

LESIONES TRAUMÁTICAS DE LAS PARTES BLANDAS. Concepto.

Clasificación. Tratamiento

Dr. Eloy Frías Méndez (1)

1. Concepto

A los efectos de este manual se consideran lesiones traumáticas de las partes blandas, aquellas que asientan en: la piel, el tejido celular subcutáneo, las aponeurosis y los músculos.

2. Clasificación

2.1 Cerradas

2.1.1 Conmoción

2.1.2 Contusión

2.2 Abiertas

2.2.1 Superficiales:

2.2.1.1 Excoriación

2.2.1.2 Desgarro

2.2.1.3 Avulsión o dislaceración

2.2.1.4 Heridas tangenciales

2.2.1.5 Heridas a sedal

2.2.2 Profundas

2.2.2.1 Penetrantes

2.2.2.2 Perforantes

3. Tratamiento

3.1 Tratamiento inmediato.

3.1.1 Limpieza de la herida en forma de lavado de arrastre con solución salina isotónica.

3.1.2 Limpieza con agua y jabón de la piel circundante.

3.1.3 Eliminar el sangramiento mediante la compresión de los vasos sanguíneos contra el plano óseo. Si la lesión asienta en una extremidad puede usarse vendaje compresivo, elevación del miembro, evitando en lo posible no usar torniquete, a no ser que no se contenga el sangramiento con las medidas anteriores; el cual no debe aflojarse hasta el tratamiento definitivo de la herida. En casos que se estime que el tiempo para el tratamiento definitivo pueda demorar varias horas, es aconsejable aflojar el torniquete, sin quitarlo, cada 30 ó 40 minutos, para evitar la isquemia total del miembro.

(1) Profesor Auxiliar de Cirugía (Consultante), Especialista de 2º Grado en Cirugía General, Hospital Luis Díaz Soto.
Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

3.2 Tratamiento definitivo

Aplicación de ligadura o sutura vascular del vaso sangrante

3.3 Profilaxis y tratamiento de la infección

3.3.1 Toda herida debe considerarse contaminada, por lo que no se debe cerrar sin realizar antes su limpieza. Se considera infectada después de seis horas sin tratamiento

3.3.2 Si la herida es limpia y lineal, se deben eliminar los coágulos, cerrándola de primera intención.

3.3.3 Si es anfractuosa, se realizará desbridamiento, resecaando los tejidos devitalizados y los bordes de la propia herida, regularizándola hasta el tejido sano en los planos comprometidos, dejándola abierta. En las heridas por proyectil de armas de fuego, si los orificios de entrada y salida son pequeños, no se desbridarán; las provocadas por proyectiles de alta velocidad y proyectiles secundarios que determinan desgarros y conmoción de regiones vecinas requerirán desbridamiento, el que se repetirá en los días sucesivos, de ser necesario, hasta convertirlas en heridas limpias, por lo que no se cerraran de primera intención, realizándose el cierre primario diferido o el cierre secundario.

3.3.4 Antibioticoterapia sistémica: Penicilina cristalina (4 millones U c/ 4 o 6 horas), o cefalosporinas de primera o segunda generación.

3.3.5 Profilaxis del tétanos:

3.3.6.1 Si el paciente esta vacunado: reactivación con Toxoide Tetánico (T.T.) fluido (0,5 ml).

3.3.6.2 Si no ha sido vacunado: comenzar con 1 ml de TT y, en otra región, administrar antitoxina tetánica 6000 U.

3.3.6 Material de sutura:

3.3.7.1 Músculos y vasos pequeños: catgut cromado o simple 0 ó 00.

3.3.7.2 Heridas de la cara: sutura con monofilamento 000 ó 0000.

3.3.7.3 Drenaje: de aspiración continua preferiblemente o de hule de goma en las heridas anfractuosas.