de la fractura de cadera.

Fracturas de meseta tibial

Las fracturas de meseta tibial en el paciente politraumatizado son fracturas de alta energía, frecuentemente abiertas y que en gran número presentan afectación de ambos compartimentos, extensión diafisaria y conminución..

En fracturas-hundimiento cerradas está indicada la reducción abierta, elevación de los fragmentos hundidos y síntesis con placa. En el mismo tiempo quirúrgico se recomienda la reparación de las estructuras ligamentosas que se hallen lesionadas. En el caso de fracturas abiertas, afectación bicompartimental y/o extensión diafisaria, el traumatismo añadido que supone un abordaje quirúrgico implica un elevado riesgo de complicaciones, recomendándose en estos casos una síntesis articular mínima complementada por el uso de un fijador externo