

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN QUIRÚRGICA

SUBDIRECCIÓN DE ORTOPEDIA



Código:
MG-SOR-19



Fecha:
DIC 20

Rev. 02

Hoja: 1 de 10



GUÍA CLÍNICA DE LUXACIONES AGUDAS DE HOMBRO

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura de División de Traumatología, Urgencias e Infecciones Óseas	Jefatura de División de Traumatología, Urgencias e Infecciones Óseas	Dirección Quirúrgica
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOR-19
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE ORTOPEDIA		Rev. 02
			Hoja: 2 de 10

Contenido

1.	Propósito	3
2.	Alcance.....	3
3.	Responsabilidades	3
4.	Políticas de operación y normas.....	3
5.	Definición.....	4
6.	Diagnóstico	4
7.	Tratamiento	5
8.	Evaluación del resultado	8
9.	Criterios de alta	8
10.	Anexos.....	9
11.	Control de cambios	10

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOR-19
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE ORTOPEDIA		Rev. 02
			Hoja: 3 de 10

1. Propósito

El propósito de esta Guía es servir de referente a los médicos en el Servicio de Urgencias para el manejo de Guías Clínicas de LUXACIONES AGUDAS DE HOMBRO

2. Alcance

Aplica a todo el personal médico adscrito al Servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

3. Responsabilidades

Subdirector:

- Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- Brindar los recursos necesarios.

Jefe de Servicio:



- Elaborar la guía del padecimiento
- Supervisar el cumplimiento de la misma
- Procurar el cumplimiento de la misma

Médico Adscrito:

- Realizar las actividades establecidas en la presente guía
- Participar en la revisión y/o actualización que se realice a los contenidos de la presente guía.

4. Políticas de operación y normas.

- Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOR-19
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE ORTOPEDIA		Rev. 02
			Hoja: 4 de 10

LUXACIONES AGUDAS DE HOMBRO

5. Definición

5.1 Definición del padecimiento

Es una lesión traumática de la capsula y los ligamentos que permiten la separación de las áreas articulares de los huesos que la conforman. Las luxaciones pueden ser completas o incompletas, puede acompañarse de fracturas de alguno de los segmentos óseos, y también pueden ser expuestas o cerradas.

6. Diagnóstico

6.1 Cuadro Clínico

La Luxación de hombro se produce cuando hay una abducción y rotación externa produce una fuerza que desplaza la cabeza del humero hacia anterior. El paciente apoya el brazo lastimado con su mano. Signo del hombro cuadrado (squared-off), así como pérdida del contorno redondo del hombro.

Dolor: se inicia muy intenso, limitación funcional importante miembro afectado.

Deformidad anatómica de la región el examen clínico incluye la exploración del nervio axilar y plexo braquial, así como exploración vascular, pulso, coloración distal

6.2 Laboratorio y Gabinete

Se solicitarán laboratorios en caso de realizar reducción bajo sedación en quirófano:

Biometría hemática completa



1. Grupo sanguíneo y factor rH
2. Glicemia
3. Urea
4. Creatinina
5. Electrolitos séricos

Gabinete

Radiografías en estudios simples, proyección antero-posterior. AP verdadera, tangencial de escapula, proyección axiliar

6.3 Estudios Especiales

Se puede solicitar Tomografía Axial computada para descartar lesiones en Labrum o en cabeza humeral.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOR-19
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE ORTOPEDIA		Rev. 02
			Hoja: 5 de 10

6.4 Clasificación en su caso

Por su referencia anatómica en relación al acetábulo

- Anterior
- Posterior

También se clasifican en traumáticas y atraumáticas (las traumáticas representan las inestabilidades multidireccionales).

7. Tratamiento

7.1 Médico

Inmovilización con vendaje velpau, o con inmovilizador universal de hombro.

7.1.1 Medicamentos

Analgésico antiinflamatorios esteroides, opiáceos, Cox2.

Medicamentos: Ketorolaco, Clonixinato de Lisina, Dexketoprofeno, Dynastad.

1. Paracetamol (acetaminofén):

Dosis: 10 a 15 mg/kg/ cada 6 a 8 horas (puede ser administrado hasta cada 4 horas a dosis de 10 mg/kg/dosis) vía oral o intravenoso.

2. Clonixinato de lisina:

Niños mayores de 12 años: 125 mg tres o cuatro veces al día a intervalos regulares según la intensidad del dolor. Ingerir los comprimidos enteros, sin masticar y con abundante agua. Dosis máxima diaria: 6 comprimidos.

Niños menores de 12 años: la eficacia y seguridad del clonixinato de lisina no han sido evaluadas en esta población.

3. Ketorolaco:



Lactantes \geq 1 mes y $<$ 2 años

Dosis múltiples I.V.: 0.5 mg/Kg cada 6- 8 horas sin exceder las 48- 72 horas de tratamiento.

Niños de 2- 16 años y $>$ de 16 años con $<$ de 50 Kg

Dosis única

- I.M: 1 mg/Kg (máx 30 mg).
- IV: 0.5 mg/Kg (máx15 mg).
- Oral: 1 mg/Kg (máx 40 mg) – [dosis descrita en un único estudio]

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOR-19
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE ORTOPEDIA		Rev. 02
			Hoja: 6 de 10

Dosis múltiples

- IM, IV: 0.5 mg/Kg cada 6 horas sin sobrepasar los 5 días de tratamiento.
- Oral: No existen estudios en pediatría.

Niños >16 años y >50 Kg

Dosis única:

- I.M. 60 mg; I.V. 30 mg.

Dosis múltiples

- I.M., I.V.: 30 mg cada 6 horas, máximo 120 mg día.
- Oral: Inicial 10-20 mg, posteriormente 10 mg cada 4- 6 horas, sin sobrepasar los 40 mg/día.

4. Diclofenaco:

Niños: la seguridad y eficacia de Diclofenaco 50 mg Comprimidos entéricos no se ha establecido en este grupo de pacientes, por lo que no se recomienda su uso en niños. Se puede utilizar en adolescentes. Existe una presentación en gotas (Cataflam suspensión) y grageas de 20mg (Cataflam jr.)

5. Tramadol:

La posología unitaria del tramadol en solución bebible es de 1 a 2 mg/kg por toma cada 6 horas, sin exceder los 8 mg/kg en las 24 horas, y con un máximo de 400 mg/día, aun si el peso del niño es mayor de 50 kg.

7.1.2 Rehabilitación

Se requiere rehabilitación iniciando con pendulares una semana posterior a la lesión, siguiendo con fortalecimiento 2 semanas después, envió a servicio correspondiente de rehabilitación.

REDUCCIÓN CERRADA.

Posterior a la analgesia o sedación se procederá a la maniobra de reducción.



MANIOBRAS.

1. Tracción contratracción
2. Spaso
3. Maniobra de Kocher
4. Milch
5. Stimson
6. Hipocratica (en desuso)
7. Manipulación escapular
8. Maniobra de rotación externa.
9. Maniobra de autoreducción
10. Maniobra de FARES (FAST RELIABLE AND SAFE por sus siglas en inglés)—oscilación.
11. Método de Eskimo

12. Técnica de la silla

Tracción-Contratracción**Stimson****Maniobra de Spaso****Maniobra de Manipulación escapular****Técnica de la rotación externa****Técnica FARES**

Posterior a la reducción se deberá realizar un examen neurovascular.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOR-19
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE ORTOPEDIA		Rev. 02
		Hoja: 8 de 10	

7.2 Quirúrgico

7.2.1 Técnica Sugerida

En caso de no ser satisfactoria la reducción cerrada se valorara reducción abierta de la luxación, abordaje de acuerdo a criterio del cirujano (más usado abordaje anterior hombro).

7.2.2 Manejo Preoperatorio

Ayuno de 8 horas, laboratorios preoperatorios, valoración por medicina interna en caso de requerirse (adulto mayor 40 años).

7.2.3 Manejo Post operatorio

Recuperación anestésica, continuará con analgésicos, antibióticos profilácticos y egreso de acuerdo a evolución.

8. Evaluación del resultado

8.1 Cuantitativo

1. Tiempo de espera
2. Deberán pasar para atención lo antes posible en caso de sospechar en luxación de hombro.

8.2 Cualitativo

Disminución de 5 a 3 puntos en la escala de dolor (EVA).

9. Criterios de alta

1. Reducción satisfactoria corroborada x rxs en proyecciones AP, AP verdadera hombro, axilar.
2. Recuperación anestésica satisfactoria en caso de haber requerido sedación.
3. Criterios de alta de Hospitalización en caso de haber realizado reducción abierta.

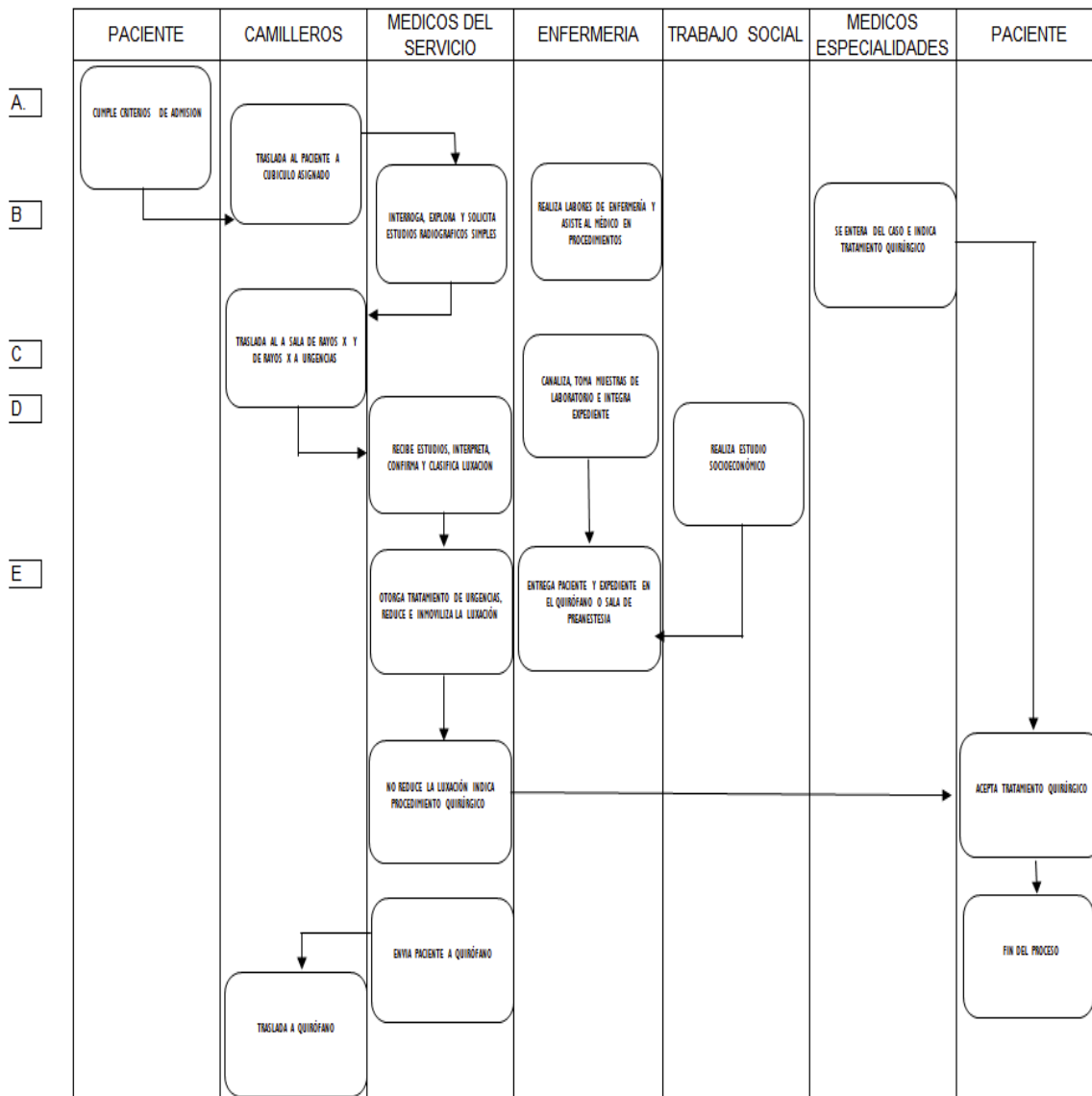




10. Anexos

10.1 Flujograma

LUXACIONES

ATENCIÓN DEL PACIENTE EN URGENCIAS



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOR-19
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE ORTOPEDIA		Rev. 02
	Hoja: 10 de 10		

10.2 Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas

- Egol KA, Koval KJ, Zuckerman JD, eds: Handbook of fractures, 4th ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
- Zacchilli MA, Owens BD: Epidemiology of shoulder dislocations presenting to emergency departments in the United States. J Bone Joint Surg Am 2010;92(3):542-549.
- Rowe CR: Prognosis in dislocations of the shoulder. J Bone Joint Surg Am 1956;38(5): 957-977.
- Leroux T, Wasserstein D, Veillette C, et al: Epidemiology of primary anterior shoulder dislocation requiring closed reduction in Ontario, Canada. Am J Sports Med 2014; 42(2): p. 442-450.
- Bost FC, Inman VC: The pathological changes in recurrent dislocation of the shoulder: A report of Bankart's operative procedure. J Bone Joint Surg Am 1942; 23: 596-613.
- Soslowky LJ, Flatow EL, Bigliani LU, Mow VC: Articular geometry of the glenohumeral joint. Clin Orthop Relat Res 1992;(285):181-190.
- Howell SM, Galinat BJ: The glenoid-labral socket: A constrained articular surface. Clin Orthop Relat Res 1989;(243):122-125.
- Halder AM, Kuhl SG, Zobitz ME, Larson D, An KN: Effects of the glenoid labrum and glenohumeral abduction on stability of the shoulder joint through concavity-compression: An in vitro study. J Bone Joint Surg Am 2001;83(7): 1062-1069.
- De Palma AF, Callery G, Bennett GA: Variational anatomy and degenerative lesions of the shoulder joint, in BlountWP, Banks SW, eds: Instructional Course Lectures. Chicago, IL, American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1949, vol 6, pp 255-281.
- Yamaguchi K, Riew KD, Galatz LM, Syme JA, Neviaser RJ: Biceps activity during shoulder motion: An electromyographic analysis. Clin Orthop Relat Res 1997;336:122-129.

11. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
00	Inicio en el Sistema de Gestión de la Calidad	NOV 17
01	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
02	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20