

UNIDAD III CUIDADOS A PACIENTES CON ALTERACIONES MUSCULO ESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PLANTEL PALENQUE.

Licenciatura en Enfermería.

MATERIA:

ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA II.

TEMA:

UNIDAD III CUIDADOS A PACIENTES CON ALTERACIONES
MUSCULO ESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO

ALUMNA:

LESLEY ELIZABETH GONZÁLEZ HILERIO.

DOCENTE:

DR. LUIS MANUEL CORREA BAUTISTA.

GRADO:

6° CUATRIMESTRE.

FECHA DE ENTREGA:

23 DE JULIO DEL 2020.

FISIOPATOLOGÍA DEL SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO.

Es el sistema que se ocupa del movimiento de nuestro organismo.

HUESOS

Son tejido vivo proveniente del tejido conjuntivo.

COMPOSICIÓN

- Células:
 - Osteoblastos: se generan en la médula ósea. Son la célula madre del osteocito.
 - Osteocitos: son las células maduras del hueso.
 - Osteoclastos: son células que están en regresión.
- Matriz:
 - Sustancia intercelular
 - Fibras de colágeno: para la resistencia, formando una red o malla.
 - Minerales: como el Ca, P o los carbonatos, que la proporcionan dureza

ESQUEMA

- Hueso compacto: laminas unidas unas a otras de forma concéntrica:
 - Periostio: parte externa.
 - Endostio: parte interna.
 - Canal: en el hueso largo, compuesto: por la cavidad medular que contiene la médula grasa o amarilla.
- Hueso esponjoso: se le llama así por su aspecto, y se encuentra en el interior. Los huesos del cráneo no tienen hueso esponjoso, son todos compactos.
- Placa epifisaria: línea que cruza al hueso de forma horizontal y es por donde este va creciendo, haciéndose cada vez más pequeña (en los niños es más grande).
- Cartílago articular: donde se une un hueso con el otro. Está fuera del periostio.

CLASIFICACIÓN SEGÚN MORFOLOGÍA

- Huesos largos: predominio de la dimensión longitudinal.
- Huesos anchos o planos: predominio de dos de sus tres dimensiones (omoplatos, ilíacos, del cráneo).
- Huesos cortos: presentan tres dimensiones análogas (dedos).
- Huesos irregulares (vértebras, maxilar).

FUNCIONES DEL HUESO

- Soporte de todos los tejidos circulantes.
- Protección de los órganos vitales: cerebro (donde solo hay tejido compacto), pulmones, corazón,...
- Movimiento.
- Hematopoyesis: la médula roja forma las células sanguíneas.
- Almacenamiento de sales minerales: Ca, P.

**FISIOPATOLOGÍA
DEL SISTEMA
MÚSCULO
ESQUELÉTICO.**

MÚSCULOS

Órgano con capacidad para contraerse. Se necesitan para moverse.

ARTICULACIONES

Puntos donde entran en contacto unos huesos con otros.

SE DIVIDEN EN

- De fibra lisa: contracción involuntaria (SNVegetativo).
- De fibra estriada: Contracción voluntaria (SNC). Es el esquelético.
- Cardíaco: contracción involuntaria rítmica del corazón (SNV). También es estriada.

FUNCIONES

- La contracción.
- Necesita la colaboración de los nervios motores (unidad fisiológica /raíces nerviosas por la columna) que funciona en combinación).

**TIPOS
CONTRACCIÓN
MUSCULAR**

DE

- Tónica: continua parcial (tono). Tensión muscular normal de un individuo despierto:
- Menor del tono normal: flácido (ancianos o personas faltas de movimiento).
- Mayor del tono normal: espástico. Provoca tensión, dolor y molestias en las cervicales (en personas nerviosas).
- Isotónica: cambia la longitud del músculo manteniendo la tensión. Produce el movimiento.
- Isométrica: se tensa el músculo, la longitud se conserva, aumenta la presión y no se produce movimiento.

**FUNCIONES DEL
MÚSCULO**

- Movimiento: cambio de la posición (totalidad de algunas partes del organismo).
- Fuerza: cambio en la relación espacial entre organismo/objeto.
- Presión: comunicación de un impulso de fuerza a determinada superficie.

**TIPOS DE
ARTICULACIONES**

- Sinartrosis: inmóviles (en el cráneo, aunque este tiene las fontanelas para que en el parto la cabeza se pueda estrechar).
- Anfiartrosis: ligeramente móviles (pelvis).
- Diartrosis: libremente móviles. Son la mayoría del cuerpo (codo, rodilla, etc)

**MOVIMIENTOS DE
LAS
ARTICULACIONES**

- Flexión: disminuye el espacio entre superficies articulares.
- Extensión: aumenta el espacio entre superficies articulares.
- Rotación: giro de un hueso sobre su eje. Interna/externa.
- Abducción: se aleja el hueso de la línea media del cuerpo.
- Aducción: se acerca el hueso a la línea media del cuerpo.

VALORACIÓN Y PROBLEMAS GENERALES EN PACIENTES CON ALTERACIONES MUSCULO ESQUELÉTICAS

HISTORIA DEL PACIENTE

De gran importancia para identificar diagnósticos.

DATOS DEMOGRÁFICOS

- Sexo.
- Edad.

ENFERMEDADES ACCIDENTES PREVIOS

Y

- En el anciano disminuye el reflejo del SNC, así como la coordinación.
- Necesita una base de apoyo más amplia o ancha. No tiene tanta estabilidad.
- Da pasos más cortos.

HÁBITOS ALIMENTICIOS

- Aparecen problemas en mujeres que durante su adolescencia y juventud a ingerido poco Ca (leche, legumbres,...). Es muy importante que exista una dieta equilibrada.
- Existen dos tipos de alimentación:
 - La rápida, poco adecuada.
 - La normal.

ANTECEDENTES ÉTNICOS, CULTURALES

- La raza negra es la que tiene el esqueleto más fuerte.
- La raza blanca es la que tienen la estructura ósea más débil.

PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES

- La frecuencia del dolor: cuando se mejora, cuando se acentúa.
- Que es lo que puede y no puede hacer, porque hay algunas enfermedades que no influyen solo en el sistema en cuestión sino también en el sistema musculoesquelético (diabetes).

OTROS

- Ocupación laboral.
- Hábitos deportivos.

VALORACIÓN Y PROBLEMAS GENERALES EN PACIENTES CON ALTERACIONES MUSCULO ESQUELÉTICAS

VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA

POSTURA DE LA PERSONA

- Si es erguida, un poco encorbada, ligera elevación de un hombro sobre otro (indicaría alteración de la columna vertebral).
- La columna tiene que estar recta con una pequeña lordosis en la parte anterior, más pronunciada en las embarazadas.
- Las personas ancianas tienden a inclinar su cuerpo hacia delante (costillas descendentes hasta crestas ilíacas).

LA MARCHA

Debe ser balanceando los brazos por los lados del cuerpo y con estabilidad.

SU MOVILIDAD EN LAS ACTIVIDADES HABITUALES

Peinarse, vestirse, lavarse,... si las realiza con normalidad o tiene algún impedimento.

LA MASA DE LOS MÚSCULOS DEBE SER SIMÉTRICA A AMBOS LADOS DEL CUERPO

Al igual que el tamaño, la forma y la fuerza.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

LABORATORIO

- Sin preparación especial (a veces en ayunas).
- Calcio: da fuerza estructural al hueso. Disminuye en osteoporosis, tumores,...
- Fósforo: se relaciona directamente con el metabolismo del Ca.
- Fosfatasa alcalina: aumenta en cáncer óseo, enfermedad de Payet, enfermedad metastásica hepática,...
- Ácido úrico: concentración elevada en la gota.
- VSE (velocidad de sedimentación): aumentada si hay infección.

POR IMAGEN

- Radiográficas.
- TAC.
- RMN.
- Gammagrafía osea.
- Electromiograma.

PRUEBAS ESPECÍFICAS

- Punción articular.
- Artrografía.
- Artroscopia.
- Biopsia.

**ALTERACIONES
ARTICULARES.
ENFERMEDADES
DEGENERATIVAS.**

ARTROSIS

Es una patología reumática que lesiona el cartílago articular.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Dolor en extremos óseos.
- Deformidad; proliferación de osteolitos.
- Impotencia funcional: limitación de la movilidad de carácter progresivo, hasta la atrofia muscular.
- Rigidez articular: del reposo al movimiento.
- Crujidos: Al movilizar la articulación, debido al roce anormal de los extremos óseos (no lubricados).

FACTORES DE RIESGO

- Edad
- Sexo
- Genética
- Actividad laboral
- Sedentarismo.

DIAGNOSTICO

- Historia clínica.
- Exploración física.
- Análisis de sangre.
- Radiografía.
- Ecografía.

TRATAMIENTO

- Reposo de la articulación afectada.
- Limitar el peso corporal.
- Fisioterapia para corregir la atrofia muscular.
- Calor/frío/masajes: para relajar la musculatura si hay dolor.
- Antiinflamatorios y analgésicos.

CUIDADOS ENFERMERIA

DE

- Aliviar el dolor: con medicamentos y medidas físicas (calor, frío, masajes).
- Enseñar el uso de aparatos de ayuda de marcha (evitar cargar las rodillas/caderas).
- Enseñar ejercicios isométricos (los isotónicos son para conservar el tono muscular).
- Disminuir el peso (si hay obesidad) con dieta adecuada.

**ALTERACIONES
ARTICULARES.
ENFERMEDADES
DEGENERATIVAS.**

OSTEOPOROSIS

Es una enfermedad esquelética en la que se produce una disminución de la densidad de masa ósea.

CLASIFICACION

- PRIMARIA: No se conoce su causa.
- TIPO I, POSTMENOPAUSICA: Por deficiencia de estrógenos, menor masa ósea en mujer y peor absorción de vitamina D. La más común.
- TIPO II: -Por la edad (en hombres y mujeres). Aumento de la tasa de resorción / tasa de formación constante. Por dieta reducida en Ca y peor absorción de vitamina D.

**MANIFESTACIONES
CLINICAS**

- Epidemia silenciosa: No da sintomatología. Largo periodo latente, incluso décadas, antes de que la masa ósea no pueda soportar los esfuerzos de la vida diaria.
- Síntoma más preciso: Dolor agudo en la espalda por compresión torácica o lumbar (por estar di pie, doblarse, levantarse...).
- Fracturas vertebrales espontáneas (por toser, inclinarse hacia delante).
- Pérdida de estatura (hasta 10 cm).
- Cifosis.

FACTORES DE RIESGO

- No modificables:
 - Sexo femenino.
 - Menopausia prematura (mayor de 45 años).
 - Menarquia tardía (mayor de 17 años).
 - Nulipara (no ha tenido niños).
- Potencialmente modificables:
 - Tabaco.
 - Inactividad física.
 - Dieta pobre en Ca.
 - Abuso del alcohol.
 - Abuso del café.

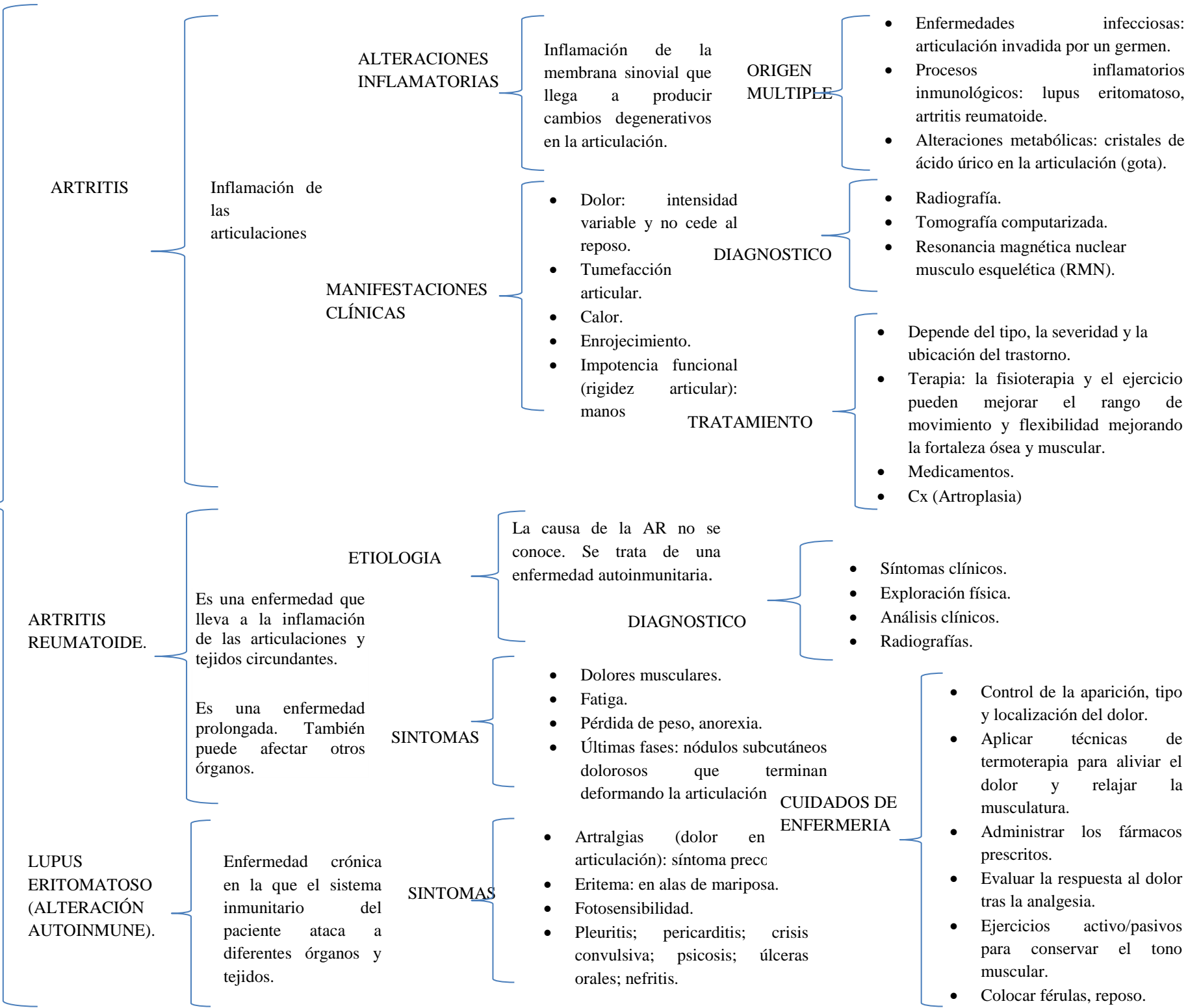
PRUEBAS DIAGNOSTICAS

- Identificación de personas con baja masa ósea.
- Medición (método no invasivo). Densitometria.
- Cuantificación.

**CUIDADOS
ENFERMEROS**

- Alivio del dolor: administrar medicación, paños calientes.
- Cambios en la dieta: lácteos, dieta equilibrada.
- Hábitos higiénicos: sol.
- Ejercicio: con soporte de peso (es esencial), caminar, golf, natación (excelente rehabilitación de la columna).

**ALTERACIONES ARTICULARES.
ENFERMEDADES INFLAMATORIAS**



**ALTERACIONES
ARTICULARES.
ENFERMEDADES
INFECCIOSAS**

OSTEOMIELITIS

Infección del
hueso.

CLASIFICACION

- Según las vías por las que se contrae:
 - Hematógena: Procedente de un foco de infección distante: garganta, diente, tracto urinario, aparato digestivo, infección pulmonar.
 - Exógena: Contaminación directa del hueso por el germen distante: traumatismos, intervenciones quirúrgicas, secundarias a focos infecciosos
 - Clínica: La que va a dar cualquier infección importante.
- Osteomielitis aguda: De forma repentina, si se trata se cura (por herida de bala, intervención, etc).
- Osteomielitis crónica: Es más debido de evaluar, por una antigua lesión
-Consecuencia antigua como: Fracturas. Intervenciones. Evolución larga de la recuperación, meses/años.

SINTOMAS

- Fiebre
- Inflamación, calor y enrojecimiento en la zona de la infección
- Dolor en la zona de la infección
- Fatiga

DIAGNOSTICO

- Análisis de sangre.
- Radiografías.
- Imágenes por resonancia magnética (IRM)
- Tomografía computarizada (TC)
- Biopsia.

TRATAMIENTO

- Aguda:
 - Antibioterapia masiva.
 - Inmovilización (yeso, férula). Reposo absoluto de la zona.
 - Sistema de irrigación/ aspiración continua (se pone un suero hipertónico, y en algunos casos se la añade un antibiótico)
- Crónica:
 - Tratamiento quirúrgico para extirpar fragmentos necróticos.
 - Irrigación / aspiración continua.
 - Inmovilización de la extremidad. Proporcionar soporte en el hueso debilitado.
 - A veces, injertos óseos.

**ALTERACIONES
ARTICULARES.
ENFERMEDADES
INFECCIOSAS**

TUBERCULOSIS ÓSEA

Enfermedad de origen infeccioso: bacilo de Koch

EPIDEMIOLOGÍA

- Niveles bajos de población.
- Drogadicciones (alcohol, heroína).
- Emigrantes, ancianos solos, hacinamiento, promiscuidad, higiene.
- Tratamientos inmunosupresores

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Fiebre.
- Dolor.
- Aumento de la temperatura local: reacción inflamatoria.
- Contractura no incapacitante (dolor solo a presión y no a la movilización).
- Adenopatía regional: como reacción habitual.
- Derrame articular: el líquido sinovial se derrama.

TRATAMIENTO

- Farmacológico.
- Curación de la infección.
- Recuperación funcional del hueso (yeso, tracción,...).
- Rehabilitación precoz (evitar el efecto de inmovilización).

TUBERCULOSIS ÓSEA VERTEBRAL O MAL DE POTT

Afectación de la columna vertebral por bacilos de Koch.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Dolor intenso al presionar la apófisis espinosa.
- Afectación de las raíces nerviosas: radiculalgias dorsales, lumbares. -Inestabilidad a la marcha.
- Contractura rígida de la columna (signo precoz). Desaparece el sueño.
- Alteración del estado general: anorexia, astenia.

COMPLICACIONES

- Si no se trata puede producir lo que se conoce como la triada de Pott:
- Formación de un absceso.
- Deformidad de la columna (cifosis).
- Paraplejias por compresión medular o afectación de la duramadre.

TRATAMIENTO

- Drogas antituberculosas (rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol).
- Analgésicos.

**ALTERACIONES
ARTICULARES.**

**ENFERMEDADES
TRAUMÁTICAS.**

FRACTURAS

Es una ruptura,
generalmente en
un hueso.

**TIPOS
FRACTURAS**

DE

- Son múltiples, con toda clase de variantes en las que un hueso se puede romper.
- Fractura simple: es una fractura limpia con desplazamiento de los segmentos del hueso.
- Fractura compuesta: es abierta. Herida por la que la fractura comunica con el exterior. Primero se limpia bien antes de manipularla.
- Fractura en sentido perpendicular al hueso (oblicua).
- Fractura en espiral: alrededor del hueso hace una espiral.
- Fractura patológica: se produce en la osteoporosis.
- Fractura de cadera: cuando la persona se cae, el trocánter se mueve dentro de la cápsula y hay compresión y se mete dentro de la articulación (fractura intracapsular).
- Fractura impactada: un cabo penetra dentro de otro.
- Fractura en birutas: el hueso se rompe por varias partes.
- Dentro de todos los tipos de fracturas se pueden dividir dos grandes grupos:
 - Abiertas: Se destruye la integridad de la piel.
 - Mayor pérdida de sangre.
 - Mayor riesgo de infección.
 - Menor índice de curación.
 - Cerrada: La piel permanece intacta

ETIOLOGIA

- Caída desde una altura.
- Accidentes automovilísticos.
- Golpe directo.
- Fuerzas repetitivas

TRATAMIENTO

- Reducir la fractura: volver a intentar que tenga su posición anatómica los fragmentos óseos. Realignar y fijar por medio de la inmovilización.
- Fijación:
 - Fracturas cerradas: fijación externa con vendajes, yesos, tracciones cutáneas,...
 - Fracturas abiertas: fijación quirúrgica interna con prótesis, clavos, placas, tracciones esqueléticas

**PROCESO
ATENCIÓN
ENFERMERÍA**

DE
DE

- Valoración: -General: si el traumatismo compromete la vida. -Parte lesionada: dolor, pérdida de la función, posible deformidad (comparar con el otro miembro).
- Objetivos: -Mantener al individuo con vida. -Reducción del dolor. -Buena cicatrización del hueso.
- Ejecución: -Control de las situaciones de peligro: hemorragias, vías aéreas permeables, respirador. -Colocación de férulas. Fijación antes de mover al paciente. -Informar sobre el proceso: Rx, yesos, quirófano, incomodidad en los primeros días. -Evitar la pérdida de movilización.
- Complicaciones más importantes de las fracturas: Osteomielitis, Necrosis avascular
- Actividades de enfermería: -Valoración continua de las 5 p. Durante las primeras horas valorarlas cada 15 ó 20 minutos. -Aflojar los vendajes y elevar si es el brazo o la pierna. -Realizar una fasciotomía

**ALTERACIONES
ARTICULARES.
ENFERMEDADES
TRAUMÁTICAS.**

LUXACIÓN

**MANIFESTACIONES
CLÍNICAS**

- Dolor intenso: puede afectar de forma importante a otras estructuras como nervios, sistema vascular o músculos.
- Si afecta a un vaso y se produce una rotura aparece enartrosis y hematomas.
- Incapacidad para mover la extremidad, pérdida de la estabilidad.
- Variación en la longitud de ese miembro.
- Modificación en el contorno de esa zona.

**CUIDADOS DE
ENFERMERIA**

- Se considera urgencia clínica por la posibilidad de complicaciones circulatorias:
 - Valoración general del paciente: estado, constantes.
 - Objetivos: evitar el dolor hasta su reducción e inmovilización.
 - Actividades: administrar analgesia, mantener la inmovilización.

Desplazamiento
completo y
resistente del
hueso que va a
afectar a las
carillas
articulares.

TRATAMIENTO

- Se van a tratar dependiendo si hay o no rotura del hueso.
- Colocación de hueso en la articulación:
 - -De forma cerrada: es el método hipocrático. Con un movimiento rápido se coloca el hueso en su sitio. Es el más antiguo. Necesita anestesia.
 - -De forma abierta: en quirófano, abriendo y haciendo una incisión quirúrgica. Necesita anestesia.
- Después de la intervención se puede inmovilizar, según la gravedad y la edad. Se inmoviliza por tracción, que puede ser de dos tipos:
 - Cutánea: -Están la tracción de Russell y la tracción de Buck (pone variantes a la de Russell). -No se introducen clavos en el hueso, sino mediante férulas y sistemas de pesas.
 - Esquelética: -Clavos y tornillos dentro del hueso (perforando). Tracción halotibial. -También se utilizan sistemas de pesas.

**CUIDADOS DE
LA TRACCIÓN**

- Mantener la línea de tracción estabilizada.
- Evitar la fricción de la cuerda de tracción.
- Mantener la contracción.
- Mantener una tracción continua.
- Mantener la alineación del cuerpo.

**ALTERACIONES
ARTICULARES.
ENFERMEDADES
TRAUMÁTICAS.**

ESGUINCE

Es un estiramiento o desgarro de los ligamentos, las bandas resistentes de tejido fibroso que conectan dos huesos en las articulaciones.

CLASIFICACION

- Grado I: -Solo hay un estiramiento del ligamento y una pequeña rotura que dará lugar a un hematoma. -Síntomas: sensibilidad; inflamación (edema) de tipo local.
- Grado II o moderado: -Rotura parcial de la cápsula articular. -Mayor estiramiento de las fibras tendinosas y un hematoma mayor. -Al romper las fibras del ligamento minimamente también hay una zona edematosa con un dolor moderado al movimiento.
- Grado III: o grave: -Rotura completa de la cápsula articular y de los ligamentos (uno o varios). -Hemartrosis (sangre dentro de la articulación. -Dolor más importante. -No puede flexionar ni cargar. -Se diferencia muy poco de una luxación.

**FACTORES
RIESGO**

DE

- Condiciones ambientales.
- Fatiga.
- Equipo inadecuado (ejemp: calzado)

DIAGNOSTICO

- Examen físico.
- Radiografías.
- Imágenes por resonancia magnética.

TRATAMIENTO

- Grado I: -Cura en 3 ó 4 semanas. -Sin pérdida significativa de la función. Puede seguir andando con una tobillera.
- -Grado II: -Cura en 3 ó 4 semanas pero sin estructuras lesionadas no sometidas a carga o estiramiento excesivo.
- -Grado III: -Tan grave como una luxación completa. Con frecuencia necesita reparación quirúrgica.

**CUIDADOS
ENFERMERÍA**

DE

- Valoración del paciente.
- Desaparición del dolor/edema: aplicando compresas frías las 36-72 primeras horas para reducir la inflamación y las estructuras vuelvan a su situación.
- Elevar el miembro para que no haya edemas.
- Para el dolor la analgesia prescrita.
- Si está indicado: yesos, férulas y vendajes funcionales.

**ALTERACIONES
ARTICULARES.
ENFERMEDADES
TRAUMÁTICAS.**

AMPUTACION

Es el corte y separación de una extremidad del cuerpo mediante traumatismo o cirugía.

ETIOLOGIA

- Por causa traumatológica (accidente). Son más frecuentes en personas jóvenes.
- Por causa de alguna enfermedad sistémica (vasculopatías en miembros inferiores). Son más frecuentes en personas mayores.

CLASIFICACION

- Amputación de Syme: Es la que se realiza a nivel del tobillo (Ej: puede darse en personas diabéticas).
- Amputación por debajo de la rodilla: Se realiza cuando la gangrena producida en el pie diabético avanzado más.
- Desarticulación de la rodilla.
- Arriba de la rodilla.
- Desarticulación de la cadera: Es la más traumática.

EFFECTOS

- Efecto psicológico: Se produce una gran depresión y un gran trauma en las personas, sobre todo a aquellas cuya causa es de origen traumático. La amputación va a cambiar la vida de estas personas, sus relaciones (con la pareja), etc.
- En los diabéticos no es tan traumático, es más, se sienten liberados de la carga del miembro.
- Cuando el corte es limpio (no existen desgarros) se colocan prótesis o implantes.

**MANIFESTACIONES
CLINICAS**

- Puede presentar síntomas de shock.
- A veces, hemorragias muy copiosas, otros veces escasas o nulas. En la intervención es necesario ligar todos los vasos para que no haya sangrado.
- A veces habrá una implantación incompleta.
- Puede haber restos extraños que causen infección.
- Puede estar el muñón liso o presentar jirones de tejido lesionado (sobre todo en accidentes).

**ASISTENCIA
URGENTE**

- Controlar hemorragia: se controla mejor con presión directa que con un torniquete, que puede contribuir a isquemia.
- Dar al paciente explicación de todo lo sucedido y del plan médico quirúrgico que va a seguir.
- Prepararlo para quirófano.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON LESIONES DEL MIEMBRO SUPERIOR Y CIRUGÍA ESCAPULAR.

Una fractura escapular es la rotura de la escápula (hueso del hombro).

Una fractura escapular también afecta otras partes del cuerpo, particularmente la clavícula, el húmero, los pulmones y el pecho.

FACTORES DE RIESGO

- Lesión o traumatismo.
- Un golpe directo en el hombro o en la parte superior de la espalda también puede ocasionar una fractura escapular.
- Una pelea, un accidente automovilístico o en cualquier deporte de contacto, como el fútbol americano o el hockey

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor, sensibilidad, inflamación, moretones o una protuberancia en el área lesionada
- Dificultad para mover su hombro y brazo
- Los huesos se salen de su piel o no tienen su misma apariencia
- Debilidad, entumecimiento y una sensación de hormigueo en el hombro y brazo
- Una necesidad de apoyar su brazo con la otra mano para reducir el dolor

DIAGNOSTICO

- Tomografía computarizada.
- Imágenes por resonancia magnética (IRM).
- Radiografía.

TRATAMIENTO

- El tratamiento dependerá del daño y del tipo de fractura que usted haya sufrido. La mayoría de las fracturas escapulares sanan por sí mismas.
- Medicamentos.
- Férula.
- Fisioterapia.
- Cirugía. (Artroscopica, Cirugia Abierta)

RIESGOS

- Sangrar o contraer una infección si le realizan una cirugía.
- Se le podría formar un coágulo de sangre en el brazo.

LESIONES DEL MIEMBRO INFERIOR Y CINTURÓN PÉLVICO. LESION DE RODILLA

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.

LESIONES DE RODILLA MAS FRECUENTES

- **Esguince de rodilla:** uno o varios ligamentos se estiran demasiado a causa de una torcedura o un tirón. Debido a ello, el ligamento se puede desgarrar o romper
- **Desgarro:** un tendón o un músculo se estira demasiado
- **Lesión de menisco (daño al fibrocartilago):** el fibrocartilago es un disco en forma de media luna llamado menisco, que funciona como "amortiguador" de la rodilla. Si se rompe el menisco sentirás dolor al torcer o girar la rodilla, hinchazón, rigidez y dificultad para estirlarla, entre otros síntomas
- **Bursitis de rodilla:** También hay lesiones que afectan a las bolsas sinoviales. Estos sacos están rellenos de líquido y se encargan de amortiguar la parte exterior de la articulación
- **Uso excesivo de la rodilla:** esta lesión de rodilla por desgaste es muy común en corredores
- **Lesiones en los ligamentos de la rodilla:** muy frecuentes en deportes cuya práctica exige cambios frecuentes de ritmo y dirección, por ejemplo, en futbolistas.

LESIONES DE LOS LIGAMENTOS LATERAL INTERNO Y LATERAL EXTERNO

- **De primer grado:** es un esguince sin desgarro del ligamento
- **De segundo grado:** es un desgarro parcial del ligamento
- **De tercer grado:** es un desgarro total del ligamento

DE TIPO MECANICO

- **Cuerpo suelto:** Cuando se desprende algún trozo pequeño de hueso o cartilago. Es posible que no genere ningún tipo de dolor de rodilla si no afecta a la articulación de la rodilla
- **Dislocación:** Cuando el hueso frontal de la rodilla se desplaza hacia el exterior de la misma
- **Dolor en otras articulaciones:** También puede producirse un dolor de rodilla cuando esta se fuerza debido a problemas anteriores en otras articulaciones como la cadera.

DE TIPO ARTRITICO

- **Artrosis:** Originado por el propio desgaste del cartilago de la rodilla debido al paso del tiempo y el uso. Origina un dolor que se acentúa al levantarse, tras estar un tiempo sentado
- **Gota y pseudogota:** La gota no es otra cosa más que la acumulación de cristales de ácido úrico en la rodilla. Si la acumulación es de cristales de calcio en el líquido sinovial, entonces se trata de pseudogota
- **Artritis reumatoide:** Se trata de una enfermedad autoinmune y crónica, que puede afectar a cualquier articulación del cuerpo.

SINTOMAS DE LAS LESIONES

- Dolor en la rodilla
- Inflamación, generalmente por la acumulación de líquido en la rodilla
- Inestabilidad en la rodilla, puedes sentir que la rodilla está endeble o se te traba
- Es posible que experimentes la sensación de que algo estalla o se rompe al producirse la lesión, e incluso que escuches un ruido seco.

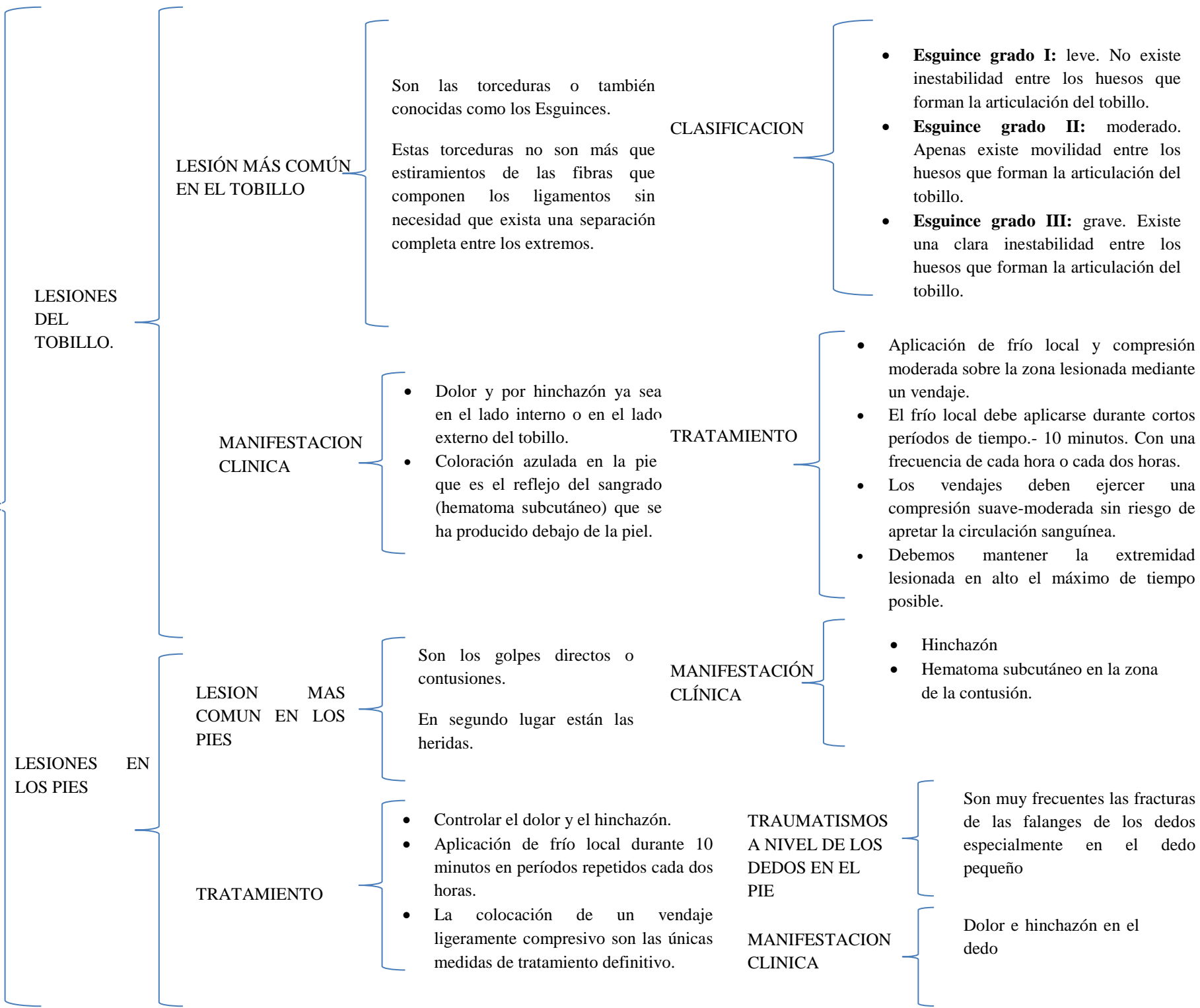
DIAGNOSTICO

- Estudio de resonancia magnética (MRI)
- Ultrasonido
- Radiografía.

TRATAMIENTO

- Los tratamientos que recibirás dependerán del tipo y de la gravedad de la lesión que tengas.
 - Método "PRICE":
- **Protección.** Protege tu lesión de daños mayores.
- **Reposo.** Reposo durante los dos o tres primeros días.
- **Hielo**
- **Compresión**
- **Elevación**

LESIONES DEL MIEMBRO INFERIOR Y CINTURÓN PÉLVICO.



**LESIONES DEL MIEMBRO INFERIOR Y CINTURÓN PÉLVICO.
LESIONES EN PELVIS**

Sospechar una lesión de pelvis ante cualquier trauma grave o en caso de un trauma sobre extremidades inferiores.

LESIONES FRECUENTES

SIGNOS ALARMA TRAUMA PELVICO

DE DE

- Equimosis (hemorragia subcutánea) que se propaga por las ingles a muslos y genitales.
- Hemorragia genital o uretral. Sugiere lesión visceral grave.
- Dolor y defensa de la musculatura abdominal a la palpación. Es un signo de hemorragia intraperitoneal por rotura visceral
- Parálisis en extremidades inferiores y dolor en la parte posterior de la pelvis. Es necesario realizar una evaluación neurológica pensando en una posible lesión del plexo lumbo-sacro.

- **Distensión inguinal:** o tirón de ingle, es un desgarro parcial o una rotura total de uno o más de los músculos que ayudan a juntar las piernas entre sí. Son lesiones frecuentes en el hockey y el esquí, así como en deportes como el fútbol americano y las modalidades de atletismo que requieren correr o saltar.
- **Sobrecarga muscular:** producida por la repetición prolongada de un movimiento en un determinado músculo. Son muchas lesiones las que aparecen a causa de una sobrecarga muscular.
- **Artrosis de cadera o artrosis coxofemoral:** es aquella que afecta al cartílago de la cadera. La articulación de la cadera está formada por la cabeza del fémur y el cotilo.
- **Choque Femoroacetabular:** o atrapamiento femoro-acetabular (femoral impingement) es una lesión que se produce cuando, ante un movimiento de flexión o rotación interna, impacta la cabeza del fémur con la cúpula del acetábulo.
- **Fracturas**

MANIFESTACION CLINICA

Dolor intenso en la ingle, incluso cuando la persona afectada está tumbada o sentada.

DIAGNOSTICO

- Radiografía
- Generalmente una tomografía computarizada
- Exploración física para detectar otras posibles lesiones

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON LESIONES DEL MIEMBRO INFERIOR Y CINTURÓN PÉLVICO.

La fractura de cadera es una patología de creciente importancia en las personas de edad avanzada.

CLASIFICACION

- **Fractura de la cabeza femoral:** suele ser el resultado de traumatismos de alta energía y a menudo se acompaña con una dislocación de la articulación de la cadera.
- **Fractura de cuello femoral:** (fractura subcapital o intracapsular) denota una fractura al lado de la cabeza femoral a nivel del cuello, entre la cabeza y el trocánter mayor. Estas fracturas tienen una propensión a dañar el suministro de sangre a la cabeza femoral, potencialmente causando necrosis avascular.
- **Fractura intertrocantérica:** denota una fractura en la que la línea de rotura ósea está entre el trocánter mayor y el menor, a lo largo de la línea intertrocantérica. Suele ser la fractura más común.
- **Fractura subtrocantérica:** se localiza en el eje largo del fémur inmediatamente debajo del trocánter menor y se puede extender hacia la diáfisis del fémur

TRATAMIENTO

- Cirugía
- Cuando se trata de una fractura del cuello del fémur, la extirpación de la cabeza femoral, seguida de la colocación de una prótesis, es la técnica más común.
- Debe estar dirigido a conseguir la consolidación de la fractura en buena posición mediante tracciones blandas y sin deformidad.

TRACCION

Se utiliza para mantener una tracción constante de una extremidad inferior fracturada, asegurando así una correcta colocación y alineación.

OBJETIVOS

- Aliviar el dolor.
- Favorecer el confort del paciente.
- Proporcionar la mejor calidad en los cuidados de enfermería.
- Observar aparición de complicaciones que pudieran agravar su estado de salud.

ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

- Prevenir una nueva caída
- Evitar lesiones o complicaciones derivadas de la propia fractura o luxación
- Se hacen observaciones continuas de la tracción.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA OSTEOARTICULAR

PRINCIPALES INTERVENCIONES

- Osteotomía: Sección quirúrgica de un hueso.
- Alargamientos: Osificación separando paulatinamente fragmentos.
- Reducción abierta, con fijación interna u osteosíntesis.
- Secuestrectomía: Extirpación de fragmentos óseos desvitalizados.
- Biopsias: Toma de muestras de tejido óseo.
- Injertos óseos: Implantación de tejido óseo.
- Artrotomía: Abordaje de la articulación abriendo la cápsula. Artroscopia: Acceso al interior de la articulación con endoscopio.
- Capsulorrafia. Reparación de la cápsula articular. Artrodesis: Fusión articular o inmovilización de la articulación.
- Artroplastia: Reconstrucción de una articulación. Reparación, refuerzo y reconstrucción, re inserción y reparación de ligamentos.
- Miotomía: resección, desinserción o re inserción de músculos.
- Fasciectomías: corte, o sección de fascias.
- Fasciotomías: resección de fascias.
- Amputación: exéresis de un miembro o parte de él.

**FASE PREOPERATORIA
PLAN DE CUIDADOS**

- D.E.: Ansiedad relacionada con el reciente traumatismo o enfermedad, la hospitalización, la intervención quirúrgica y los efectos negativos que se percibe tendrá sobre el estilo de vida.

ACT. ENFERMERIA

- Aclarar los efectos de la enfermedad, la necesidad de la intervención y los efectos positivos de ésta
- Explicar la experiencia postoperatoria y la temporalidad de los déficit o limitaciones tras la intervención
- Informar si tras la intervención serán necesarias otras formas de caminar o realizar las actividades de la vida diaria y adiestrarlo en ellas.

- Dx.: Temor, relacionado con la intervención quirúrgica, las características de la patología y las consecuencias posteriores de ambas

Informarle sobre la intervención quirúrgica y los efectos de ésta sobre la patología, así como las posibilidades de curación de la misma y mejoría de la situación en el postoperatorio.

**FASE POSTOPERATORIA
VALORACION**

- **Datos generales del paciente:** Constantes vitales, estado de consciencia, actividad intestinal (ruidos, ventosidades, estreñimiento), aportes y pérdidas, posición de la cama.
- **Zona quirúrgica:** Apósito (limpio, manchado progresivo o estable), drenaje, inflamación, dolor, estado neurovascular.
- **Movilidad articular:** Inmovilidad prescrita, movilidad de las zonas no intervenidas, posición de la zona operada y del cuerpo en general, necesidad de cambios posturales, etc.
- **Existencia de dispositivos inmovilizadores,** de fijación o sujeción (yesos, tracciones fijadores externos, férulas, etc.). Comprobar su buen estado y colocación.

BIBLIOGRAFIA: ANTOLOGIA LEN603