

Aplicación clínica – aparato locomotor – cátedra 1

TP 4: Brazo – codo - antebrazo

Fracturas de húmero – palpación del pulso braquial – medición de la tensión arterial - pronodoloroso

Fracturas de húmero

Son frecuentes en pacientes añosos y en aquellos que tienen osteoporosis. Las más prevalentes son las del cuello quirúrgico. Suelen ser causadas por una caída sobre la mano con el mmss extendido, transmitiéndose el golpe desde ella hasta el brazo a través del radio y el cúbito.

Podemos dividir las fracturas: de la epífisis proximal, de la diáfisis o de la epífisis distal.

Fracturas de la epífisis proximal: pueden ser → del cuello anatómico, del cuello quirúrgico, del tubérculo mayor o del tubérculo menor. Complicaciones más frecuentes: limitación de la movilidad del hombro, lesión del nervio axilar (ya que pasa por detrás del cuello quirúrgico).

Fracturas diafisarias: suelen ser resultado de un golpe sobre el brazo. La más prevalente es la del 1/3 distal. Complicación frecuente: lesión del nervio radial (al transcurrir adosado al surco del nervio radial del húmero).

Fracturas de la epífisis distal: pueden afectar al capítulo, a la tróclea o a los epicóndilos. Complicaciones: artrosis temprana de la articulación del codo, falta de consolidación, lesión del nervio cubital (al pasar por el surco del nervio cubital que queda entre el epicóndilo medial y la tróclea humeral).

Palpación del pulso braquial

Podemos palparlo en dos puntos distintos:

Sobre la cara interna del brazo, entre los músculos bíceps braquial y braquial.

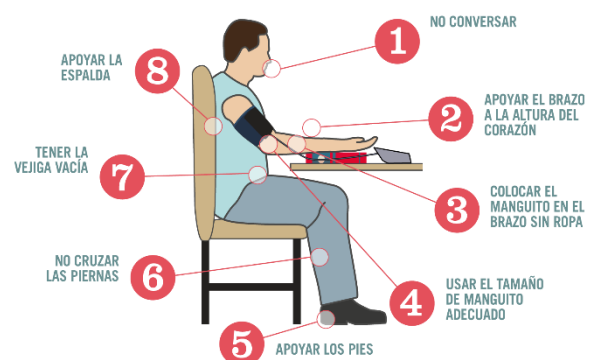
Sobre el surco bicipital medial, inmediatamente medial al tendón del bíceps braquial.

Medición de la tensión arterial

Antes de la medición es importante que el paciente: no haya fumado, no haya consumido café ni haya realizado esfuerzo físico. Al momento de la medición, debe tener la vejiga vacía.

Pasos a seguir:

1. Elegimos el brazo contrario a su mano hábil (si es diestro, medimos primero en el izquierdo).
2. Colocar "a la altura del corazón", apoyándolo en una mesa.



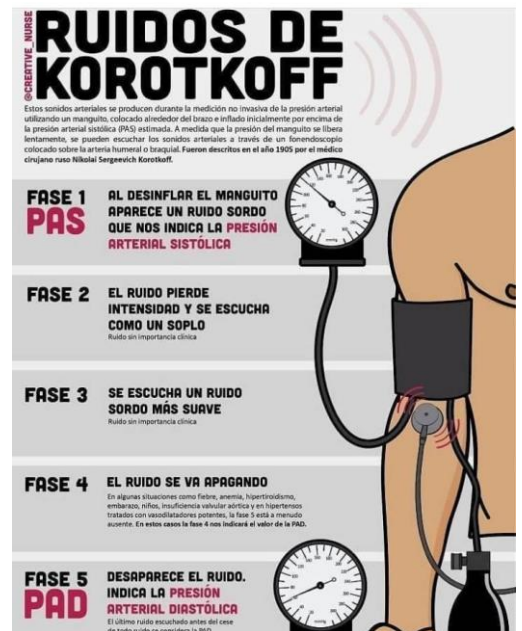
3. Poner el manguito entre el hombro y el codo, es decir, en el centro del brazo (no debe medirse encima de la ropa, sino sobre el brazo desnudo).
4. Se identifica y se palpa el pulso braquial, a nivel del surco bicipital medial. Allí apoyamos el estetoscopio.
5. A su vez, palpamos el pulso radial en el canal del pulso (entre el tendón del braquiorradial hacia lateral y el tendón del flexor radial del carpo hacia medial) con nuestra mano izquierda.
6. Bombear la pera rápido y, una vez que desaparece el pulso radial, seguimos solamente 30mmhg más.



7. Comenzamos a desinflar el manguito lentamente, observando el tensiómetro. Cuando auscultamos el primer latido, nos debemos fijar en dónde está la aguja, ya que esa sería la tensión arterial máxima o sistólica (por ej: la aguja está en 120, esa es la máxima).

Lo normal es que sea menor a 139mmhg.

8. Seguir desinflando el manguito, hasta que escuchamos el último latido, el cual corresponde a la tensión arterial mínima o diastólica (ej: si el último latido coincide con la aguja en 80, esa es la mínima). Lo normal es que no supere los 89mmhg.



Pronodoloroso

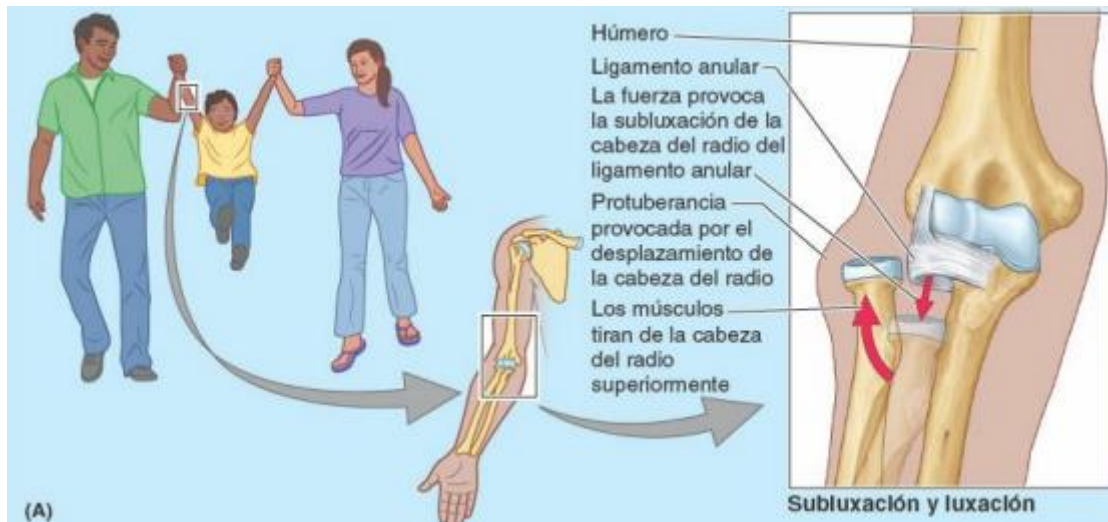
Denominamos como pronodoloroso al cuadro clínico que tiene como base una subluxación o luxación incompleta de la cabeza del radio.

Se da en niños en edad escolar, cuando son tomados de la mano con el antebrazo en pronación, y traccionados desde ella hacia arriba para ser levantados.

El signo clínico es el codo flexionado con el antebrazo en pronación, y el miembro pegado al tronco sin ser movilizado.

Cuando el antebrazo es traccionado en supinación, la cabeza del radio se desplaza distalmente desgarrando al ligamento anular. Este queda atrapado entre la cabeza del radio y el capítulo del húmero, siendo esta la causa del dolor.

El tratamiento se basa en supinar el antebrazo con el codo flexionado. Se coloca un cabestrillo por 2 semanas, ya que la inmovilización es fundamental para la cicatrización del ligamento anular.



Candela Casado, docente de anatomía, UBA.

Bibliografía:

Moore, anatomía con orientación clínica, 9° Ed.

Pró, anatomía clínica, 2° Ed.