



Nombre de la alumna: López López
Carmela

Nombre del profesor: Hilaria
Hernández Moreno

Nombre del trabajo: Mapa
caonceptual.

Materia: Enfermería
gerontogeriatrica.

Grado: 6° Cuatrimestre

Grupo: "A"

Fracturas de los miembros superiores.

MECANISMO LESIONAL: Caída con traumatismo directo sobre el hombro, típico de ciclistas.

clasificación

- Allman divide la clavícula en tercios: medial, tercio medio y lateral. Las fracturas de tercio lateral se subdividen según la localización con respecto a los ligamentos coraco-claviculares (modificación de Neer).

CLINICA Y EXPLORACION FISICA

- Actitud antiálgica con el brazo lesionado sostenido junto al cuerpo.
- Deformidad, crepitación y dolor en el foco de fractura (clínica traumática habitual). En las fracturas de tercio medio el peso del miembro desplaza el fragmento lateral hacia abajo y el fragmento medial hacia arriba traccionado por el esternocleidomastoideo.
- Siempre se debe completar la exploración neuro-vascular distal.

DIAGNOSTICO

- RX convencionales AP que incluya el humero proximal
- Las lesiones del tercio externo se aprecian mejor con proyecciones AP modificadas con 15 ° de inclinación cefálica y penetración reducida (incidencia de Zanca modificada)
- Si se sospecha compromiso vascular se debe realizar arteriografía (poco frecuente).

Indicaciones de cirugía: Fracturas abiertas, Lesión neuro-vascular asociada, Compromiso cutáneo, Fracturas de tercio lateral desplazadas (fractura de Latarjet), Fractura asociada de escápula, Pseudoartrosis, Fractura bilateral.

FRACTURA DE ESCÁPULA

La fractura de escápula es infrecuente, <1% de todas las fracturas. Esto es debido a la protección de la cavidad torácica por delante, la gruesa envoltura muscular por detrás y a su movilidad intrínseca que permite que se dispersen las fuerzas. La movilidad del hombro depende del movimiento sincronizado de las articulaciones gleno-humerales y escapulo-torácica.

MECANISMO LESIONAL

- Traumatismos de alta energía, accidentes de tráfico.

DIAGNOSTICO

- Se suelen identificar en RX de Tórax convencional en pacientes politraumatizados. Se deben obtener RX AP escapular estricta y proyecciones lateral y axilar para evaluar de manera sistemática el cuerpo, la espina de escápula, las apófisis (acromion, coracoides y glenoides) y las articulaciones (escapulotorácica, glenohumeral y acromio-clavicular).

TRATAMIENTO

- La recuperación de las constantes es primordial cuando se trata de un politraumatizado.
- La mayoría de las fracturas de escápula pueden manejarse ortopédicamente con un cabestrillo que sujete el peso del brazo y lo fije el tórax hasta la consolidación (3-4 semanas).
- El tratamiento quirúrgico rara vez está indicado.

FRACTURAS DE EXTREMO PROXIMAL DEL HUMERO

Las fracturas del humero proximal son frecuentes, constituyen el 5% de todas las fracturas del adulto. Se observa un aumento de incidencia a partir de la menopausia, estando en relación directa con la disminución de la masa ósea. El húmero proximal está constituido por cuatro partes anatómicas bien definidas: troquíter, troquíen, cabeza humeral y diáfisis. Cada una de estas partes presenta diversas inserciones musculares que determinan el desplazamiento de los fragmentos. El cuello quirúrgico es la zona distal a los troquíteres. Esta es una zona de adelgazamiento cortical susceptible a las fracturas.

MECANISMO DE LESIONAL

- Depende del grupo de edad: en los ancianos son los traumatismos de baja energía por caída sobre el costado o sobre la mano extendida la causante de la fractura mientras que en jóvenes se producen por traumatismos de alta energía. Otras causas son las fracturas patológicas o las convulsiones (asocian fractura-luxación).

CLINICA

- Actitud antiálgica. Dolor, crepitación y deformidad.
- En ocasiones se aprecia equimosis extensa que involucra la cintura escapular y la región torácica (hematoma de Hennequin).
- Descartar siempre lesión neuro-vascular sobretodo en traumatismos de alta energía con gran desplazamiento. La arteria axilar es la más vulnerable. El pulso asimétrico y la expansión regional del hematoma indican la necesidad de completar el estudio mediante arteriografía.
- El déficit neurológico más frecuente es la neuroapraxia del axilar o circunflejo. Su indicador más fiable es la alteración de la sensibilidad en la región deltoidea, la función motora del m. deltoides no suele ser valorable por poca cooperación del paciente.

DIAGNOSTICO

- Las RX básicas en el área de urgencias son la RX AP del hombro (perpendiculares al plano de a escápula y no al plano del torax) y RX lateral de escápula. La RX transtorácica permite descartar luxación gleno-humeral asociada.
- El TAC de urgencia es de gran valor para determinar el número de fragmentos y su desplazamiento.

FRACTURAS DE CABEZA Y RADIO

Son fracturas frecuentes, representan el 20-30% de las fracturas del codo.

Generalmente son causados por traumatismos indirectos al caer sobre la mano en extensión.

CLINICA

- Es típico el dolor selectivo a la palpación de la cabeza de radio, que se acentúa con la prono-supinación
- Es importante evaluar desde el punto de vista clínico y radiológico la muñeca y articulación radiocubital homolaterales para descartar lesiones a ese nivel.
- El dolor a nivel del ligamento colateral medial sugiere la posibilidad de luxación de codo.

DIAGNOSTICO

- RX AP y lateral de codo puede ser suficiente, pero ante la duda en fracturas o desplazadas se debe completar con proyecciones oblicuas.

TRATAMIENTO

- Se inmoviliza la extremidad con una férula posterior durante 2-3 semanas. En algunos casos sin desplazamiento en pacientes ancianas puede inmovilizarse con vendaje bien almohadillado.
- Quirúrgico: los tipos II y III.

FRACTURAS DIAFISARIAS DE RADIO Y CÚBITO

Se producen por un impacto directo al antebrazo como consecuencia de un accidente de tráfico, deportivo o tras caída de altura.

CLINICA

- Deformidad evidente, dolor, crepitación.. • Puede asociar lesiones nerviosas por lo que se deben explorar el nervio mediano, cubital y radial. •
- Se deben explorar tanto desde punto de vista clínico como radiográfico las articulaciones proximales y distales del antebrazo para descartar lesiones asociadas.
- La piel debe explorarse para descartar que sean fracturas abiertas.

DIAGNOSTICO

- RX AP y lateral de antebrazo incluyendo codo y muñeca.

TRATAMIENTO

- Fracturas no desplazadas: inmovilización con yeso o férula braquio-palmar en 90° de flexión de codo y en posición neutra de prono-supinación (3-4 semanas). Se deben hacer controles RX tempranos por la posibilidad de desplazamiento secundario.
- Fracturas desplazadas: tratamiento quirúrgico mediante osteosíntesis con placa.

FRACTURAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES.

DEFINICION

- Las piernas o extremidades inferiores como comúnmente se denominan en la jerga médica son dos pilares que condicionan la estabilidad en un contexto por definición inestable. Los navegantes, son atletas de élite en el mar y cualquier lesión por mínima que sea, pero dolorosa, condiciona una bajada del rendimiento y el no poder exponerte a situaciones límite.

- LESIONES DEL MIEMBRO INFERIOR
- Cadera
- Muslo
- Pierna
- Pie, tobillo

LESIONES DE TOBILLO

- La articulación del tobillo la forman: la tibia, el peroné y el hueso astrágalo. Esta articulación se halla envuelta por ligamentos y por tendones.
- Esguince grado
- leve. No existe inestabilidad entre los huesos que forman la articulación del tobillo.
- moderado. Apenas existe movilidad entre los huesos que forman la articulación del tobillo.
- grave. Existe una clara inestabilidad entre los huesos que forman la articulación del tobillo.

Manifestación clínica: Los esguinces se manifiestan por dolor y por hinchazón ya sea en el lado interno o en el lado externo del tobillo.

LESIONES EN LO PIES

El pie está formado por un numeroso complejo de articulaciones coordinadas entre sí. Básicamente debemos diferenciar: las articulaciones del medio pie (huesos cortos o huesos del Tarso), las articulaciones del antepie (de los huesos largos o Metatarso) y las articulaciones de los dedos (las Falanges).

MANIFESTACION CLINICA

La manifestación clínica de un traumatismo en el pie suele ser la hinchazón y el hematoma subcutáneo en la zona de la contusión.

TRATAMIENTO

- El tratamiento de las lesiones traumáticas en el pie se centra principalmente en controlar el dolor y el hinchazón. La aplicación de frío local durante 10 minutos en períodos repetidos cada dos horas y la colocación de un vendaje ligeramente compresivo son las únicas medidas de tratamiento definitivo.

LESIONES DE RODILLA

- La articulación de la rodilla la forman: el fémur, la tibia y la rótula (o patela). Esta articulación se halla envuelta por un manguito fibroso denominado cápsula articular.

LESIONES DE CADERA

- Causa más común de los hospitales en los servicios de urgencia ortopédicos.
- Las complicaciones de esta patología van desde distintos grados de discapacidad hasta una completa pérdida de su independencia.