
 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>1</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

## TRAUMATISMOS DE MIEMBRO SUPERIOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES


Departamento de Salud Alicante-Hospital General Universitario Dr. Balmis



 <b>Hospital General Universitario Dr. Balmis</b>	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>2</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

## ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN/INDICACIONES.**
- 2. OBJETIVO.**
- 3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE ANTES DEL PROCEDIMIENTO.**
- 4. LESIONES DE EXTREMIDAD SUPERIOR**
- 5. BIBLIOGRAFÍA**
- 6. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS**

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº <b>3</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

## 1. DESCRIPCIÓN

Las fracturas han supuesto un problema de salud a la largo de la historia. Hoy en día, y según la OMS, los accidentes se encuentran entre 1 de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsable de unas 5 millones de muertes cada año.

El objetivo del tratamiento es lograr la consolidación de la fractura en la posición más anatómica con una recuperación funcional máxima en el menor tiempo posible. Para que cualquier tratamiento tenga el éxito asegurado es fundamental informar al paciente de los riesgos y beneficios de cada opción terapéutica y asegurar su colaboración con la rehabilitación postoperatoria. El tratamiento de la fracturas supone una valoración completa del paciente.

A continuación, vamos a detallar el modo de realizar una inmovilización por fractura, reducción de fractura o luxación de extremidad superior.


## 2. OBJETIVOS

- Homogeneizar la manera de realizar los procedimientos de inmovilización de extremidades tras la realización de una reducción de una fractura o luxación en el Servicio de Urgencias.
- Aumentar la seguridad del paciente, reduciendo el riesgo de complicaciones de las reducciones e inmovilizaciones.

## 3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE ANTES DEL PROCEDIMIENTO

**Personal implicado:** enfermería, TCAE, médico responsable del paciente:

1. Confirmar la identificación del paciente.
2. Preservar la intimidad del paciente.
3. Explicar al paciente el procedimiento a realizar, la forma en que puede colaborar.
4. Monitorizar las variables clínicas (TA, FC, FR, T<sup>a</sup> y SaO<sub>2</sub>), si fuera necesario.
5. Colocar al paciente en posición adecuada para la realización de la técnica.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>4</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

6. Si el paciente tiene dolor, comentar al médico para valorar la administración de un analgésico.
7. Retirar joyas si es necesario.

#### **4. LESIONES DE EXTREMIDAD SUPERIOR**

**Personal implicado:** Enfermera / TCAE/ Médico.

##### **LUXACIÓN ESTERNOCLAVICULAR**


Las luxaciones esternoclaviculares son poco frecuentes y generalmente es consecuente a traumatismo de alto impacto, ya sea de forma directa en clavícula o de forma indirecta por una contusión en la región del hombro. Por lo general, este tipo de luxaciones son producidas por accidentes automovilísticos y, con menor frecuencia, al realizar deporte.

Éstas se pueden clasificar como luxaciones anteriores o retroesternales. En ocasiones pueden ser acompañadas de lesión a grandes vasos debido a su proximidad anatómica, principalmente las retroesternales.



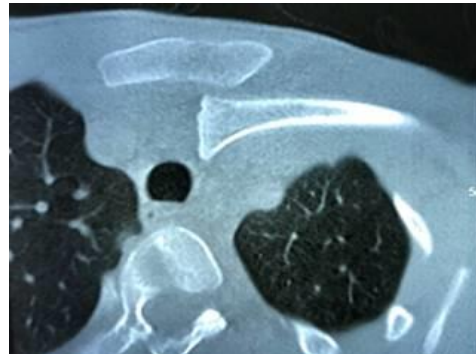
##### **Diagnóstico:**

- Radiografías: Proyección de Serendipity (decúbito supino proyección caudocefálica a 40°) y Heining (posición supina y directamente perpendicular a la articulación)
- TAC con reconstrucción tridimensional

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº 5
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	



*Proyección Serendipity*



TAC

### Tratamiento:

- Analgesia según estado del paciente (oral vs IV)
- Cabestrillo en miembro afectado
- A criterio de Traumatología de guardia, (reducción cerrada vs abierta)

### **FRACTURA DE CLAVÍCULA**

Las fracturas de clavícula suponen el 2.6% - 4% de todas las fracturas. La mayoría afectan al tercio medio (82%), un 18% al tercio externo y un 2% al tercio interno.

Los principales mecanismos de lesión son traumatismos indirectos (caída sobre el hombro o mano) o fracturas patológicas.

### Diagnóstico:

- Ante la sospecha clínica: es importante valorar integridad de la piel en zona de sospecha de fractura, valorar el estado neurovascular distal, el plexo braquial y los vasos subclavios, del miembro torácico afectado y evaluar la condición pleuro-pulmonar del lado afectado (lesiones asociadas)

- Radiografía:

Proyección AP y cefálica oblicua a 45° (que abarque desde región esternoclavicular hasta porción lateral de húmero)

Proyección en carga (5Kg colgando de la muñeca) -->1/3 externo

Proyección serendipity --> 1/3 interno (ver si hay desplazamiento anterior o posterior)








Rx Tórax AP y Lateral (si se sospecha lesiones asociadas como neumotórax, hemotórax, fracturas costales, etc)




- TAC (decisión conjunta con traumatología de guardia)

**Tratamiento:**

- El tratamiento variará con la edad del paciente, la necesidad temporal de retornar a sus actividades, la localización, el desplazamiento y las lesiones asociadas.
- Habitualmente suele ser tratamiento conservador con **cabestrillo**. Cuando se trata de tratamiento quirúrgico es a criterio de traumatólogo de guardia.
- Se cita en consultas externas de traumatología con radiografía control en 2 semanas

Tabla 1. Alternativas de tratamiento (conservador o quirúrgico) en relación al tipo de fractura			
CLASIFICACION	GRUPO (CRAIG)	IMAGEN	TRATAMIENTO
Fractura 1/3 Medio	I		CONSERVADOR (Cabestrillo o Vendaje 8)
Fractura 1/3 Externo	II Tipo I (Neer)		CONSERVADOR (Cabestrillo)
Fractura 1/3 Externo	II Tipo II (Neer)A		CONSERVADOR / QUIRURGICO
Fractura 1/3 Externo	II Tipo II (Neer)B		QUIRURGICO
Fractura 1/3 Externo	II Tipo III (Neer)		CONSERVADOR (Cabestrillo)
Fractura 1/3 Externo	II Tipo IV		CONSERVADOR (Cabestrillo)
Fractura 1/3 Externo	II Tipo V		CONSERVADOR (Cabestrillo)
Fractura 1/3 Interno	III	Tipo I: Min. desplazamiento Tipo II: Desplazamiento Tipo III: Intraarticular Tipo IV: Separación Epifisaria Tipo V: Conminuta	CONSERVADOR CONS / QUIR (Desplaz. Post.) CONSERVADOR CONSERVADOR CONSERVADOR

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº 7
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

## LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR

Las luxaciones acromioclaviculares tienen una mayor incidencia en varones durante la 2º década de la vida. El mecanismo de lesión más frecuente es la fuerza directa tras caídas sobre el hombro con el brazo en aducción.

### Diagnóstico:

- Clínica: dolor, impotencia funcional y deformidad a nivel acromioclavicular (signo de la tecla), es frecuente que adquieran postura antálgica sujetando el mismo brazo.






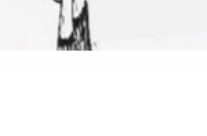


- Radiografía: Proyección AP y comparativas (ver contralateral)




### Tratamiento:

- Analgesia según estado del paciente
- Cabestrillo en lado afecto
- Avisar a traumatólogo de guardia (conservador vs quirúrgico y/o consensuar fecha para cita en consultas externas de traumatología)
- El tratamiento se basa en la Clasificación de Rockwood que es la más aceptada, divide las lesiones en 6 tipos según el grado de desplazamiento, lesión de los ligamentos e integridad de la fascia trapeciodeltoidea.

Tabla 2. Clasificación de Rockwood y tratamiento de las luxaciones acromioclaviculares					
TIPO	IMAGEN	LIG. ROTOS	DESPLAZAMIENTO	FASCIA	TRATAMIENTO
I		Ninguno	No desplazamiento	Íntegra	CONSERVADOR
II		Rotura completa lig. acromioclavicular Rotura incompleta lig. coracoclaviculares	No desplazamiento	Íntegra	CONSERVADOR
III		Rotura completa lig. coracoclaviculares y acromioclavicular	Superior (25% - 100%)	Íntegra	CONSERVADOR/ QUIRÚRGICO
IV		Rotura completa lig. coracoclaviculares y acromioclavicular	Posterior	Rota	QUIRÚRGICO
V		Rotura completa lig. coracoclaviculares y acromioclavicular	Superior (100% - 300%)	Rota	QUIRÚRGICO
VI		Rotura completa lig. coracoclaviculares y acromioclavicular	Antero-inferior	Rota	QUIRÚRGICO



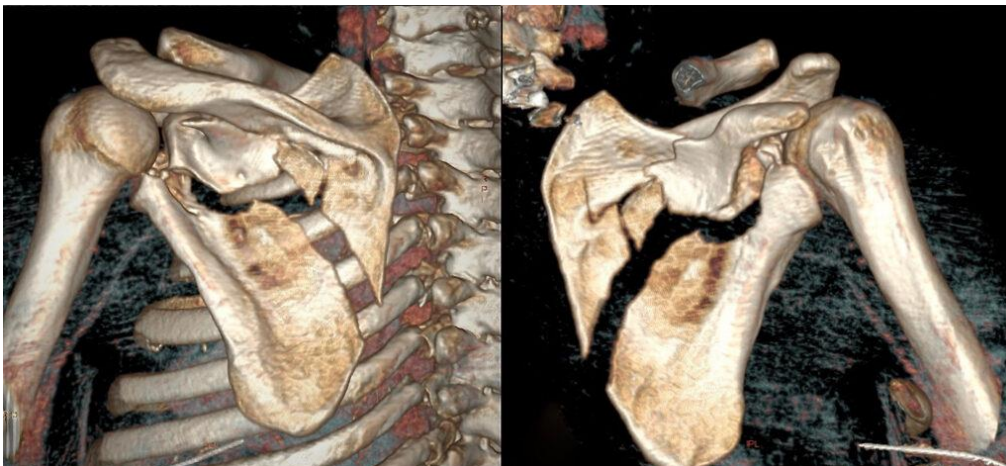
 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>9</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	


## **FRACTURA ESCÁPULA**

Las fracturas de escápula son poco frecuentes, suelen ser debidas a traumatismos de alto impacto y estar asociadas a otras lesiones más graves (90% de los casos) que pueden poner en peligro la vida del paciente. De estas, el 50% son en el miembro ipsilateral, el 80% son traumatismos torácicos, el 48% traumatismos craneoencefálicos y el 26% en el raquis. Por lo tanto el tratamiento estará condicionado por el estado general del paciente. La mayoría se tratan de forma conservadora con buenos resultados debido a que es un hueso muy vascularizado, a que suelen estar poco desplazadas y a que la cintura escapular es capaz de compensar cierto déficit de movilidad.

### **Diagnóstico:**

- Radiografía: proyección AP y en Y, proyección axilar (depende del estado general del paciente y de su colaboración por dolor).
- TAC (con reconstrucción tridimensional)



 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº <b>10</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

### Tratamiento:

- Analgesia según estado general del paciente (oral vs IV)
- Inmovilización con cabestrillo en lado afecto
- Avisar a traumatólogo de guardia (conservador vs quirúrgico y/o cita en consultas externas de traumatología)

## **FRACTURA PROXIMAL DE HÚMERO**


El 70 al 75% de las fracturas de húmero proximal se producen en pacientes mayores de 60 años, asociándose al alto riesgo de caídas, deterioro de la autonomía y disminución de la calidad ósea.

Es la tercera fractura osteoporótica en frecuencia (detrás de fracturas de fémur proximal y muñeca). Es más frecuente en mujeres en una relación 2:1 o incluso 3:1.

El mecanismo de producción principal es la caída desde su propia altura con la interposición del miembro en extensión, resultando en lesiones por impacto contra la glena o el acromion o por tracción del manguito rotador. El otro pico de incidencia está relacionado con adultos jóvenes, que engloba el 50% de los pacientes varones y se relacionan con traumatismos de alta energía resultando en fracturas conminutas y con gran daño de partes blandas.

### Diagnóstico:

- Es muy importante saber mecanismo lesional
- Posición antálgica: impotencia funcional incapacitante del hombro afecto, aducción, rotación interna y codo en flexión.
- Hematoma de Hennequin (24-48 horas): equimosis que evoluciona por gravedad hacia antebrazo, tórax y mama.
- Fundamental exploración neurovascular distal a la lesión: palpación comparativa de pulsos distales, parestesias, hipoestusias con particular interés en la parestesia del territorio axilar (región deltoidea o zona de la insignia) y pérdidas de fuerza (difícil valorar por dolor).

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº <b>11</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	




- Radiografía: Proyecciones AP y en Y, proyección axilar. **Estar atentos a imagen compatibles con fracturas patológicas, en ese caso solicitar Rx Tórax y ver antecedentes del paciente.**

- TAC (con o sin reconstrucción tridimensional): habitualmente solicitado por traumatólogo de guardia. Ayuda establecer el nivel de conminución, la relación entre los fragmentos y posibles luxaciones glenohumorales que pasaran desapercibidas en la radiografía simple. Es de gran ayuda en casos polifragmentarios para planificación preoperatoria.

- RMN: habitualmente solicitada por traumatólogo en consultas externas, puede informar sobre la afectación o no del manguito rotador, en casos de sospecha de fractura patológica, o método diagnóstico de retrasos de consolidación o pseudoartrosis.

### **Tratamiento:**

- Analgesia (según estado general del paciente)
- Cabestrillo en lado afecto (por debajo de la ropa)
- Avisar a traumatólogo de guardia
- Conservador: sigue siendo el tratamiento más usado, está particularmente indicado en fracturas con desplazamiento < 5 mm de troquíter, cuello quirúrgico con un desplazamiento < 50% del diámetro de la diafisis y < 45% angulación, pacientes con baja demanda funcional y/o comorbilidades que imposibiliten la cirugía. Se inicia mediante cabestrillo con o sin almohadillado axilar. Se debe citar a consultas externas de traumatología para dentro de 1-2 semanas (a criterio de traumatólogo de guardia).

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>12</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

- Quirúrgico: Está orientado a obtener una rehabilitación precoz de la articulación, existen diversas técnicas quirúrgicas a criterio de traumatología.



## FRACTURAS DIAFISARIAS DE HÚMERO


Las fracturas diafisarias de húmero son las localizadas entre la inserción del músculo pectoral mayor a nivel proximal y braquial anterior distalmente.

Suponen aproximadamente el 1-3% de todas las fracturas vistas en urgencias. Presentan una distribución por edades bimodal con un pico en la adolescencia resultado de traumatismos de alta energía, y otro más acusado (70% de los casos) en la quinta-sexta década de la vida (hueso de menor calidad y predominio del sexo femenino) en general por mecanismo de baja energía. En este grupo se incluyen las fracturas patológicas por metástasis.

### Diagnóstico:

- Anamnesis: mecanismo de lesión, antecedentes médico-quirúrgicos (sospecha de fractura patológica) o toma continuada de medicamentos como los corticoides a dosis altas.

- Exploración: tumefacción, equimosis y deformidad. Esencial exploración neurovascular sistémica (buscar lesiones en nervio radial)

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>13</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

- Radiografía simple: mínimo 2 proyecciones (AP, lateral o transtorácica), además rx de hombro y codo para descartar lesiones asociadas.

- TAC: si existe fractura articular (decisión conjunta con traumatología)




**Tratamiento:**

A la hora de la elección del tratamiento deberá tenerse en cuenta la edad del paciente, tipo de fractura, patología concomitante, lesiones asociadas, capacidad de colaboración y criterio del traumatólogo de guardia.

Pasos a seguir:

- Analgesia según estado general y dolor del paciente
- Cabestrillo en lado afecto
- Avisar a traumatólogo de guardia



 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>14</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	


## LUXACIÓN DE HOMBRO

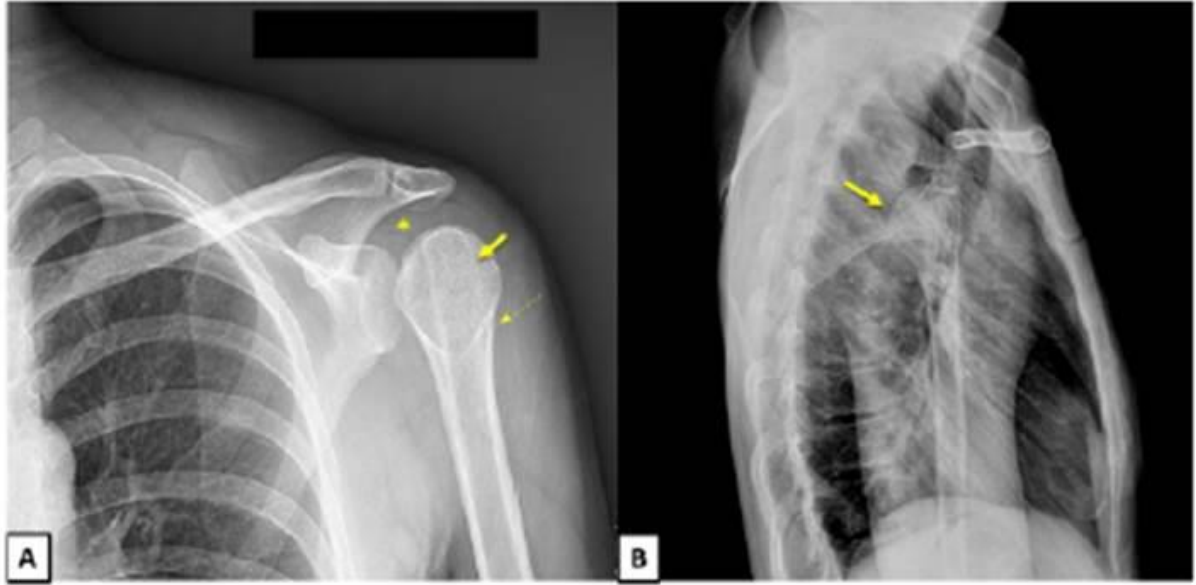
La articulación glenohumeral es la que se ve comprometida en los casos de luxación de hombro y es la articulación más móvil de nuestro cuerpo, siendo la diartrosis que más frecuentemente se luxa, representando entre el 45-50% de todas las luxaciones.

La luxación anterior representa el 85% de las luxaciones. La luxación subcoracoidea es la más frecuente, se suele producir con un mecanismo combinado de aducción, extensión y rotación externa del hombro. Existen otros tipos (subglenoidea, subclavicular e intratorácica) que son más raras y requieren traumatismo de gran energía, con alta incidencia de fractura de troquíter. El cuadro clínico de la luxación aguda es muy doloroso, en la inspección veremos un hombro en charretera y el brazo en leve abducción y rotación externa con limitación funcional.




La luxación posterior representa aproximadamente el 5% de todas las luxaciones, la posición más frecuente de la cabeza humeral es la subacromial. El mecanismo de producción es por sobrecarga axial del brazo en aducción y rotación interna o bien por una contracción muscular violenta. Por ello las causas más comunes son **convulsiones, accidentes de tráfico o electrocución**. Pueden pasar desapercibidas (hasta un 50%) por falta de deformidad. Ante la sospecha **siempre valorar la limitación para la rotación externa activa y pasiva**, además se puede palpar en algunos casos una prominencia en la cara posterior y un hombro más redondeado que el contralateral.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº 15
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	



**La luxación inferior también llamada erecta** porque el húmero queda con la diafisis orientada en sentido superior y la cabeza encastrada por debajo de la cavidad glenoidea, se produce por fuerza de hiperabducción con compresión del cuello humeral contra el acromion, causando un mecanismo de palanca que hace que la cabeza humeral se desplace hacia abajo. Es frecuente la asociación de graves partes blandas, fracturas de las porción proximal del húmero y las lesiones neurovasculares.



 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>16</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

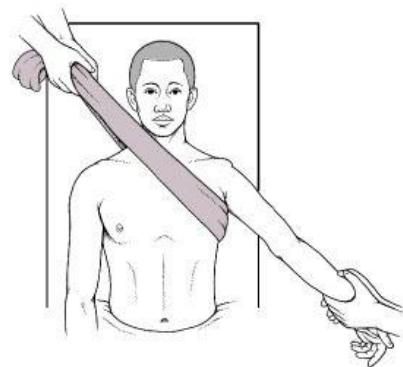
## Diagnóstico

- El diagnóstico en urgencias es principalmente clínico
- Solicitar radiografías simples (principalmente AP de escápula) que es lo que suele tolerar el paciente


## Tratamiento

- Tras realización de radiografía pasar al paciente a Sala de yesos
- Administrar analgesia y relajantes musculares
  - . AINEs, Opioides (IM, IV o SC según estado del paciente)
  - . Diazepam 5 mg SL
- Retirar ropa de la parte superior antes de colocar al paciente en decúbito supino en la camilla de sala de yesos.
- Preparar cabestrillo (tras reducción será colocado con cincha en la cintura)
- Proceder a reducción según tipo de luxación:

\* **Anterior:** existen diferentes técnicas de reducción (hipócrates, Stimson, Kocher, Saha, etc) pero el mayor índice de resultados satisfactorios con menor tasa de complicaciones es la tracción simple en el eje (colocar una sábana doblada a lo largo, rodeando el tórax del paciente y cogiendo la axila del hombro lesionado y proceder a tracción).



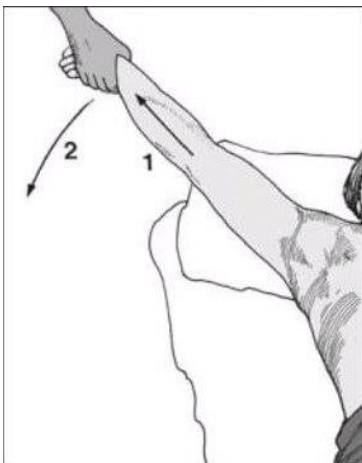


 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>17</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	


\* **Posterior:** Se realiza maniobra de rotación interna en aducción del brazo, ésta será suficiente para la reducción en la mayoría de casos, sino se logra, el siguiente paso será una tracción en aducción más una elevación de la cabeza para introducirla en la cavidad glenoidea. Evitar siempre forzar rotación externa que puede producir fracturas.



\* **Inferior:** la maniobra se realizará primero en tracción con el brazo en abducción de 180° y posteriormente se va disminuyendo la abducción hasta que el brazo quede colocado al lado del tronco.



- En caso de no conseguir reducción se contactará con traumatólogo de guardia.
- Tras reducción se realizará radiografía de control (proyección AP)
- Se procederá a citar en consultas externas de traumatología para dentro de 1-2 semanas, indicación de cabestrillo hasta valoración por su parte.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº 18
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

## FRACTURAS DE HÚMERO DISTAL

Estas fracturas son poco frecuentes (<0.5% del total de las fracturas). El mecanismo de lesión en el adulto joven suele ser traumatismo directo por carga axial con el codo en flexión menor de 90°, mientras que en el anciano, se producen por traumatismos de baja energía.

Cursan habitualmente con dolor, inflamación, crepitación, impotencia funcional, incluso deformidad si está desplazada.


### Diagnóstico:

- Valorar partes blandas, exploración de función neurovascular y estado clínico general.
- Radiografías simples (AP y Lateral) que incluyan articulación del CODO.
- TAC (petición conjunta con traumatólogo de guardia)



### Tratamiento:

- Analgesia (habitualmente IV por dolor intenso del paciente)
- Cabestrillo en lado afecto
- Contactar con traumatólogo de guardia (habitualmente quirúrgico)

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>19</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

## LUXACIONES DE CODO

Tras el hombro, el codo es la articulación que más frecuentemente se luxa. Suele ocurrir tras traumatismos de alta energía en adultos jóvenes (edad media 30 años). En el 60% de los casos hay fracturas periarticulares asociadas.


Se clasifican en simples o complejas según haya o no fracturas asociadas. La **triada terrible** es la combinación de **luxación de codo con fractura de coronoides y fractura de cabeza radial**. La mayoría de las luxaciones agudas son *posteriores*. El mecanismo lesional consiste en una caída sobre la mano con el codo parcialmente extendido. Los otros tipos (anterior, medial, lateral o divergente) son menos frecuentes.



### Diagnóstico:

- Exploración física (codo en semiflexión, antebrazo acortado, olecranon prominente)
- Explorar articulaciones radiocubital proximal y distal
- Descartar compromiso neurovascular antes y después de la reducción; lesiones de arterias braquial y radial, y de los nervios cubital y mediano (por atrapamiento o por tracción).
- Radiografía simples de codo (AP y lateral)
- Proyecciones oblicuas y TAC (en decisión conjunta con traumatólogo de guardia)




 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº 20
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

### Tratamiento:

- Analgesia según estado general del paciente (IM, IV, SC)
- Relajantes musculares (diazepam 5 mg SL)
- Contactar con traumatólogo de guardia (habitualmente reducción cerrada)
- Reevaluar estado neurovascular y estabilidad
- Inmovilización con yeso braquiopalmar en flexión de 90°
- Citar en consultas externas de Traumatología (fecha a criterio de traumatólogo de guardia)



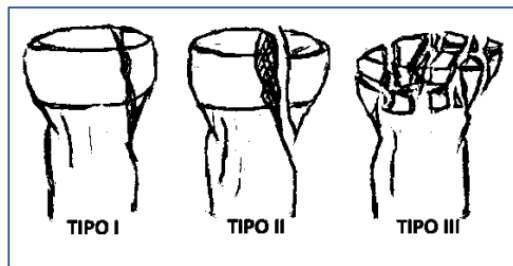
	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>21</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

## FRACTURA RADIO PROXIMAL

Este tipo de fracturas constituyen un elevado porcentaje de la patología traumática del codo alcanzando hasta el 33%. Las fracturas de la cabeza del radio con cierta frecuencia se asocian con otras lesiones del codo, antebrazo y muñeca.

A la inspección es posible encontrar edema acompañado de equimosis en la región externa. La palpación de la cabeza del radio es típicamente dolorosa, exacerbándose el dolor con la rotación del antebrazo. Durante la pronosupinación puede llegar a apreciarse crepitación ósea. Puede observarse pérdida en los últimos grados de la flexoextensión mientras que las rotaciones suelen permanecer intactas.


Clasificación de Mason:



- Tipo I: fractura no desplazada o con desplazamiento mínimo de la cabeza/cuello (<2mm) o fractura del reborde marginal. No bloqueo mecánico de la pronosupinación.
- Tipo II: fractura cabeza/cuello con desplazamiento > 2mm (angulada). Puede acompañarse de bloqueo de los movimientos o incongruencia.
- Tipo III: fractura cabeza/cuello con conminución grave
- Tipo IV: (Clasificación Johnston) cualquier fractura de cabeza/cuello de radio asociada a luxación de codo.

### Diagnóstico:

- Ante la sospecha diagnóstica solicitar radiografías simples AP, lateral y oblicuas

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº 22
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

- NO olvidar evaluar dolor en muñeca en mismo lado, de ser así solicitar radiografía AP y lateral de muñeca o radiografía AP de ambas muñecas (para valoraciones cubitales que estén producidas por lesión del ligamento interóseo)

- TAC a criterio de traumatólogo de guardia

### Tratamiento:

- Analgesia según estado general del paciente

- Según clasificación:


- Tipo I: férula en L (o inmovilización con cabestrillo según indicación traumatología)
- Tipo II: férula en L (o inmovilización con cabestrillo según indicación traumatología) aunque a valorar por traumatología el tratamiento quirúrgico.
- Tipo III: tratamiento quirúrgico.
- Tipo IV: tratamiento quirúrgico.

- Citar en consultas externas de traumatología si se trata de tratamiento conservador (fecha según criterio de traumatólogo de guardia)

## FRACTURA DE OLÉCRANON

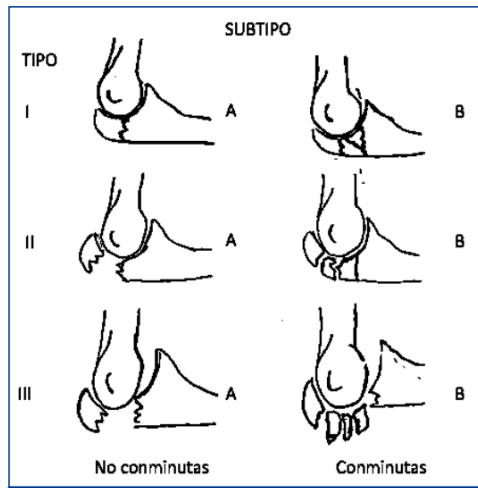
El eje principal de la estabilidad ósea del codo es la articulación húmero-cubital, además es la responsable de la flexo extensión del mismo. Todas las fracturas de olecranon tienden a comprometer la estabilidad articular del codo. Estas fracturas pueden producirse por traumatismo directo al tratarse de un hueso superficial, o por arrancamiento del tríceps.

La clínica se manifiesta con dolor y edema producido por hemartros. A la palpación puede apreciarse una depresión en el foco de fractura, acompañado de dolor. El paciente presenta una incapacidad para la realización de extensión activa contra gravedad del codo, debido a una discontinuidad en el mecanismo del tríceps. Es importante realizar una exploración neurológica del nervio cubital (conminutas).

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>23</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

## Diagnóstico:


- Radiografía simple: AP y Lateral (ésta última fundamental)
- Clasificación, la más usada la de Mayo:



## Tratamiento:

El tratamiento tiene como función una restauración de la congruencia articular y de la estabilidad del codo, preservando la fuerza motora y una movilidad completa.

- Analgesia según estado general del paciente
- Cabestrillo en lado afecto hasta valoración por traumatología
- Contactar con traumatología (todas las fracturas desplazadas se consideran quirúrgicas)

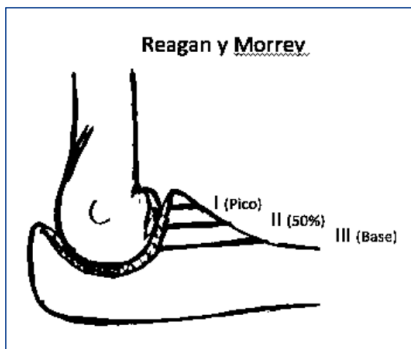
 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº 24
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

## FRACTURA DE APÓFISIS CORONOIDES

Las fracturas aisladas de la apófisis coronoides son raras, normalmente se asocian a luxaciones de codo (2-10%) y a fracturas de olecranon (5%). Suelen fracturarse con una carga axial en el codo en flexión de 0-20°. Cuando la flexión supera los 20° suele fracturarse la cabeza del radio.

### Diagnóstico:


- Radiografías simples: AP y Lateral (útil para clasificación de Regan y Morrey)
- TAC (en caso de otras fracturas o luxaciones asociadas)
- Clasificación Regan y Morrey
  - Tipo I: fractura de la apófisis coronoides.
  - Tipo II: fractura del 50% o menos de la coronoides.
  - Tipo III: fractura de más del 50%.



### Tratamiento:

- Analgesia según estado general del paciente
- Cabestrillo en lado afecto
- Contactar con traumatólogo de guardia
  - Tipo I:
    - Inestabilidad: tratamiento quirúrgico.
    - No inestabilidad: férula en L (o inmovilización con cabestrillo según indicación traumatología)
  - Tipo II y III: tratamiento quirúrgico.



 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº 25
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

## FRACTURAS DIAFISARIAS DE CÚBITO Y RADIO


Las fracturas diafisarias de radio y cúbito suponen entre el 5 y el 12 % de todas las fracturas de antebrazo.

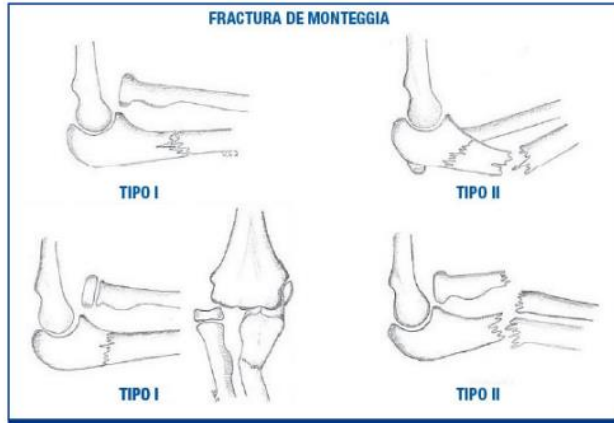
La forma más común es el traumatismo producido por accidente con algún tipo de vehículo a alta velocidad, especialmente coches y motos. También, se incluyen en este tipo de lesión directa la agresión o el bastonazo. Dentro de los mecanismos indirectos encontramos la caída de altura y los accidentes deportivos.

Habitualmente, el paciente acude a urgencias presentando dolor, deformidad e impotencia funcional del antebrazo, que se encuentra pegado al cuerpo y sujeto por la otra mano. Junto con la exploración de la fractura se debe explorar tanto la muñeca como el codo. Es imprescindible una exploración neurovascular completa. También, es importante descartar el síndrome compartimental. Si existe dolor al estiramiento pasivo de los dedos o si el paciente está obnubilado se deben medir las presiones compartimentales. Si la presión del compartimento es mayor de 30-40 mmHg o es mayor que la presión arterial diastólica en 30 mmHg está indicada una fasciotomía de urgencia.

Una clasificación más práctica, desde el punto de vista terapéutico se hace en función de los elementos que participan en la lesión:

- Fractura abierta de cúbito y radio
- Fractura de ambos huesos
- Fractura aislada de cúbito.
- Fractura de Monteggia (asociación de una fractura generalmente del tercio proximal del cúbito y de una luxación de la cabeza radial).
- Fractura aislada de radio.
- Fractura de Galeazzi (fractura de la diáfisis del radio y luxación de la articulación radiocubital distal)

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>26</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	




### Diagnóstico:

- Radiografías: AP y lateral de antebrazo incluyendo codo y muñeca, en algunos casos oblicuas (según criterio de traumatólogo).

### Tratamiento:

- Analgesia según estado general del paciente
- Contactar con traumatólogo de guardia
- Tratamiento conservador: se realiza en las fracturas no desplazadas (raras), pueden tratarse con yeso moldeado braquiopalmar desde la axila con el codo a 90° de flexión y rotación neutra.
- Tratamiento quirúrgico: mayoría de fracturas ya que suelen ser desplazadas
- Fasciotomía de urgencias: si síndrome compartimental

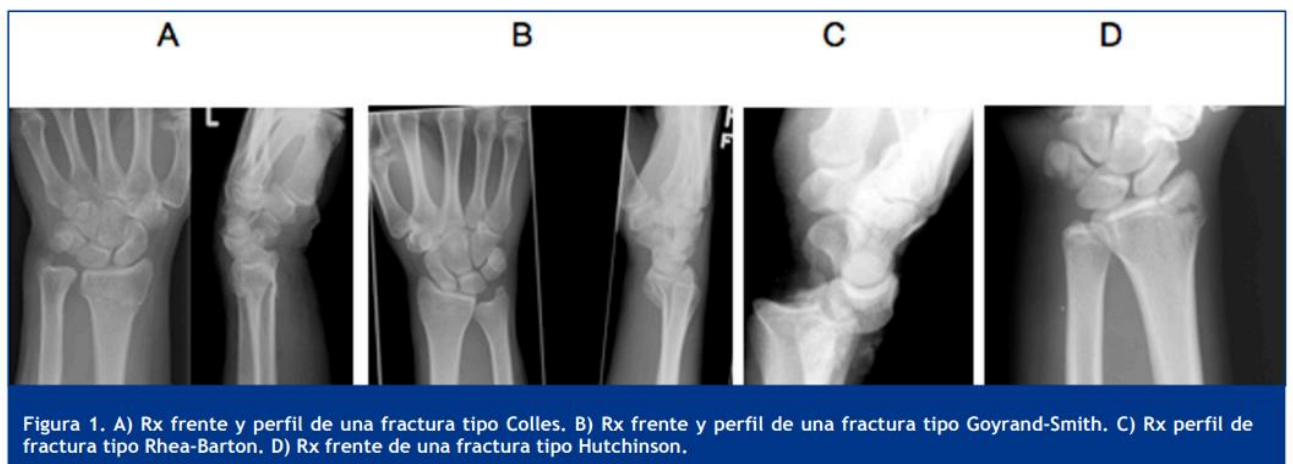
 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº 27
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

## FRACTURA DE RADIO DISTAL

La fractura del extremo distal del radio es una de las fracturas diagnosticada con más frecuencia, correspondiendo a un 15% del total de las fracturas. La población afecta tiene distribución bimodal; un primer grupo son mujeres con perfil osteoporótico con edad comprendida entre 40 y 60 años de edad con traumatismos de baja energía y un segundo grupo son pacientes jóvenes con traumatismo de alta energía.


Existen diferentes tipos de fracturas en el extremo del radio distal según el mecanismo de producción:

- Fractura de Colles (la más frecuente)
- Fractura de Goyrand-Smith (Colles invertido)
- Fractura de Rhea - Barton (fractura luxación radiocarpiana)
- Fractura de Hutchinson
- Fractura de “die punch”
- Fracturas por avulsión de inserciones ligamentosas (fracturas estiloides radial, cubital asociadas a fracturas - luxación radiocarpiana)

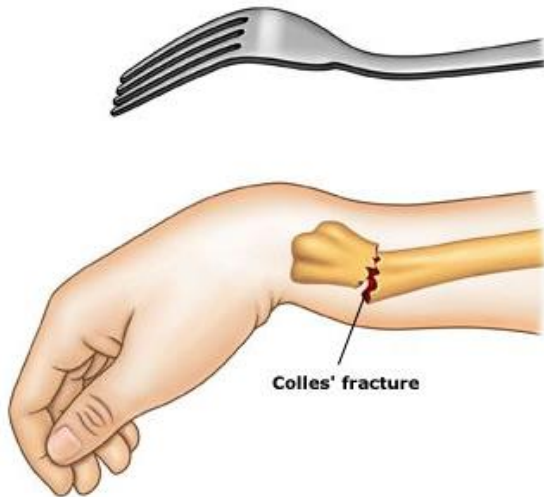


### Diagnóstico:

- Deformidad en forma de tenedor (más frecuente)
- Importante comprobar estado vascular y nervioso de la mano afecta, principalmente del nervio mediano.


 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>28</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

- Rx AP y Lateral de muñeca



#### **Tratamiento:**

- Colocar férula provisional de urgencias (si es posible previo a realización de radiografía)
- Analgesia según estado general y antecedentes del paciente
- Contactar con traumatólogo de guardia (reducción cerrada e inmovilización con yeso)
- Aplicar anestésico local en foco de fractura
- Traumatólogo de guardia realiza reducción con personal de enfermería y TCAE

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>29</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

*Procedimiento:*



1

TRACCIÓN CON VENDA DE GASA



TRACCIÓN UNIVERSAL DE COLLES (P, M y G)



2



3




4



5

A continuación se procederá a la apertura del yeso (traumatólogo o enfermería) con una sierra especial (corta por fricción), no corta la piel y hace mucho ruido (avisar al paciente), hay que llevar cuidado, se calienta y puede quemar, realizar la apertura con pequeños toques sobre el yeso, la tira de persiana (que se pone al colocar el yeso) servirá de guía y protección de la piel.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº 30
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	



6



7



8



9


Una vez reducida la fractura, realizar la radiografía control, posteriormente con la sierra se procederá a abrir el yeso (suelen hacerlo los traumatólogos), de manera longitudinal, por la parte cubital-meñique (nunca radial) 1 cm de anchura aproximadamente, incluyendo el algodón, es cuando se quitará la tira de la persiana, se vendará el yeso con crepé y colocará un cabestrillo/sling, dejando la muñeca muy elevada con respecto al codo (a nivel del corazón).

- Se citará a consultas externas de traumatología a criterio de traumatólogo de guardia.

## FRACTURA DE ESCAFOIDES

Las fracturas de escafoides son más frecuentes en adolescentes y varones jóvenes, siendo de 2 a 4 veces superiores en hombres que en mujeres. Son las segundas en frecuencia del miembro superior, tras las fracturas de radio distal. La mayoría de las fracturas de escafoides tratadas conservadoramente consolidan sin secuelas. Entre el 70 y 80% se producen a nivel de la cintura escafoidea, seguido del polo proximal, distal y tubérculo respectivamente.

Es importante recordar la vascularización del escafoides, irrigado por una circulación colateral y otra intraósea (70-80% de aporte vascular).

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>31</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

El mecanismo de producción más frecuente es una caída sobre la mano con la muñeca en hiperextensión y desviación radial, habitualmente se fractura el tercio medio. Se han descrito también fracturas por fatiga, traumatismos de alta energía (asociados a otras lesiones del carpo) y por fuerzas de compresión pura.

### Diagnóstico:

- El diagnóstico precoz de una fractura de escafoides es importante para minimizar complicaciones.
- Sospecha clínica: el paciente suele presentar dolor, tumefacción e hipersensibilidad en tabaquera anatómica, sobre todo con la desviación cubital y pronación resistida, así como, dolor a la compresión axial del 1º y 2º radios (la prueba más fiable)
- Rx PA, oblicua y lateral
- RX PA con desviación cubital (proyección escafoides)




*Proyecciones radiográficas solicitadas para el estudio de escafoides carpiano*

### Tratamiento:

El tratamiento adecuado en las fracturas de escafoides es controvertido y depende de las características del paciente relacionadas con su calidad de vida y con su actividad laboral y física.

- Conservador: ante la sospecha clínica o hallazgo en radiografía se coloca férula posterior con muñeca en posición neutra por parte de enfermería.
- Quirúrgico: se comenta con COT de guardia
- \*Fracturas desplazadas más de 1mm.
- \* Fracturas de polo proximal.
- \* Fracturas no desplazadas en pacientes jóvenes con alta demanda laboral o que precisan una reincorporación precoz al trabajo. Actualmente, se defiende la intervención

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>32</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

quirúrgica en este tipo de fracturas, debido a las complicaciones de una inmovilización prolongada y al desarrollo de las técnicas percutáneas.

- Se citará a consultas externas de traumatología según consenso con traumatólogo de guardia (habitual 1-2 semanas)

### INMOVILIZACIÓN ESCAFOIDES

a)



### **FRACTURAS LUXACIONES DEL CARPO**


Las luxaciones o fracturas luxaciones del carpo son lesiones raras que resultan de traumatismos de alta energía tales como accidentes de tráfico, caídas de gran altura o accidentes con maquinaria industrial. Suponen el 7-10% de las lesiones carpianas y las fractura-luxaciones resultan el doble de frecuentes que las luxaciones. Más del 90% suceden en varones jóvenes y alrededor del 60% afectan la mano dominante.

#### **Diagnóstico:**

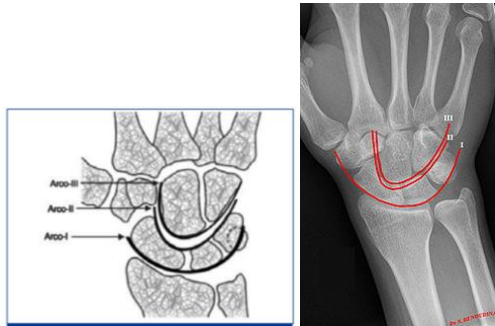
- Clínica: antecedente de traumatismo de alta energía, dolor evidente e inflamación de mano y muñeca.
- Radiografía simple:

Radiografía AP: Debemos inicialmente comprobar la existencia de líneas de fractura en la estiloides radial, escafoides, hueso grande, piramidal y estiloides cubital. En una



 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº <b>33</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

proyección AP en posición neutra podemos diferenciar tres arcos radiológicos (líneas de Gilula) que ayudan a definir las relaciones normales del carpo. Cualquier rotura o escalón que rompa la continuidad de cualquiera de estos arcos indica la presencia de una alteración intercarpiana en el sitio donde este arco se altera.



Radiografía Lateral: la relación del semilunar con el hueso grande es clave para el diagnóstico de una luxación o fractura-luxación perisemilunar del carpo, por lo que la identificación de los contornos de ambos huesos es obligatoria en el análisis radiográfico.




### Tratamiento:

- Analgesia según estado general del paciente
- Comentar con traumatólogo de guardia (reducción cerrada vs abierta)

## FRACTURAS METACARPÍANOS Y FALANGES

Las fracturas de los huesos de la mano son una de las causas más frecuentes de atención en los servicios de urgencias y las fracturas de las falanges suponen más del 50% de todas las fracturas de la muñeca y de la mano.

Presentan dos curvas de incidencia, la primera en jóvenes deportistas en la tercera década de la vida y la segunda por accidentes laborales en la quinta década de la vida.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº 34
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

Son más frecuentes en varones, sobre todo coincidiendo con estos grupos de edad. Los factores a considerar en las fracturas de los metacarpianos y de las falanges, que permiten su clasificación, son la localización (intra o extraarticular), la presencia de conminución, el desplazamiento y la asociación de fracturas múltiples o lesiones de tejidos blandos.

### FRACTURAS METACARPIANOS:

Las fracturas de los metacarpianos representan un tercio de las fracturas de la mano. Dividiremos entre fracturas del primer MTC y fracturas del 2º al 5º MTC por comportarse de manera diferente.

#### Fracturas del 2º al 5º MTC

Las clasificamos en función del segmento afectado: Cabeza, cuello, diáfisis y base.


- **Diáfisis:** la fractura puede ser transversa, oblicua corta o larga, espiral o conminuta. En estos casos se comenta con **traumatólogo de guardia** para tratamiento conservador vs quirúrgico.



- **Cuello:** La localización más frecuente es en el quinto metacarpiano, la denominada "fractura del boxeador". El quinto metacarpiano es el más móvil y por tanto el que más tolera deformidades angulares. El riesgo reside en dejar un déficit de extensión de la articulación, dolor en la palma de la mano y ausencia de nudillo si no realizamos una correcta reducción. Esto se consigue controlar en la mayoría de los casos mediante el tratamiento conservador.

Pasos a seguir:

+ Se procede a colocación de anestésico local en foco de fractura.


 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>35</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

+ En conjunto con enfermería se coloca inmovilización manteniendo la articulación metacarpo-falángica en flexión de 80° - 90° según tolerancia del paciente y una sindactilización con el 4º radio para prevenir la rotación. Cuando la fractura es desplazada se realiza la reducción mediante la maniobra de Jahss. La maniobra consiste en mantener en flexión las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas y realizar presión en el eje de la falange proximal a la vez que realizamos contrapresión en la cara dorsal del metacarpiano afecto.



- + Se realiza radiografía control
- + Si se observa reducción no aceptable, se comenta con traumatólogo de guardia para valoración
- + Si reducción aceptable, citar en consultas externas de traumatología para dentro de 2 semanas con radiografía control.

**- Base de MTC:**

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº <b>36</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

- \* Si extraarticular: tratamiento conservador con férula a 90° y sindactilia.
- \* Si intraarticular: comentar con traumatólogo de guardia por posibilidad de lesiones asociadas

### Fracturas de la base del 1º MTC

La integridad de la primera articulación carpometacarpiana es muy importante para la función del pulgar.



La fractura de la base del 1º metacarpiano presenta un fragmento distal desplazado en adducción y flexión.


En estos casos se comenta con traumatólogo de guardia, el tratamiento consiste en reducción cerrada de la fractura e inmovilización y fijación ya sea cerrada o abierta en las inestables.

## FRACTURAS DE FALANGES

### Fracturas Falange distal

- Si se localizan en tuberosidad o diáfisis: usualmente tratamiento conservador con férula digital 14-21 días. Siempre ver integridad de uña y si existe hematoma subungueal drenarlo.

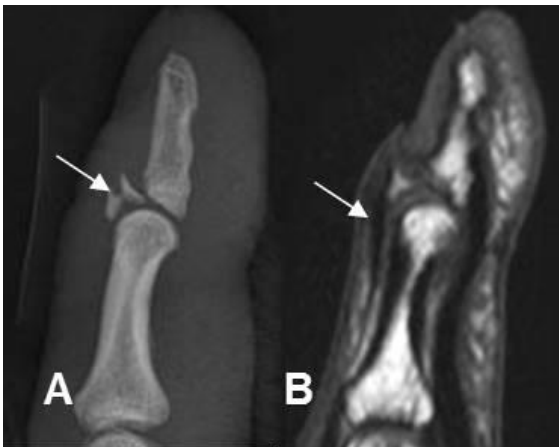
Se recomienda control por médico de cabecera.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº <b>37</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	



- Si se localizan en base, se clasifican en:


\* Dorsal (por avulsión): tratamiento ortopédico mediante férula digital en extensión y citar en consultas externas de traumatología dentro de 2 semanas. En avulsiones con grandes fragmentos (afectación de > 25% de la superficie articular) comentar con traumatólogo de guardia (tratamiento quirúrgico bajo su criterio).



\* Volar: por avulsión de tendón flexor, se debe comentar con traumatología de guardia por posibilidad de tratamiento quirúrgico.

### **Fracturas falange media y proximal**

En este apartado existen muchos tipos de fracturas según la localización, si son intra o extraarticulares, el grado de angulación y grado de rotación de los dedos por lo que se debe comentar con traumatología de guardia para valoración clínica y tratamiento definitivo.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	URG-P062			Hoja nº 38
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	



### LUXACIONES INTERFALÁNGICAS


La articulación más frecuentemente luxada en el cuerpo humano y por lo tanto en la mano es la interfalángica proximal (IFP). La severidad de la lesión es muchas veces subestimada lo que repercute en un tratamiento inadecuado con morbilidad a largo plazo. El sentido de la luxación generalmente es dorsal aunque pueden ocurrir luxaciones laterales o volares.

Es necesario interrogar al paciente acerca del tiempo de evolución de la lesión, el mecanismo de la misma, si hubieron intentos previos de reducción y el sentido inicial de la deformidad.

#### Diagnóstico:

- Clínica: deformidad evidente, aumento de volumen y/o presencia de heridas cutáneas.



 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>39</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

- Radiografía: AP y Lateral del dedo afecto




#### **Tratamiento:**

- Pasar a paciente a sala de yesos
- Colocar bloqueo digital con anestésico local (mepivacaína); previamente exploración de sensibilidad




- Se procede a reducción de luxación y colocación de férula digital
- Solicitar radiografía control
- Se debe citar a consultas externas de traumatología en 1 semana con radiografía control (cita precoz para evitar complicaciones y movilidad precoz según valoración por traumatología)
- Si en radiografía se observa fractura asociada a luxación se debe comentar con traumatólogo de guardia para valoración.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>40</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. R. Calero, CA. Calero, J. Part, JM. Gómez, E. Sanchez-Alepuz. Fractura de escápula. Indicaciones de tratamiento quirúrgico. Revista Española de Traumatología Laboral. Noviembre 2019. Vol.2. Fasc.2. Num.4.
2. R. Romo, JM. Fernández, J. Camacho, P. Tarazona J. Quinzaños. Fractura-luxación de la articulación interfalángica proximal. Acta Ortopédica Mexicana 2010; 24(4)-Jul-Ago: 252-259.
3. J. Romero, N. Fernández. Inestabilidad Gleno-Humeral. Capítulo 103. Curso COT
4. M. Santoa, JL. Ávila, O. Jacobo, T. Del Olmo, C. García, C- García-Polín. Inestabilidad acromioclavicular aguda: epidemiología, historia natural e indicaciones de cirugía. Revista Española de Artroscopia y Cirugía Articular. 2015: 22(1):18-23.
5. Taljanovic MS, Karantanas A, Griffith JF, DeSilva GL, Rieke JD, Sheppard JE. Imaging and treatment of scaphoid fractures and their complications. Semin Musculoskelet Radiol. 2012 Apr;16(2):159-73.
6. Owens BD, Campbell SE., Cameron KL., Risk Factors for Posterior Shoulder instability in Young Athletes., Am J Sports Med. 2013 Aug 27.
8. I. Clares, S. Quintas. Fracturas de metacarpianos y falanges. Capitulo 113. Curso COT.
9. Gaston R.G, Chadderdon C. "Phalangeal fractures. Displaced/nondisplaced". Hand Clin. 2012; 28: 395- 401.
10. D. González-García, B. Ríos, G. Suazo, J. Castañ. Cómo diagnosticar una luxación del carpo: a propósito de un caso. Revista Española de Traumatología Laboral. Vol. 1. Fasc. 1. Núm. 1. Mayo 2018
11. I. Hasenlechner, F. Calduc. Tratamiento rehabilitador en fracturas de húmero proximal. Revista Española de Traumatología Laboral. Vol. 2. Fasc. 2. Núm. 4. Noviembre 2019



 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía de atención a los traumatismos de miembro superior en el Servicio de Urgencias</b>	<b>URG-P062</b>			Hoja nº <b>41</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	25	11	2024	

## 6. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
<b>Celeste Aguirre .</b> Médico adjunto del Servicio de Urgencias	<b>Elena Martinez Beloqui,</b> Médico adjunto de urgencias  <b>Begoña Espinosa Fernandez .</b> Médico adjunto de urgencias  <b>Inmaculada Jiménez Ruiz.</b> Médico adjunto de urgencias	<b>Pere Llorens Soriano.</b> Jefe del servicio de Urgencias  <b>Rogelio pastor Cesteros.</b> Jefe de sección del servicio de urgencias.
Fecha 25/11/2024	Fecha 25/11/2024	Fecha 25/11/2024

Este protocolo será revisado siempre que las circunstancias lo requieran y en especial, ante modificaciones sustanciales de los protocolos y/o procedimientos en la materia, dictados por las Autoridades Sanitarias.

La modificación del protocolo incluirá la comunicación a los responsables de las áreas/servicios y unidades afectados por el protocolo, así como a la totalidad de los profesionales del Servicio de Urgencias Generales.

Asimismo, se modificará con carácter inmediato en la intranet del Departamento, en caso necesario.

EDICIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS	PÁGINAS
V1	25/11/2024	Elaboración del documento	41
V2	XX/XX/20XX	Revisión del documento	