

Mi Universidad

Super nota

Nombre del Alumno: Kerilin Dominguez Marquez

Nombre del tema: Instrumental para cirugía de fémur distal.

Parcial: 3er Parcial.

Nombre de la Materia: Enfermería medico quirúrgico.

Nombre del profesor: Sandra Yasmin Ruiz Flores.

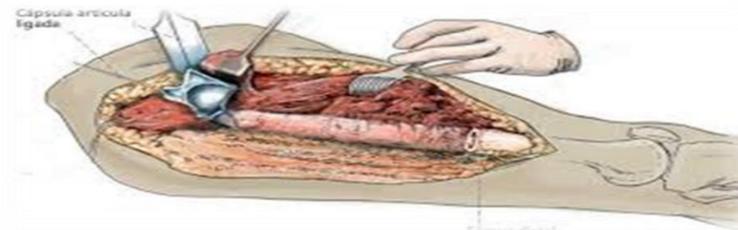
Nombre de la Licenciatura: Lic. En enfermería.

Cuatrimestre: 6to cuatrimestre.

FRACTURAS DE FEMUR DISTAL

Las fracturas del fémur distal son las que se producen por encima de la articulación de la rodilla.

Las fracturas del fémur distal ocurren con mayor frecuencia en ancianos con huesos débiles, o en personas más jóvenes que tienen lesiones de alta energía, como un accidente automovilístico.



CAUSA

Las causas más comunes de fracturas del fémur distal son:

- En pacientes jóvenes suelen ser causadas por lesiones de alta energía, como caídas desde alturas significativas o accidentes automovilísticos. Debido a la magnitud del traumatismo, se suelen asociar a otro tipo de lesiones.
- En pacientes ancianos se suelen producir por traumatismos de menor intensidad debido a la mala calidad de sus huesos (osteoporosis).



TIPOS DE FRACTURA

Existen diversos tipos de fracturas del fémur distal:

- Fractura no desplazada: en este tipo de fractura los fragmentos óseos se encuentran en su sitio anatómico.
- Fractura desplazada: en este tipo de fractura, los fragmentos óseos se desplazan y se mueven de su sitio anatómico, por lo que están desalineados.
- Fractura transversal: en este tipo de fractura, el trazo de fractura forma una línea horizontal que es perpendicular al eje de la tibia
- Fractura oblicua: este tipo de fractura tiene un patrón angular y es típicamente inestable.
- Fractura espiroidea: Este tipo de fractura es causada por una fuerza de torsión, resultando en un trazo de fractura en forma de espiral.
- Fractura conminuta: Este tipo de fractura se produce cuando el hueso afectado se divide en más de 2 fragmentos, por lo que es muy inestable.
- Fractura abierta: se produce cuando los fragmentos óseos rompen la piel y quedan expuestos al medio ambiente. Estas fracturas son una urgencia porque existe alto riesgo de infección.

Cuando el fémur distal se fractura, los músculos del muslo se contraen y se acortan, produciendo un desplazamiento de los fragmentos óseos que es difícil de solucionar con un yeso.

ANATOMÍA

La rodilla es la articulación de carga más grande del cuerpo y está formada por:

- El fémur distal, el hueso que se encuentra en el muslo.
- La tibia proximal, el hueso más grande de la pierna sobre la cual se apoya el fémur distal.
- La rótula, un hueso en forma de concha que cubre la parte frontal de la articulación de la rodilla.

Cerca de la articulación de la rodilla se encuentran los músculos del muslo anterior (cuádriceps femoral) y del muslo posterior (músculos isquiotibiales) que tienen como función flexionar y extender dicha articulación.



CUADRO CLÍNICO

Los signos y síntomas más comunes de una fractura de fémur distal incluyen:

- Dolor en el muslo, cerca de la rodilla, que suele empeorar al intentar apoyar la extremidad afectada.
- Deformidad, rotación o acortamiento de la extremidad afectada
- Hinchazón y moretones
- Incapacidad funcional
- Lesiones de la piel, en fracturas abiertas

EXAMEN FÍSICO

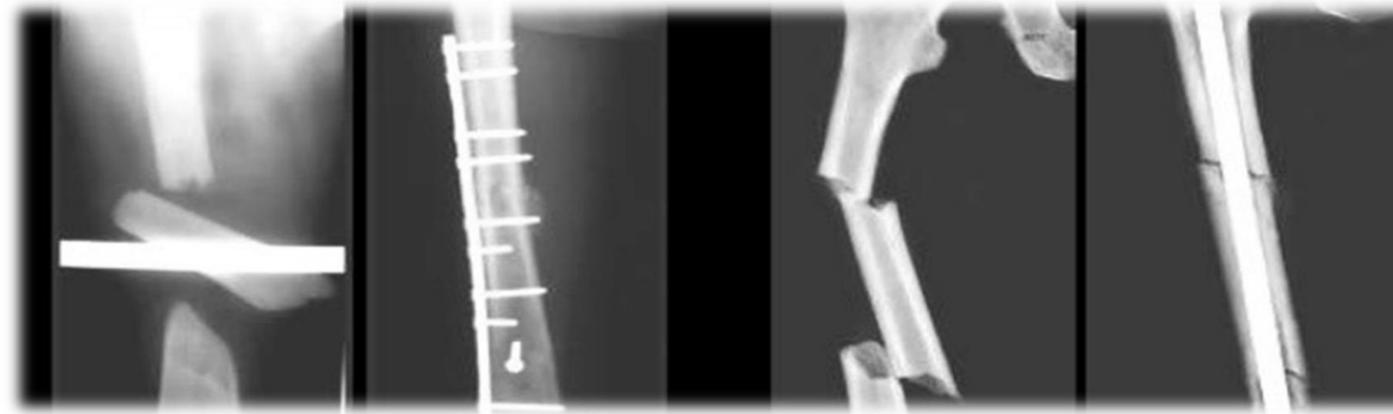
Después de discutir sus antecedentes personales, su ortopedista le preguntará sobre cómo sufrió la lesión, que estaba realizando, le preguntará si tiene dolor y comenzará a examinar su extremidad afectada, comparándola con la extremidad contralateral.

Su médico palpará la totalidad de su extremidad buscando puntos dolorosos y lesiones asociadas. Si existen heridas en la piel, las examinará para descartar que se trate de una fractura expuesta.



ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- Rayos X. Las radiografías muestran imágenes de tejidos densos, como el hueso. En ellas se puede observar si un hueso está fracturado y se puede clasificar el tipo de fractura.
- Tomografía computarizada (TC). Una tomografía computarizada muestra imágenes de mejor calidad del hueso. Puede proporcionar información más detallada sobre la gravedad de la fractura y si la fractura se extiende a la articulación de la rodilla.



DE QUÉ ESTÁN HECHOS LOS MATERIALES QUE SE USAN

Los materiales con los que se fabrican estos elementos son materiales biocompatibles como el titanio, así como otros metales que podemos usar y que tampoco suelen provocar efectos adversos son el acero inoxidable y el vitalio.



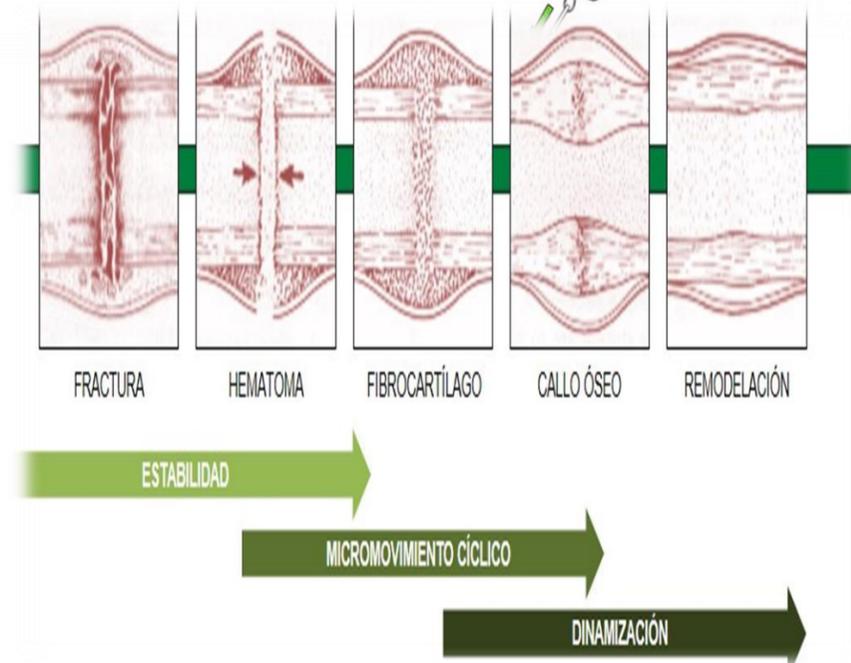
MÉTODOS QUIRÚRGICOS

- Tracción esquelética: sigue el mismo principio de la cutánea, pero se usan tornillos o pines anclados al hueso para transmitir la fuerza. Sólo se usa de modo intraoperatorio para mantener la alineación de los fragmentos.
- Clavos intramedulares: barras metálicas que se introducen a lo largo del hueso fracturado. Habitualmente se bloquean con la ayuda de tornillos o pernos. Se usan en fracturas de huesos largos como fémur, tibia o húmero.
- Placas y tornillos de osteosíntesis: son placas que se atornillan al hueso y suelen emplearse para el tratamiento de fracturas articulares, pues permiten un buen control de fragmentos pequeños.
- Fijadores externos: tutores que van por fuera de la piel y fijan el hueso por medio de tornillos o agujas, de modo similar a un andamio. Por su poca impasividad, se utilizan cuando hay infección o probabilidad de infección (fracturas abiertas) o para la corrección de deformidades óseas.



MÉTODOS NO QUIRÚRGICOS

- Tracción cutánea: se trata de aplicar fuerza longitudinal sobre el miembro afectado para mantener la alineación ósea. Hoy en día apenas se utiliza y se reserva para mantener temporalmente la posición mientras el paciente espera a la cirugía definitiva.
- Vendajes: en el caso de fracturas de huesos pequeños y en ciertas localizaciones específicas, un vendaje puede ser suficiente para inmovilizar adecuadamente la zona.
- Yesos, férulas o similares: se emplean para el tratamiento de fracturas relativamente simples, en pacientes con buen pronóstico (por ejemplo, niños) o en otros con bajas demandas funcionales (por ejemplo, fracturas de muñeca en ancianos).



TRATAMIENTO A UTILIZAR

El objetivo final es que el paciente retome su nivel de actividad anterior al traumatismo, evitando complicaciones y secuelas, ya que, para ello, una vez que se ha producido la fractura, el traumatólogo tiene que seguir tres etapas diferenciadas:

- Reducción: Se manipulan los fragmentos óseos para devolverlos a su posición original. Puede ser cerrada (sin apertura quirúrgica del foco de fractura) o abierta (con apertura). La primera tiene la ventaja de ser menos agresiva, si bien muchas veces no es posible obtener una reducción estable o anatómicamente perfecta. El abordaje quirúrgico del foco de fractura tiene la desventaja de ser más agresivo, pero permite una reducción más anatómica y el control de fracturas que, de otro modo, no se podrían devolver a su posición natural.
- Estabilización: Mantener estable la reducción en el tiempo. La estabilización se puede obtener por medios no quirúrgicos (yeso o tracción) o quirúrgicos (clavos, placas, tornillos, fijadores externos...). El método seleccionado depende de múltiples factores.
- Rehabilitación: Devolver al segmento afectado su función con la mayor eficacia y rapidez posible.

