



Universidad del sureste

Materia: patología del adulto

Nombre del trabajo: cuadro sinópticos

Nombres de los alumnos: Jesús Adalberto Gerónimo Avalos

Grado: 6to cuatrimestre

Grupo: Q

Docente: Juana Inés Hernández López

Villahermosa Tabasco 25 de julio del 2020

LUXACIÓN

Una luxación es la pérdida de congruencia completa entre superficies articulares de una articulación.

Una **SUBLUXACIÓN** sería la pérdida de congruencia incompleta entre superficies articulares

Tipos de luxaciones

- *Agudas: Son aquellas que se producen tras un traumatismo más o menos fuerte. No hay antecedentes de otras luxaciones ni tienen complicaciones.
- *Inveterada o crónica: Cuando un hueso no está dentro de la articulación, se tiene una lesión previa con cicatriz de las partes blandas que ocupa este espacio, dificulta que el hueso pueda volver a su posición original.
- *Recidivantes: Ocurren en una articulación que ya ha sufrido una luxación. Es común en deportistas.
- *Habituales: Son las que sufren personas con una patología articular de base. Hay enfermedades que afectan a los ligamentos, la cápsula articular u otras estructuras. Si estos tejidos son débiles las luxaciones son más frecuentes. Es lo que ocurre en patologías como el síndrome de Marfan.

Cuidados de enfermería

- *Administración de analgesia y relajante muscular (se hace en área de RAC) primeramente para aliviar el intenso dolor que produce este tipo de lesión y en segundo lugar para la relajación muscular que necesita el paciente para colaborar con la técnica de reducción, ya que en nuestro servicio normalmente se realiza sin anestesia general.
- *Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar. Insistirle en la importancia de la relajación y colaboración para un buen desarrollo de la técnica.
- *Desnudar al paciente de cintura para arriba y colocarlo en la camilla en decúbito supino.
 - *Colaborar con el traumatólogo en las maniobras de reducción.
- *Una vez reducida la luxación, inmovilizar el miembro superior afecto con un vendaje en cabestrillo (Payr) en posición de rotación interna, impidiendo los movimientos de abducción y rotación externa.
 - *Comprobar que se mantiene el peso del brazo sobre el vendaje.
- *Si el paciente es mujer, las cinchas del vendaje se colocan por debajo de los pechos, dejando que reposen sobre el brazo.
 - *Cursar Rx de control para comprobar la reducción

ESGUINCE

Un esguince es una rotura incompleta de un ligamento o de un complejo de ligamentos. Una rotura incompleta o rotura parcial no crea inestabilidad en una articulación. La rotura parcial es coloquialmente conocida como torcedura.

Tipos de esguince

- Esguinces de grado I. La sollicitación de los ligamentos no llega a romperlos. Se produce una distensión.
- Esguinces de grado II. Se superan los límites de elasticidad y los ligamentos se rompen parcialmente.
- Esguinces de grado III. El traumatismo, de mayor violencia, llega a romper completamente el ligamento. La rotura de varios ligamentos puede causar una luxación si se pierde completamente la congruencia articular.

Cuidados de enfermería

- Reposo con miembro elevado para favorecer el retorno venoso y reducir el edema.
- Aplicación de frío intermitente 20 minutos cada 3 o 4 horas. Cuidado de no poner directo a la piel, ya que puede producir quemaduras.
 - Vendaje compresivo para controlar la hemorragia posterior y evitar la tumefacción.
 - Administración de analgésicos de tipo antiinflamatorios no esteroideos.
- Si el esguince es de tercer grado necesitará una inmovilización con venda de escayola o incluso cirugía para reparar el ligamento roto.

Fracturas De los miembros superiores

Fracturas de hombro

La clavícula es el único hueso que conecta el tronco a la cintura escapular, contribuyendo así a la estabilidad de la misma y de todo el miembro superior y también influye decisivamente en la movilidad. La fractura de clavícula es la más frecuente en la infancia, representando el 30% de todas las fracturas. EL mecanismo lesional suele ser traumatismo directo por caída sobre la cara externa del hombro. Clínicamente la deformidad es muy clara y el desplazamiento característico con el fragmento proximal hacia arriba y atrás traccionado por el músculo esternocleidomastoideo y el segmento distal hacia abajo por efecto del peso del miembro superior.

Fracturas de escápula

Por lo general se trata de fracturas benignas, con escaso de desplazamiento, por lo que la reducción e inmovilización no suelen ser necesarias. La recuperación del deslizamiento de la escápula sobre el tórax se logra por movilización pasiva, con el paciente en decúbito lateral y las manos del fisioterapeuta sobre el borde interno de la escápula. Es importante la tonificación de los músculos interescapulares, trapecio y serrato mayor.

Luxación glenohumeral

Clínicamente es muy evidente porque el hombro es muy doloroso y la cabeza humeral no se palpa en su lugar anatómico, sino en la porción anterior. El tratamiento consiste en la reducción de la luxación lo más rápida y suavemente posible.

Fracturas de la diáfisis humeral

Se puede producir la fractura por mecanismo directo, que da lugar a fractura transversa o conminuta o por mecanismo indirecto de flexión o torsión que produce las fracturas oblicuas o espiroideas, respectivamente. La complicación es la parálisis del nervio radial y pseudoartrosis, el tratamiento es conservador, se utiliza yeso colgante de Caldwell, férula braquial en U asociada a un vendaje de Velpeau o collarín.

Fracturas de codo

Son fracturas que comprometen la movilidad del codo, y podemos encontrar varios tipos: supracondíleas, transcondíleas, intercondíleas y de la tróclea. La clínica es tumefacción, dolor e impotencia funcional del codo.

Fracturas de cúbito y radio

En el adulto joven son las más frecuentes del miembro superior; normalmente tienen un gran riesgo de producir rigidez postraumática, debido a callos vicios, inmovilizaciones prolongadas y fisioterapia mal ejecutada. Hay dos tipos: Fracturas de olecranon: cuando los fragmentos están separados, la reducción debe ser exacta para no limitar el movimiento y producir artrosis. Fracturas de la cabeza y cuello de radio.

Fracturas de antebrazo

Estas fracturas alteran la pronosupinación, fundamental para la función de la prensión de la mano. El mecanismo de lesión es directo (el más frecuente) o indirecto con caídas sobre la palma de la mano.

Fracturas de carpo y mano

Este tipo de fracturas son frecuentes en ancianos, producidas por caídas; pero también en jóvenes como consecuencia de accidentes de circulación en bicicleta y moto. Son las fracturas más frecuentes del esqueleto humano.

Fracturas De los miembros inferiores

Fractura de pelvis

La incidencia de las lesiones pélvicas ha aumentado en los últimos años ante la mayor violencia de los traumatismos: accidentes automovilísticos, precipitaciones desde grandes alturas, etc. Encontramos 3 grandes tipos de estas fracturas: *Fracturas sin afectación del anillo pelviano *Fracturas sin afectación del anillo pelviano *La virtualización sin apoyo se hace a los 15 días y la puesta en carga progresiva a los 70.

Fractura de cadera

Pueden ser subcapítulos, transcervicales y basicervicales; con la principal complicación de la necrosis de la cabeza femoral y la sempiterna pseudoartrosis. Se manifiestan con dolor en la región inguinal, con claudicación de la marcha si no están desplazadas; si lo están el dolor será muy intenso en toda la región de la cadera.

Fracturas de rodilla

Se trata de fracturas que se producen en adultos por traumatismos de alta energía (poli traumatizados), aunque también en ancianos osteoporóticos ante traumas de menor intensidad. Suelen ser lesiones inestables y conminutas, que puede ser unicondílea, bicondílea o fractura conminuta

Fracturas de rótula

La rótula es el componente principal del aparato extensor de la rodilla. Se puede fracturar por mecanismo directo o indirecto (contracción violenta del cuádriceps). Las complicaciones más frecuentes son la condromalacia rotuliana y la artrosis femoropatelar

Fracturas del platillo tibial

Se producen por traumatismos de alta energía y mediante mecanismo en valgo o varo forzado, lo que hace que se produzca un hundimiento del mismo. Hay dolor, tumefacción, incapacidad funcional y movilidad anormal.

Fracturas diafisarias de tibia y peroné

La fractura de tibia es una de las más frecuentes del organismo. Sus características anatómicas hacen que el pronóstico y el tratamiento sean complejos. En cambio, la fractura de peroné tiene menor importancia, al ser más flexible y estar rodeado de músculos. Son frecuentes las lesiones asociadas de partes blandas. También puede haber lesiones vasculares, nerviosas y ligamentosas. Las fracturas del tercio distal de la tibia tendrán una consolidación lenta y difícil.

Fracturas maleolares del tobillo

Puede ser de uno o ambos maléolos y se producen por mecanismos de inversión o eversión forzada del pie, combinados con rotaciones. Clínicamente el paciente referirá dolor intenso en los maléolos con impotencia funcional y tumefacción rápida. El tratamiento dependerá del desplazamiento y estabilidad de los fragmentos. Si no se obtiene una reducción anatómica estable, se hace fijación quirúrgica de los fragmentos

Fracturas del pie

Encontramos varias fracturas típicas: *Astrágalo: se deben a un mecanismo indirecto de dorsiflexión asociado a un componente de rotación. El astrágalo tiene una pobre vascularización y el riesgo de necrosis es muy fuerte.
*Calcáneo: se producen por precipitación desde gran altura o accidente de tráfico. No hay riesgo de necrosis en este caso, pero pueden llegar a ser muy invalidantes.
*Escafoides: las no desplazadas se tratan de forma sintomática o cerrada simple y las desplazadas con reducción, fijación o ambas.
*Metatarsianos: Son fácilmente detectables en radiografía. Las del 2º, 3er. Y 4º metatarsiano se desencadenan por traumatismo directo y las del 5º suelen ser por inversión del pie