

Manejo de fracturas expuestas en el departamento de emergencias

Anexos:

Tabla N°1: Tasa de infección para diferentes grados de fractura abierta.

Grado de fractura	Tasa de infección (%)
Gustilo-Anderson tipo I	0-2
Gustilo-Anderson tipo II	1 a 10
Gustilo-Anderson tipo III	10 a 50

Fuente: Loh Bryan. Práctica preoperatoria. 2022. **Elaborado:** Loh Bryan. Práctica preoperatoria. 2022

Tabla N°2: Clasificación de fractura abierta de Gustilo-Anderson

Clasificación	Tamaño de la herida	Contaminación	Fractura	Lesión Vascular que requiere reparación	Cobertura de tejidos blandos.
I	Herida < 1 cm	Mínimo	Fractura mínima sin desprendimiento de periostio	No	Adecuado
II	Herida > 1cm	Moderado	Conminución moderada; desprendimiento perióstico mínimo	No	Adecuado
IIIA	Cualquier tamaño	Severo	Conminución severa o fracturas segmentarias; pelado de periostio	No	Adecuado, puede volverse inadecuado con los desbridamientos
IIIB	Cualquier tamaño	Severo	Conminución severa o fracturas segmentarias; pelado de periostio	No	Inadecuado (Colgajo de rotación o colgajo libre)
IIIC	Cualquier tamaño	Severo	Conminución severa o fracturas segmentarias; pelado de periostio	Si	Inadecuado (Colgajo de rotación o colgajo libre)

Fuente: Rasmussen Tood. Uptodate,2022. **Elaborado:** Rasmussen Tood. Uptodate,2022

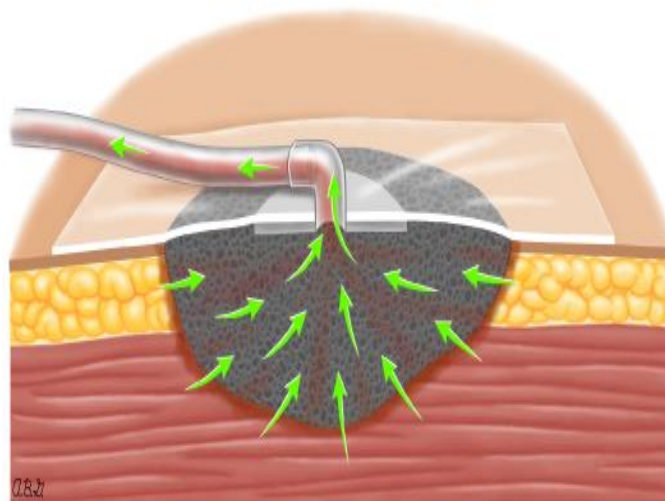
Tabla N°3: Regímenes preventivos de antibióticos para pacientes con fracturas abiertas

	Ausencia de contaminación potencial del suelo o del agua.	Presencia de contaminación potencial del suelo (en ausencia de contaminación del agua)	Presencia de contaminación del agua.
Fractura Gustilo-Anderson tipo I o II*			
Régimen preferido	Cefazolina 2 g IV cada 8 horas	Cefazolina 2 g IV cada 8 horas MÁS metronidazol 500 mg IV cada 8 horas ○ Ceftriaxona 2 g IV cada 24 horas ◇ MÁS metronidazol 500 mg IV cada 8 horas	No se necesita modificación para fractura tipo I o II
Régimen alternativo para pacientes con hipersensibilidad a betalactámicos	Vancomicina: *Dosis de carga: § 20 a 35 mg/kg *Dosis de mantenimiento inicial e intervalo determinados por nomograma; típicamente 15 a 20 mg/kg cada 8 a 12 horas para la mayoría de los pacientes con función renal normal * Ajustes subsiguientes de la dosis y el intervalo en función de la monitorización de la concentración sérica guiada por el AUC (preferido) o guiada por el mínimo.	Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas	No se necesita modificación para fractura tipo I o II
Fractura Gustilo-Anderson tipo III †			
Régimen preferido	Cefazolina 2 g IV cada 8 horas, MÁS gentamicina 5 mg/kg IV cada 24 horas ○ Ceftriaxona 2 g IV cada 24 horas	Ceftriaxona 2 g IV cada 24 horas ◇ MÁS metronidazol 500 mg IV cada 8 horas ○ Cefazolina 2 g IV cada 8 horas ¶ Δ MÁS gentamicina 5 mg/kg IV cada 24 horas MÁS metronidazol 500 mg IV cada 8 horas	Contaminación del agua dulce: Piperacilina-tazobactam 4,5 g IV cada 6 horas Contaminación del agua de mar: Piperacilina-tazobactam (como arriba) ◇, ** MÁS doxiciclina 100 mg IV u oral cada 12 horas.

<p>Régimen alternativo para pacientes con hipersensibilidad a betalactámicos</p>	<p>Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas</p>	<p>Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas MÁS gentamicina 5 mg/kg IV cada 24 horas</p>	<p>Contaminación del agua dulce: Imipenem 500 mg IV cada 6 horas O Meropenem 1 g IV cada 8 horas Contaminación del agua de mar: Imipenem o meropenem (como arriba) \diamond MÁS doxiciclina 100 mg IV u oral cada 12 horas.</p>
---	--	---	---

Fuente: Rasmussen Tood. Uptodate,2022. **Elaborado:** Rasmussen Tood. Uptodate,2022

Gráfico N°1: Terapia de heridas con presión negativa



Fuente: Gestring Mark.Uptodate,2023. **Elaborado:** Gestring Mark.Uptodate,2023