

**Universidad Del Sureste**

**Materia: Urgencias Médicas**

**Docente: Dr. Romeo Suárez Martínez**

---

**Mapa conceptual: Fracturas, luxaciones y esguinces**

**Alumno: José Alfredo Sánchez Álvarez**

**8° Semestre      Grupo “Único”**

# FRACTURAS, LUXACIONES Y ESGUINCES

## Fracturas

Solución de continuidad anatómica, ya sea completa o incompleta, del tejido óseo y/o cartilaginosa del esqueleto

### Clasificación

Gustilo y Anderson

Escala de la extremidad severamente lesionada

Según la causa

Según características

Según exposición ósea

Traumatismo directo: intensidad suficiente para provocar lesión en el lugar del impacto

Traza capilar o fisura (sin desplazamiento de fragmentos óseos), simple (transversas, oblicuas o espiroideas), o multifragmentaria (cominutas) que provocan la aparición de más de dos fragmentos óseos

Abiertas: el foco de fractura comunica con el exterior  
Cerradas: no existen exposición ósea

Indirecto: excede los límites de resistencia del tejido óseo, provocando una lesión a distancia de su punto de aplicación

Por compresión (o aplastamiento)  
Por arrancamiento: tracción muscular en inserción ósea  
Impactadas: un fragmento penetra en el otro  
Intra/extraarticulares: si se afecta la superficie articular

De repetición: fuerzas repetidas de baja intensidad que conducen a la fractura ósea por estrés o por su reiteración

En el niño:  
Diafisarias o metafisarias: en rodete o en tallo verde  
Epifisiolisis: desprendimientos epifisarios con lesión total o parcial del cartilago de crecimiento

Patológica: aquella que se produce sobre un hueso debilitado por una enfermedad previa (tumores, osteoporosis, etc.)

Rx:  
AP y lateral  
Incluir las articulaciones adyacentes al foco de fractura.  
En niños resulta útil la radiografía contralateral para comparar los núcleos de osificación  
TAC o RMN son de ayuda en lesiones de columna, intraarticulares o de las partes blandas

### Diagnóstico

Clinica:  
Limitación al mover la extremidad, dolor, deformidad, asimetría, edema, equimosis, abroces, crepitación

H.C.:  
Inspección: postura, marcha, movilidad, zona del traumatismo (deformidad, asimetrías, inflamación, equimosis, abrasión, etc), comparándolas con la contralateral  
Palpación: localizar los puntos dolorosos.  
Movilidad: evaluamos la movilidad activa y pasiva.  
Exploración neurovascular: exploración de tono, fuerza, reflejos, pulsos, etc

### Tratamiento

Analgesia  
Inmovilización transitoria: hasta completar el estudio  
Reducción: consiste en la restitución anatómica normal  
Inmovilización definitiva: sistemas no rígidos (vendas, cabestrillo, tiras de esparadrapo), enyesado (férula o vendaje circular). Incluirán el foco de fractura y la articulación proximal y distal

## Luxaciones

Lesión cápsulo-ligamentosa con pérdida permanente del contacto de las superficies articulares, que puede ser total (luxación) o parcial (subluxación)

Puede ser reducible (espontáneamente, especialmente si es recidivante; o con maniobras) o irreducible, precisando reducción abierta

Se pueden lesionar estructuras neurovasculares y producirse un bloqueo vascular o neurológico

### Síntomas

Dolor en la zona lesionada  
Inflamación en la zona lesionada  
Dificultad para usar o mover la zona lesionada de forma normal  
Malformación de la zona luxada  
Moretones o enrojecimiento de la zona lesionada  
Entumecimiento o debilidad de la zona lesionada

### Diagnóstico

Radiografía o RNM

### Tratamiento

Inicialmente incluye reposo, hielo, compresión y elevación

Miembro superior

Acromioclavicular:  
Subluxaciones y luxaciones leves: analgesia e inmovilización con cabestrillo x 2-3 sem.  
Moderadas o graves: valor Cx

Genohumeral anterior:  
Maniobras de reducción (hipocrática, de Milch, de Kocher), inmovilizado de 1 a 3 semanas, posterior ejercicios de movilización controlada

Genohumeral posterior  
Tracción a 90 grados de anteversión del hombro más rotación interna final

Pronación dolorosa  
Supinación progresiva junto con tracción y flexión del codo hasta conseguir la reducción con sensación de "chasquido" en la fosa antecubital

Interfalángica y metacarpofalángica  
Tracción y flexión. Tras estabilidad se inmovilizan con una sindactilia durante 2-3 semanas

Miembro inferior

Cadera  
Reducción cerrada (Allis, Stimson) o abierta si existen fragmentos interpuestos

Rótula  
Reducción cerrada e inmovilización mediante férula dorsal o calza de Böhler. Posteriormente flexión progresiva y fortalecimiento cuadriceps

## Esguinces

Distensión o estiramiento excesivo de algún ligamento, que se produce debido a un movimiento brusco, caída, golpe o una fuerte torsión articular, que hace superar su amplitud normal

### Grados

Grado I o leve: elongación del ligamento sin rotura que produce dolor con leve hematoma sin pérdida de estabilidad del mismo  
Grado II o moderado: rotura parcial del ligamento que produce dolor intenso, hematoma y edema articular con inestabilidad leve articular  
Grado III o grave: rotura completa del ligamento que supone gran dolor y hematoma con pérdida de la función e inestabilidad total del mismo

### Diagnóstico

Palpación dolorosa del ligamento, edema y equimosis difusa junto con maniobras forzadas para comprobar la estabilidad articular (bostezo)

### Tratamiento

Inmovilización de la articulación, reposo, elevación del miembro, frío local y terapia antiinflamatoria. En caso de inestabilidad articular significativa puede ser necesario la intervención qx

De rodilla

Inmovilización en descarga mediante vendaje o férula durante 2-3 semanas

De tobillo

Inmovilización mediante vendaje funcional y deambulación precoz (2-3 días) en los casos leves, férula dorsal y reposo articular al menos 3 semanas en lesiones moderadas, e incluso tratamiento qx en roturas completas e inestabilidad demostrada

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Lima, M. V. (2016). Guía de Actuación en Urgencias. 3a edición. México.

Toledo. (2010). Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias.