

CLAVO ENDOMEDULAR CORTO

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA



M. Elisa de Castro Peraza - Nieves Lorenzo Rocha - Rosa Llabrés Solé - Ana M. Perdomo Hernández - M. Inmaculada Sosa Álvarez

El Clavo Endomedular Corto, es una técnica quirúrgica muy frecuente, sobretodo en ancianos con fractura pertrocantérica del fémur. Permite la fijación y estabilización de la fractura, utilizando un dispositivo endomedular

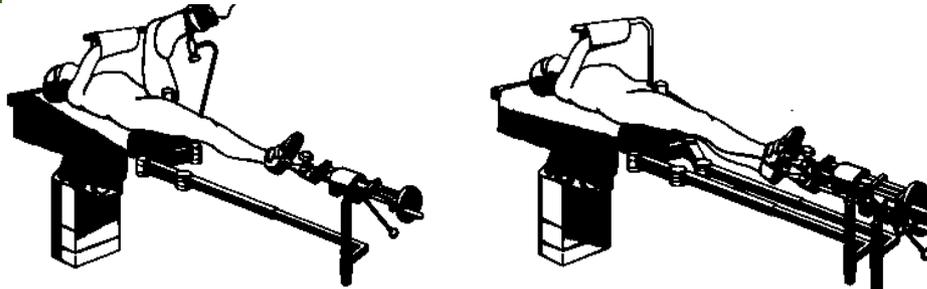
INSTRUMENTAL NECESARIO:

Caja de Cadera , (todas sus variantes: cadera infantil, femur...) Clavo endomedular correspondiente: Gamma 3, PFNA... Motor de osteosíntesis. *Observaciones* : al ser un clavo corto, NO necesitaremos fresar

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

En un primer paso, (con aguja guía cargada en llave manual o chuck) con el punzón, se establece la dirección de entrada de la aguja-guía. Una vez introducida ésta, se procede a fresar el trocánter, con la fresa manual de fémur. Mientras se lleva a cabo esta operación, el cirujano habrá comentado a la instrumentista el tipo de clavo que quiere, con la angulación correspondiente, procediendo la instrumentista, una vez le haya sido entregado el mismo, a montarlo en el marco de colocación destinado, verificando que el montaje es el correcto. A través de la aguja guía, se inserta el clavo endomedular ya montado. Una vez colocado en la posición correcta, (se verifica radiológicamente), se procede a la inserción del tornillo cefálico o lámina. Para ello, se monta en motor una aguja-guía, que se inserta a través del orificio correspondiente en el marco. Una vez colocada se procede a la medición del tornillo necesario a través del instrumento de correspondiente. Una vez medido, se colocará la broca del cefálico o lámina, según la medida resultante y se procede a brocar. Durante esta operación, la instrumentista recibirá en su mesa el tornillo cefálico o lámina correspondiente, que deberá proceder a montar en el accesorio que corresponda. Una vez colocado, puede ser necesario colocar un tapón, los hay de diferentes medidas. El encerrojado distal, se realiza con material no canulado, con la broca dispuesta a tal fin y el medidor correspondiente, colocando el encerrojado, normalmente con tornillos de 5 mm, rosca completa.

POSICIÓN QUIRÚRGICA:



TIPO DE ANESTESIA:

Anestesia espinal. La más frecuente. Al ir acompañada de sedación en la mayoría de los casos, requiere la utilización de gafas nasales

Anestesia epi/espinal. Sólo si se prevee un tiempo quirúrgico alargado. También requiere gafas nasales

Anestesia general. Cuando las condiciones del paciente no permiten otro tipo de anestesia

RECOMENDACIONES:

Proteger las zonas de apoyo en la mesa quirúrgica (hueco popliteo, talones)

Asegurar el paciente firmemente a la mesa al utilizar posiciones inclinadas

Realizar recuento de gasas y compresas ante posible reconversión

RECURSOS DE INTERÉS:

URL video youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=Jwh16CHU2fc>

Bueno Lledó J., Planells Roig M., Arnau Bertomeu C., Sanahuja Santafé A., Oviedo Bravo M., García Espinosa R. et al . Outpatient laparoscopic cholecystectomy:

A new gold standard for cholecystectomy?. Rev. esp. enferm. dig. [revista en la Internet]. 2006 Ene [citado 2015 Sep 21]; 98(1): 14-24.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000100003&lng=es.

Shuchleib S, Chousleb A, Mondragón A, Torices E, Licona A. Exploración laparoscópica de las vías biliares. Asociación Mexicana Cirugía Endoscópica

. [revista en la Internet]. 2001 Ene-Mar [citado 2015 Sep 21]; 2(1):6-10. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endsosco/ce-2001/ce011b.pdf>