

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

# UNIDAD 3: CUIDADOS A PACIENTES CON ALTERACIONES MUSCULO ESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO.

ENDERMERIA QUIRURGICA II

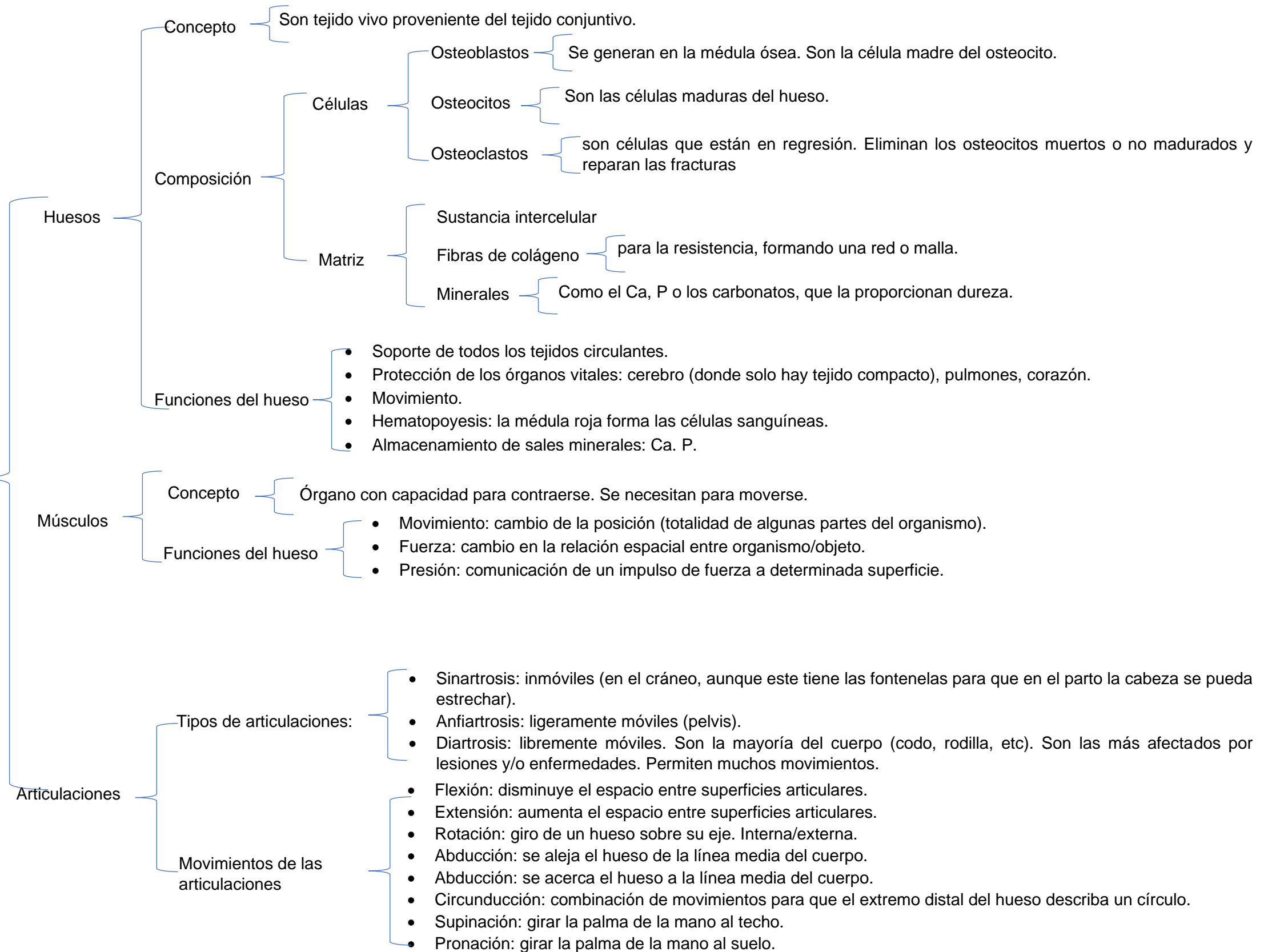


**EDWIN DILBERT LOPEZ HERNANDEZ**

24 DE JULIO DEL 2020

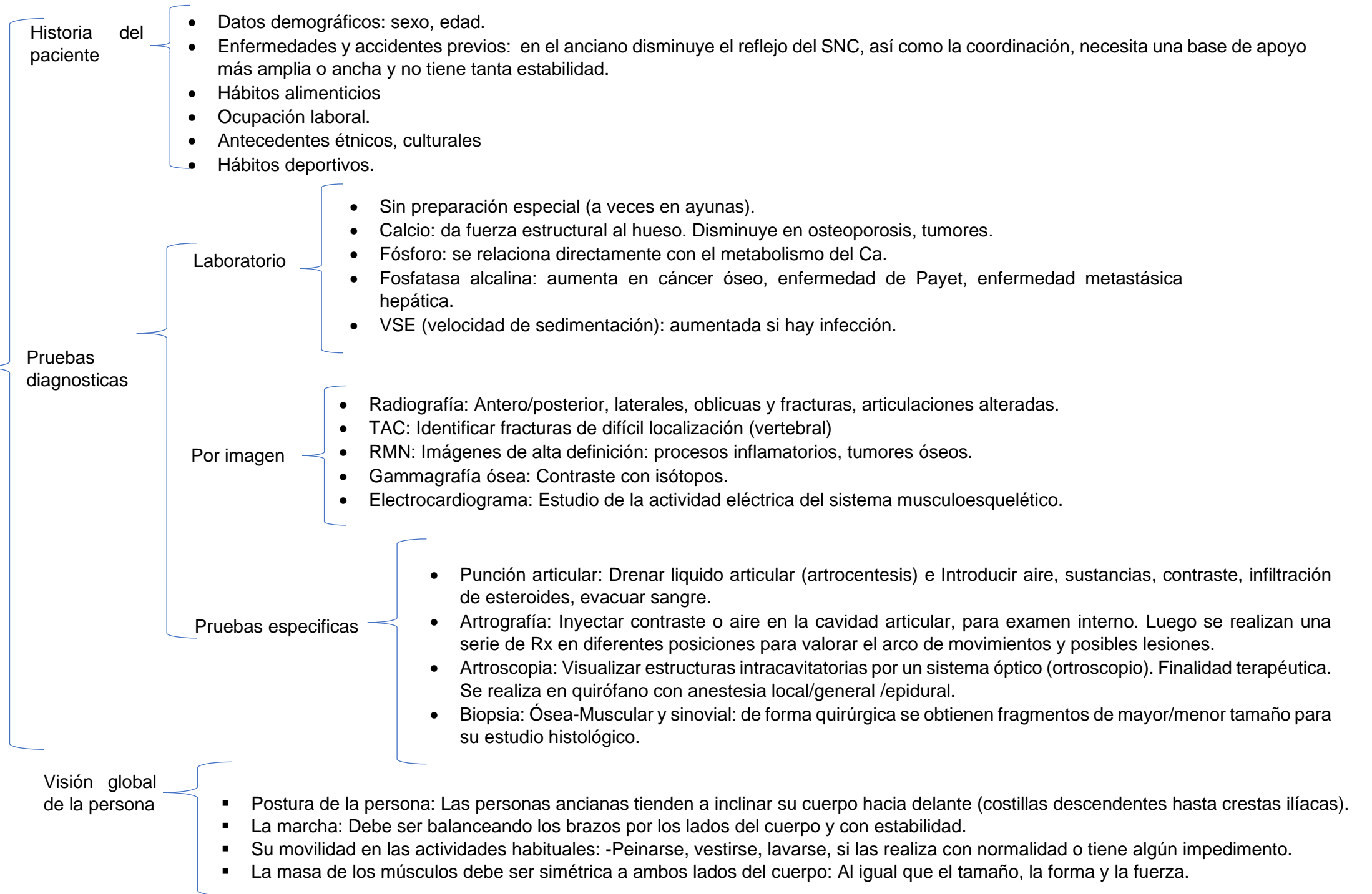
Cuidados a pacientes con alteraciones musculoesquelético y del tejido conjuntivo

### 3.1. Fisiopatología del sistema músculo esquelético.



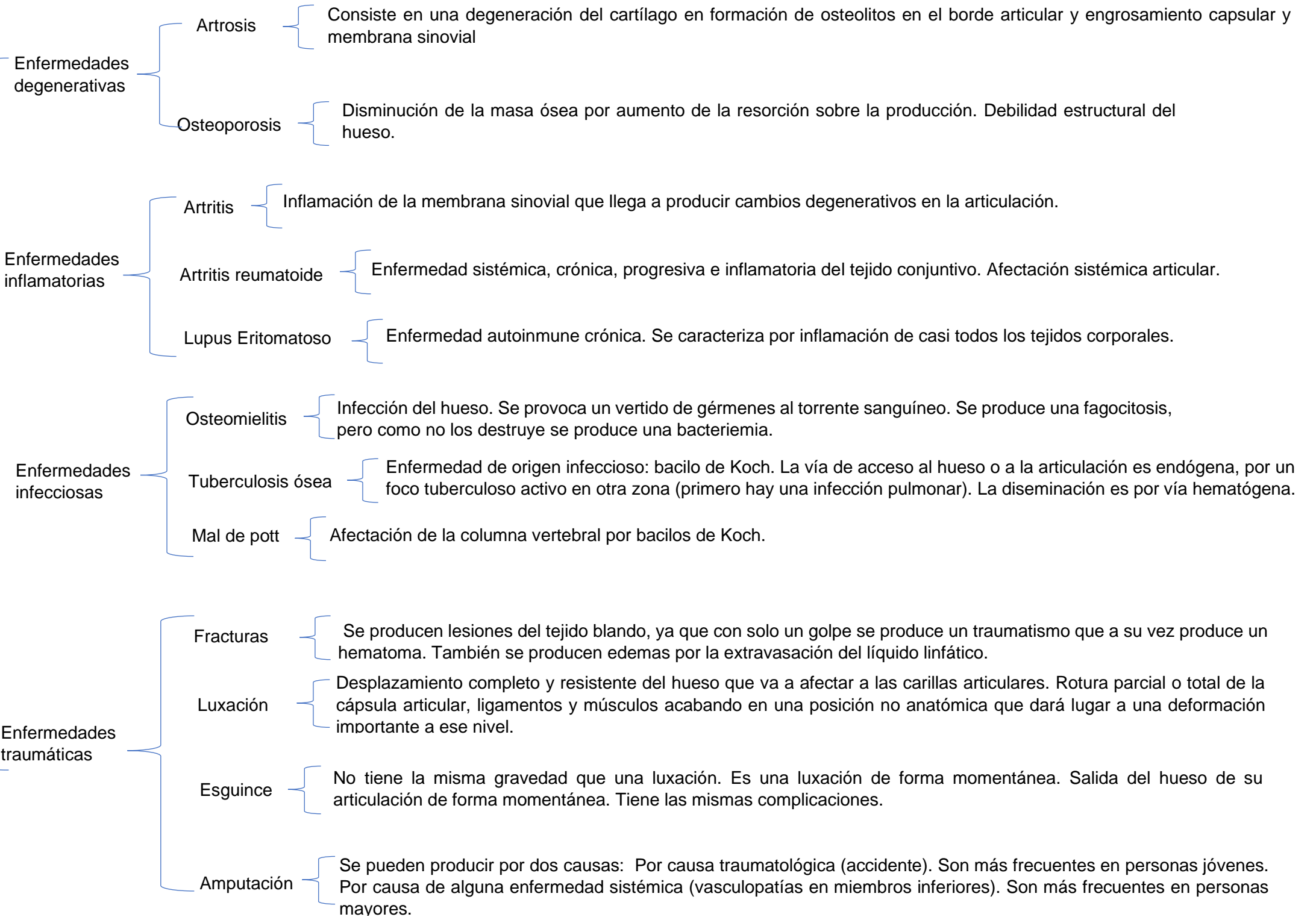
Cuidados a pacientes con alteraciones musculoesqueléticas y del tejido conjuntivo

3.2. Valoración y problemas generales en pacientes con alteraciones musculoesqueléticas



Cuidados a pacientes con alteraciones esquelético y del tejido conjuntivo

3.3. Alteraciones articulares.



Cuidados a pacientes con alteraciones musculoesquelético y del tejido conjuntivo

3.4. Cuidados de enfermería a pacientes con procesos articulares, osteoporosis y osteomielitis.

Osteomielitis

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 le añade un antibiótico).

Crónica

- Tratamiento quirúrgico para extirpar fragmentos necróticos.
- Irrigación / aspiración continua.
- Inmovilización de la extremidad. Proporcionar soporte en el hueso debilitado.

Osteoporosis

- 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).
- Disminuir la posibilidad de traumatismos: zapatos blandos, plantillas acolchadas.
- Información: cerciorarnos que hemos sido entendidos.

Procesos articulares

- 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.

3.5. Cuidados de enfermería a pacientes con lesiones del miembro superior y cirugía escapular.

Concepto

Las fracturas escapulares son habitualmente causadas por una lesión o traumatismo. Una fractura de la escápula podría ocurrir al caer con la mano extendida hacia afuera o sobre el hombro. Un golpe directo en el hombro o en la parte superior de la espalda también puede ocasionar una fractura escapular.

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: Este examen también se conoce como escáner TAC. Una máquina de rayos X utiliza una computadora para tomar imágenes de su escápula.
- Imágenes por resonancia magnética (IRM): Este escáner utiliza imanes poderosos y una computadora para tomar imágenes de su escápula y los huesos y tejidos circundantes.
- Radiografía: Usted podría requerir radiografías de su escápula, clavícula y húmero para buscar huesos rotos u otros problemas.

Tratamiento

- Medicamentos: Pueden administrarle medicamentos para aliviar su dolor.
- Férula: Los médicos le podrían colocar el brazo en un cabestrillo para sostenerle la escápula mientras sana.
- Fisioterapia: Es probable que usted requiera de la fisioterapia una vez que se hayan reducido la inflamación y el dolor.
- Cirugía: Si sufrió una fractura severa, podría ser necesario realizar una cirugía para nuevamente regresar sus huesos a su posición correcta

Cuidados a pacientes con alteraciones musculoesqueléticas y del tejido conjuntivo

### 3.6. Lesiones del miembro inferior y cinturón pélvico.

#### Lesiones de tobillo

- La lesión más común en el tobillo son las torceduras o también conocidas como los Esguinces. Estas torceduras no son más que estiramientos de las fibras que componen los ligamentos sin necesidad que exista una separación completa entre los extremos.
- Manifestación clínica: Los esguinces se manifiestan por dolor y por hinchazón ya sea en el lado interno o en el lado externo del tobillo. Además de la hinchazón suele existir coloración azulada en la piel que es el reflejo del sangrado (hematoma subcutáneo) que se ha producido debajo de la piel.
- Tratamiento: El tratamiento se basa siempre en la aplicación de frío local y compresión moderada sobre la zona lesionada mediante un vendaje. El frío local debe aplicarse durante cortos períodos de tiempo: 10 minutos. Con una frecuencia de cada hora o cada dos horas. Los vendajes deben ejercer una compresión suave-moderada sin riesgo de apretar la circulación sanguínea.

#### Lesiones del pie

- Las lesiones más comunes a nivel del pie son los golpes directos o contusiones. En segundo lugar, están las heridas. Las heridas pueden comprometer los tendones extensores de los dedos o del pie.
- La manifestación clínica de un traumatismo en el pie suele ser la hinchazón y el hematoma subcutáneo en la zona de la contusión.
- El tratamiento de las lesiones traumáticas en el pie se centra principalmente en controlar el dolor y la hinchazón. La aplicación de frío local durante 10 minutos en períodos repetidos cada dos horas y la colocación de un vendaje ligeramente compresivo son las únicas medidas de tratamiento definitivo.

#### Lesiones de pelvis

- Sospechar una lesión de pelvis ante cualquier trauma grave o en caso de un trauma sobre extremidades inferiores.
- Se consideran signos de alarma ante un posible trauma pélvico la presencia de: equimosis (hemorragia subcutánea) que se propaga por las ingles a muslos y genitales, hemorragia genital o uretral y dolor y defensa de la musculatura abdominal a la palpación.

### 3.7. Cuidados de enfermería a pacientes con lesiones del miembro inferior y cinturón pélvico.

- Posicionar de forma correcta el miembro afectado realizando tracción y rotándolo para colocar el sistema de tracción blanda.
- Colocar la cinta de la venda de tracción a ambos lados de la pantorrilla, evitando la formación de arrugas y pliegues para prevenir la lesión de la piel.
- Vendar con la venda elástica el miembro, comenzando por encima de los maléolos y terminando a nivel de las crestas tibiales (en este caso se vendó hasta la mitad del muslo)
- Colocar la férula de Braun bajo el miembro del paciente.
- Después de colocar la tracción: Colocar que las cuerdas de la tracción, las poleas y los pesos de manera que cuelguen libremente.
- Aplicar las medidas anti úlceras. Vigilar la zona maleolar en previsión de posibles úlceras.
- Valorar la tracción y el peso en cada turno.
- Valorar la presencia o ausencia de dolor en la extremidad afectada.
- Valorar color de la piel y tomar pulsos distales.
- Vigilar signos de compresión del nervio ciático poplíteo externo (NCPE).
- Controlar la sensibilidad de la extremidad.
- Mantener siempre la alineación correcta del paciente.
- Vigilar la presencia de pliegues y arrugas en el vendaje.
- Al movilizar el paciente, las pesas deben sujetarse.
- Vigilar los puntos de apoyo para prevenir las úlceras por presión (UPP).
- Poner a disposición del paciente un triángulo en la cama para facilitarle las movilizaciones.
- Vigilar que el pie no toque la cama.
- Valorar la necesidad de analgesia antes de movilizar al paciente.
- Revisar y valorar las zonas de presión cada vez que se moviliza al paciente.
- Facilitar información al paciente y/o familia sobre el uso de la tracción y la forma en la que ellos pueden colaborar.

ITU no complicada

Usar macrodantina, cefalosporinas de primera y segunda generaciones, amoxicilina/ácido clavulánico y, a veces, quinolonas.

Cuidados a pacientes con alteraciones musculoesqueléticas y del tejido conjuntivo

### 3.9. 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, reinserción y reparación de ligamentos.
- Miotomía: resección, desinserción o reinserción de músculos.
- Fasciectomías: corte, o sección de fascias.
- Fasciotomías: resección de fascias.
- Amputación: exéresis de un miembro o parte de él.

#### Fase preoperatoria

- 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.
- Conocer la información dada por los médicos al enfermo y sus familiares, PARA responder a las cuestiones que planteen.
- Favorecer el contacto familiar, mediante relajación del horario de visitas y ayudas en el cuidado del enfermo.
- 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.
- Conocer la información dada por los médicos al enfermo y sus familiares, PARA responder a las cuestiones que planten.

#### Fase postoperatoria

- Valoración 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 fijadoras externos, férulas, etc.). Comprobar su buen estado y colocación.
- Valorar la presencia, duración, características, intensidad y localización del dolor.
- Mantener la inmovilización prescrita y cuidar que los aparatos y dispositivos de tracción o inmovilización conserven la integridad y presión adecuada, que no rocen ni produzcan lesiones.
- Ayudar al paciente a adoptar posiciones más cómodas cada 2-4 horas, sujetando partes dolorosas y ayudando a girarse en bloque si ha sido sometido a fusión espinal o laminectomía.
- Proporcionarle ambiente tranquilo y relajado, alternando los periodos de actividad y reposo.
- Administración y control de los analgésicos prescritos.
- Ayudar al paciente realizar cambios posturales frecuentes (cada 4 horas) con movimientos y posturas no contraindicados según la intervención (levantar la espalda, girarse hacia el lado no operado, etc.).
- Ayudar al paciente a realizar movimientos de A.D.M. no contraindicados.
- Enseñar al paciente a realizar ejercicios e instarle a que los haga cada 4 horas.
- Programa de rehabilitación precoz y preventiva, si es necesario con consulta a fisioterapeuta.
- Deambulacion lo más precoz posible, si es necesario con adiestramiento previo en la utilización de bastón, muletas o andador.
- Si ha sido sometido a fusión espinal o laminectomía, ayudar al paciente a girarse sobre sí mismo en bloque.