

Licenciatura en Enfermería.

MATERIA:

PATOLOGÍA DEL ADULTO.

TEMA:

PATOLOGÍAS MUSCULO ESQUELÉTICOS.

ALUMNA:

KENIA GUADALUPE MONTEJO MENDEZ.

DOCENTE:

LIC. ENF. JUANA INÉS HERNÁNDEZ.

VILLA HERMOSA, TABASCO. FECHA: 25 DE JULIO DEL 2020.

Alteración Musculo Esquelética.

También conocidos como Trastornos Músculo-Esqueléticos (TME) son un conjunto de lesiones, de carácter inflamatorio o degenerativo, que sufren ciertas estructuras corporales causadas o agravadas fundamentalmente por la actividad laboral y los efectos del entorno en el que ésta se desarrolla.

Si bien, estos trastornos pueden originarse de forma súbita por traumatismos agudos como fracturas, esguinces, etc. como consecuencia de un accidente. Generalmente, los Trastornos músculo-esqueléticos se desarrollan de forma progresiva durante períodos prolongados de tiempo.

Problemas locomotores.

La especialidad médica que se ocupa de los trastornos y enfermedades del aparato locomotor, constituido por huesos, músculos, tendones y articulaciones es la Reumatología. Estas enfermedades se caracterizan por ser crónicas, producir dolor, impotencia funcional, discapacidad y afectar a la calidad de vida de los pacientes.

Las patologías más frecuentes en este medio son artrosis, dolor lumbar y cervical, osteoporosis, reumatismo de partes blandas (tendinitis y bursitis), fibromialgia, artropatías microcristalinas (gota y condrocalcinosis), artropatías inflamatorias (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica) y enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sd. Sjögren y polimialgia reumática).

Patología reumática del aparato locomotor.

Se definen como una amplia gama de enfermedades algunas de ellas relacionadas al desgaste del aparato locomotor (huesos, músculos, articulaciones, tendones y ligamentos) y otras originadas por la alteración del sistema inmunológico. Existen aproximadamente 100 enfermedades definidas, las más conocidas son la artrosis, la artritis reumatoide y la fibromialgia.

Se presenta con más frecuencia en mujeres entre los 15 a 50 años y se puede desarrollar tanto en ancianos como en niños. No existe una causa única para la enfermedad reumatológica, existen factores genéticos, ambientales e infecciosos como el hábito tabaquismo, la mala higiene oral, la tuberculosis que la pueden originar.

FIEBRE REUMÁTICA.

La fiebre reumática es una enfermedad inflamatoria que se puede presentar después de una infección con las bacterias estreptococos del grupo A (como la faringitis estreptocócica o la escarlatina). Puede causar una enfermedad grave en el corazón, las articulaciones, la piel y el cerebro.

Signos y síntomas.

La fiebre reumática afecta principalmente a niños de entre 5 y 15 años que han tenido faringitis estreptocócica o escarlatina. Si se presenta, se desarrolla de 14 a 28 días después de estas enfermedades. Los síntomas pueden afectar a varios sistemas del organismo. En general, los síntomas incluyen:

- Fiebre
- Hemorragias nasales
- Dolor en el abdomen
- Problemas en el corazón, que pueden no tener síntomas, o que pueden derivar en falta de aliento y dolor en el pecho
- Los síntomas en las articulaciones pueden:
 - Causar dolor, hinchazón, enrojecimiento y calor
 - Principalmente se producen en las rodillas, codos, tobillos, y muñecas
 - Cambian o pasan de una articulación a otra
 - Pueden ocurrir cambios en la piel, tales como:
 - Erupciones en la piel en forma de anillo o piel de serpiente en el tronco y la parte superior de brazos y piernas
 - Protuberancias o nódulos en la piel
 - Un trastorno que afecta al cerebro y sistema nervioso, llamado Corea de Sydenham, también puede ocurrir. Los síntomas de este trastorno son:
 - Pérdida del control de las emociones, con episodios de llanto o risa inusuales

- Movimientos bruscos y rápidos que afectan principalmente la cara, los pies y las manos

Diagnostico.

Es necesario enfatizar que, a pesar del refinamiento de muchas técnicas de laboratorio, el diagnóstico de fiebre reumática sigue siendo clínico. Para hacer honor a su nombre, es muy poco admisible el diagnóstico de fiebre reumática en pacientes sin fiebre y sin manifestaciones articulares, solamente con base en un título alto de antiestreptolisinas; error común que lleva a pacientes sin fiebre reumática a ser sometidos a tratamiento con penicilina benzatínica por varios años. El cuadro clínico se caracteriza por la aparición de manifestaciones generales dos a cuatro semanas después de un faringitis; fiebre remitente sin grandes oscilaciones, epitaxis y en niños, dolor abdominal que puede conducir a diagnósticos erróneos.

Artritis. En su forma clásica compromete grandes articulaciones, especialmente en miembros inferiores, migratoria, consecutiva y sin secuelas, si se exceptúa una forma muy poco frecuente llamada artritis de Jaccoud que por persistencia de la inflamación erosiona las cabezas de los metacarpianos y termina en deformidades típicas de los dedos.

Carditis. Se diagnostica por la presencia de soplos, cardiomegalia, frote pericárdico, ritmo de galope, signo de insuficiencia cardíaca y taquicardia durante el sueño. El más frecuente es un soplo holosistólico de eyección de tonalidad alta grados II-III/IV. También se puede encontrar un soplo mesodiastólico apical de estenosis mitral relativa que desaparece en el curso de la enfermedad. Menos frecuentes son los de regurgitación aórtica en la base. En 40% de los casos se encuentra una prolongación del intervalo PR en el electrocardiograma.

Eritema marginado. Es una erupción eritematosa rosada de borde externo bien delimitado e interno difuso, no pruriginosa, fugaz, de corta duración. Su localización es en el tronco, las regiones glúteas y la región proximal de las extremidades. También es más común en los casos con carditis.

CRITERIOS DE JONES PARA EL DIAGNOSTICO DE FIEBRE REUMATICA	
<p>Criterios Mayores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carditis • Policarditis • Corea • Eritema marginados • Nódulos subcutáneos 	<p>Criterios Menores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínicos • Fiebre • Astralgias • Malestar general • Laboratorio • Eritrosedimentación elevada • Proteína C reactiva + • Leucocitosis • Intervalo PR prolongado <p>Evidencia de infección estreptocócica Aumento de anticuerpos contra estreptococo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • antiesptreptolisinas y otros. • Cultivo faríngeo positivo para estreptococo • Escarlatina reciente

Tratamiento.

La fiebre reumática debe tratarse inmediatamente. Si tiene un dolor de garganta que dura más de 3 días, o si tiene fiebre y dolor de cabeza junto con el dolor de garganta, debe ir al médico para que le realice un cultivo de la garganta. Si no tiene dolor de garganta, pero tiene fiebre y un sarpullido en la piel, también podría tratarse de una infección estreptocócica y debe ir al médico inmediatamente. Recuerde que la fiebre reumática puede derivar de una infección estreptocócica no tratada; por eso es muy importante tratar la infección antes de que dé lugar a una enfermedad peor.

El tratamiento de la fiebre reumática consiste en:

- **1. Erradicar la infección:** penicilina G benzatina, 1.200.000 U.I en una única inyección i.m. En caso de alergia, eritromicina 250-1 g/día durante 10 días; alternativamente, azitromicina o claritromicina.
- **2. Antiinflamatorios:** aspirina 100 mg/kg/día en niños y 6-8 g/día en adultos, mantenida varias semanas después de que se normalice la VSG. En casos de carditis, corticoides (60-120 mg/día de prednisona).
- **3. Corea:** sedantes (diazepam o clorpromazina).
- **4. Prevención de recurrencias:** penicilina B benzatina 1.200.000/mes; alternativamente penicilina oral (V) 200.000/12 horas o sulfadiazina 1 g/día. En individuos de alto riesgo, al menos hasta los 25 años de edad.

Cuidados de enfermería.

- Reposo absoluto en cama durante toda la duración del brote agudo es muy importante. La duración varía entre 2 semanas en la poliartritis simple y 3 meses en la carditis grave.
- Reducir la fiebre.
- Administración de tranquilizantes y anticonvulsivantes.
- Aplicar calor local
- Balance hidroelectrolítico.
- Proporcionar dieta adecuada: hiperprotéica e hiposódica
- Control del pulso apical
- Brindarle distracciones
- Vigilar reacciones adversas a los medicamentos.
- Orientar al paciente y los familiares sobre el tratamiento y la prevención de las infecciones respiratorias estreptocócicas.

Artritis Reumatoide.

La artritis reumatoide es un trastorno inflamatorio crónico que puede afectar más que solo las articulaciones. En algunas personas, el trastorno puede dañar distintos sistemas corporales, incluida la piel, los ojos, los pulmones, el corazón y los vasos sanguíneos. La artritis reumatoide es un trastorno autoinmunitario que ocurre cuando el sistema inmunitario ataca por error los tejidos del cuerpo.

A diferencia del daño por desgaste de la osteoartritis, la artritis reumatoide afecta el revestimiento de las articulaciones y causa una hinchazón dolorosa que puede finalmente causar la erosión ósea y la deformidad de las articulaciones. La inflamación asociada a la artritis reumatoide es lo que también puede dañar otras partes del cuerpo. Si bien los medicamentos nuevos han mejorado las opciones de tratamiento en gran medida, la artritis reumatoide grave aún puede causar discapacidades físicas.

Signos y síntomas.

Los signos y los síntomas de la artritis reumatoide pueden incluir:

- Articulaciones sensibles a la palpación, calientes e hinchadas.
- Rigidez articular que generalmente empeora por las mañanas y después de la inactividad.
- Cansancio, fiebre y pérdida del apetito.

La artritis reumatoide precoz tiende a afectar primero las articulaciones más pequeñas, especialmente las que unen los dedos de las manos con las manos y los dedos de los pies con los pies.

A medida que avanza la enfermedad, los síntomas suelen extenderse a las muñecas, las rodillas, los tobillos, los codos, la cadera y los hombros. En la mayoría de los casos, los síntomas se producen en las mismas articulaciones en ambos lados de tu cuerpo.

Alrededor del 40 % de las personas que padecen artritis reumatoide también experimentan signos y síntomas que no involucran a las articulaciones. La artritis reumatoide puede afectar muchas estructuras no articulares, incluido lo siguiente:

- Piel
- Ojos
- Los pulmones
- Corazón
- Riñones
- Glándulas salivales
- Tejido nervioso
- Médula ósea
- Vasos sanguíneos

Los signos y los síntomas de la artritis reumatoide pueden variar en gravedad e incluso pueden aparecer y desaparecer. Los períodos de mayor actividad de la enfermedad, denominados brotes, se alternan entre períodos de remisión relativa, cuando la hinchazón y el dolor se disipan o desaparecen. Con el paso del tiempo, la artritis reumatoide puede provocar que las articulaciones se deformen y salgan de lugar.

Diagnostico.

La artritis reumatoide puede resultar difícil de diagnosticar en las etapas tempranas, debido a que los signos y síntomas tempranos son similares a los de muchas otras enfermedades. No hay un análisis de sangre o hallazgo físico para confirmar el diagnóstico.

Durante la exploración física, el médico revisará las articulaciones para detectar hinchazón, enrojecimiento y temperatura. El médico también puede evaluar tus reflejos y fuerza muscular.

Análisis de sangre

Las personas con artritis reumatoide suelen tener una velocidad elevada de eritrosedimentación o proteína C reactiva, lo cual puede indicar la presencia de un proceso inflamatorio en el cuerpo. Otros análisis de sangre frecuentes buscan detectar anticuerpos reumatoides y anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados.

Pruebas de diagnóstico por imágenes

Tu médico podría recomendar realizar radiografías para ayudar a hacer un seguimiento de la progresión de la artritis reumatoide en tus articulaciones con el tiempo. Las RM y las ecografías pueden ayudar al médico a determinar la gravedad de la enfermedad en tu cuerpo.

Tratamientos.

La artritis reumatoide no tiene cura. Pero los estudios clínicos indican que la remisión de los síntomas es más probable cuando el tratamiento comienza temprano con medicamentos conocidos como medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD).

Medicamentos

El tipo de medicamento que te recomiende el médico dependerá de la gravedad de los síntomas y del tiempo que hayas tenido artritis reumatoide.

- **AINE.** Los medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE) pueden aliviar el dolor y reducir la inflamación. Los AINE de venta libre son el ibuprofeno (Advil, Motrin IB) y el naproxeno sódico (Aleve). Los AINE más potentes se venden bajo receta médica. Los efectos secundarios pueden ser irritación estomacal, problemas cardíacos y daño renal.
- **Esteroides.** Los medicamentos corticosteroides, como la prednisona, reducen la inflamación y el dolor, y retardan el daño articular. Los efectos secundarios pueden incluir el adelgazamiento de los huesos, aumento de peso y diabetes. Los médicos a menudo recetan un corticosteroide para aliviar los síntomas agudos, con el objetivo de disminuir gradualmente la medicación.
- **Medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD).** Estos medicamentos pueden retrasar el avance de la artritis reumatoide y evitar que las articulaciones y otros tejidos sufran daños permanentes. Entre los medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad habituales se incluyen el metotrexato (Trexall, Otrexup, otros), la leflunomida (Arava), la hidroxicloroquina (Plaquenil) y la sulfasalazina (Azulfidine).

Los efectos secundarios varían, pero pueden comprender daños en el hígado, supresión de la médula ósea e infecciones pulmonares graves.

Terapia

El médico puede derivarte a un terapeuta ocupacional o fisioterapeuta que puede enseñarte ejercicios para mantener flexibles las articulaciones. El terapeuta también puede sugerir nuevas formas de realizar tareas diarias, que serán más fáciles para tus articulaciones. Por ejemplo, es recomendable recoger objetos usando los antebrazos.

Los dispositivos de asistencia pueden ayudar a no esforzar las articulaciones doloridas. Por ejemplo, un cuchillo de cocina equipado con una agarradera ayuda a proteger las articulaciones de la muñeca y dedos. Determinadas herramientas, como abotonadores, pueden ayudarte a vestirse. Las tiendas de suministros médicos y los catálogos son excelentes lugares para buscar ideas.

Cirugía

Si los medicamentos no previenen ni retardan el daño en las articulaciones, tú y el médico pueden considerar la cirugía para reparar las articulaciones dañadas. La cirugía puede ayudar a restaurar tu habilidad para usar la articulación. También puede reducir el dolor y mejorar la función. La cirugía de artritis reumatoide puede incluir uno o más de los siguientes procedimientos

- **Sinovectomía.** Una cirugía para extirpar el revestimiento inflamado de la articulación (sinovial) se puede realizar en rodillas, codos, muñecas y caderas.
- **Reparación del tendón.** La inflamación y el daño a las articulaciones pueden causar que los tendones de alrededor de la articulación se aflojen o se rompan. El cirujano puede reparar los tendones que rodean la articulación.
- **Fusión de la articulación.** Se puede recomendar una fusión quirúrgica de la articulación para estabilizar o realinear una articulación y para el alivio del dolor cuando el reemplazo de una articulación no es una opción.
- **Reemplazo total de la articulación.** Durante la cirugía para reemplazo de la articulación, el cirujano quita las partes dañadas de la articulación e introduce una prótesis de metal y plástico.

La cirugía conlleva riesgos de sangrado, infección y dolor. Analiza con el médico los beneficios y los riesgos.

Cuidados de enfermería.

- Motivar el reposo completo en cama para enfermos con la afección inflamatoria activa muy diseminada.
- Acostar al enfermo boca arriba con almohada bajo la cabeza en un colchón duro, para quitar el peso de las articulaciones.
- Aconsejar al paciente que descanse una o más veces en el día durante 30 a 60 minutos.
- Alentarlo a que repose en cama ocho a nueve horas por la noche.
- Indicarle que se acueste boca abajo dos veces al día para evitar la flexión de la cadera y contractura de la rodilla.
- No deben colocarse almohadas debajo de las articulaciones dolorosas, ya que promueven contracturas por flexión.
- Las articulaciones inflamadas dolorosas deben ponerse en reposo con férulas: para permitir localmente la sinovitis; reducir el dolor, la rigidez y la tumefacción (en las muñecas y los dedos); descansar las articulaciones inflamadas en la posición óptima y prevenir o corregir deformaciones.
- Aplicar compresas calientes o frías para reducir el dolor e hinchazón de las articulaciones.
- Dar masajes suaves para relajar los músculos.
- Administrar medicamentos antiinflamatorios, o analgésicos según prescripción.
- Alentar al paciente a seguir el programa diario prescrito, que se compone de ejercicios de acondicionamiento y ejercicios específicos para problemas articulares (después de controlar el proceso inflamatorio).
- Cerciorarse que el paciente realiza los ejercicios isométricos, para ayudar a prevenir la atrofia muscular, que contribuye a la inestabilidad articular.
- Hacer que el enfermo mueva las articulaciones por todo el arco de movimiento una o dos veces al día para impedir la pérdida del movimiento articular.

Tumor Óseo.

Un tumor óseo es una proliferación anormal de células dentro de un hueso. Este tipo de tumor puede ser canceroso (maligno) o no (benigno).

Signos y síntomas.

Entre los síntomas de tumor óseo se pueden incluir:

- Fractura ósea, en especial a causa de una ligera lesión (trauma)
- Dolor óseo que puede empeorar en la noche
- Ocasionalmente se puede sentir una masa e inflamación en el lugar del tumor
- Algunos tumores benignos no tienen síntomas.

Diagnostico.

Los estudios de diagnóstico por imágenes pueden ayudar a determinar la ubicación y el tamaño de los tumores óseos, y si los tumores se han diseminado a otras partes del cuerpo. Los tipos recomendados de estudios de diagnóstico por imágenes dependen de los signos y síntomas individuales. Entre los estudios se pueden incluir los siguientes:

- Exploración ósea
- Tomografía computarizada
- Resonancia magnética (RM)
- Tomografía por emisión de positrones (TEP)
- Radiografía

Biopsias quirúrgicas o con aguja

El médico te puede recomendar un procedimiento para extraer una muestra de tejido (biopsia) del tumor para realizar pruebas de laboratorio. Las pruebas le pueden indicar al médico si el tejido es canceroso y, si lo es, qué tipo de cáncer tienes. También puede revelar si las células del tumor están creciendo rápidamente o lentamente.

Los tipos de procedimientos de biopsia utilizados para diagnosticar cáncer de hueso incluyen los siguientes:

- **Insertar una aguja a través de tu piel hacia dentro del tumor.** Durante una biopsia con aguja, el médico introduce una aguja fina en la piel y la guía hacia el tumor. El médico utiliza la aguja para quitar pequeñas piezas de tejido del tumor.
- **Cirugía para extraer una muestra de tejido para análisis.** Durante una biopsia quirúrgica, el médico realiza una incisión a través de la piel y quita todo el tumor o una parte de este.

Determinar el tipo de biopsia que necesitas y las particularidades de cómo debe realizarse requiere una planificación cuidadosa por parte del equipo médico. Los médicos deben realizar la biopsia de forma tal que no interfiera con una cirugía futura para extraer el cáncer de hueso. Por este motivo, pídele al médico que te derive a un equipo de médicos con amplia experiencia en tratar tumores en el hueso antes de la biopsia.

Etapas del cáncer de huesos

Si el médico confirma el diagnóstico de cáncer de huesos, tratará de determinar el alcance (la etapa) del cáncer ya que servirá como guía para decidir las opciones de tratamiento. Entre los factores a tener en cuenta, se encuentran los siguientes:

- El tamaño del tumor
- La velocidad de crecimiento del cáncer
- La cantidad de huesos afectados, como las vértebras adyacentes de la columna vertebral
- Si el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo

Las etapas del cáncer de huesos se indican mediante números romanos y van desde el 0 al IV. Las etapas más bajas indican que el tumor es más pequeño y menos agresivo. La etapa IV indica que el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Tratamiento.

Las opciones de tratamiento para tu cáncer de huesos se basan en el tipo de cáncer que tengas, el estadio del cáncer, tu estado de salud general y tus preferencias. Los diferentes tipos de cáncer de huesos responden a distintos tratamientos, y tus médicos pueden orientarte sobre lo que es mejor para tratar tu cáncer. Por ejemplo, algunos tipos de cáncer de huesos se tratan solo con cirugía, otros con cirugía y quimioterapia, y otros con cirugía, quimioterapia y radioterapia.

Cirugía

El objetivo de la cirugía es extirpar todo el tumor canceroso. En la mayoría de los casos, esto implica usar técnicas especiales para extirpar el tumor entero, junto con una pequeña parte del tejido sano que lo rodea. El cirujano reemplaza el hueso perdido con parte de un hueso de otra área del cuerpo, con material de un banco de huesos o con una pieza de reemplazo de metal y plástico duro.

Cuando el cáncer de hueso es de gran tamaño o se encuentran en un punto complicado en el hueso, es posible que se requiera cirugía para extirpar toda la extremidad o parte de esta (amputación). Debido a que se han desarrollado otros tratamientos, la amputación cada vez es menos frecuente. Si es necesario hacer una amputación, probablemente te coloquen una prótesis y recibas entrenamiento para aprender a realizar las tareas diarias con tu extremidad nueva.

Quimioterapia

La quimioterapia usa medicamentos potentes contra el cáncer, que se suelen administrar a través de una vena (por vía intravenosa), para destruir células cancerosas. Sin embargo, este tipo de tratamiento funciona mejor que otros para algunas formas de cáncer de hueso. Por ejemplo, la quimioterapia, por lo general, no es muy efectiva para el condrosarcoma, pero es una parte importante del tratamiento para el osteosarcoma y el sarcoma de Ewing.

Radioterapia

La radioterapia utiliza haces de energía de alta potencia, como los rayos X, para destruir las células cancerosas. Durante la radioterapia, te recuestas sobre una camilla mientras

una máquina especial se mueve a tu alrededor y dirige la energía a puntos precisos del cuerpo.

La radioterapia se utiliza a menudo antes de una operación, ya que puede reducir el tamaño del tumor y hacer que sea más fácil extraerlo. Esto, a su vez, puede ayudar a reducir las posibilidades de que sea necesaria una amputación.

La radioterapia también se puede utilizar en personas con cáncer en los huesos que no puede extraerse con cirugía. Luego de la cirugía, la radioterapia se puede usar para destruir células cancerosas que pudieron haber quedado. La radioterapia puede ayudar a las personas con cáncer de hueso avanzado a controlar los signos y síntomas, como el dolor.

Cuidados de enfermería.

En cuanto a las intervenciones propias de la enfermera, éstas irán enfocadas a atender varios aspectos esenciales:

Manejo de la quimioterapia: El mecanismo de acción de las drogas empleadas en este procedimiento consiste en atacar a células de crecimiento rápido. Dado que en el organismo existen células normales que se multiplican con gran velocidad, se destruyen tanto células enfermas como sanas, dando lugar a un gran número de efectos secundarios tóxicos, entre los cuales caben destacar:

- Toxicidad gastrointestinal. Es frecuente que aparezcan náuseas y vómitos, que en caso de no ser controlados adecuadamente pueden derivar en deshidratación. La mucositis también se trata de un problema habitual, consiste en la inflamación o aparición de ulceraciones en el tracto gastrointestinal. Produce dolor y dificultad para masticar y deglutir alimentos. Si no aparece infección, suele cicatrizar por sí sola. Otros efectos secundarios son las alteraciones del gusto, la anorexia, etc.
- Toxicidad hematológica. Debido a que las células hematopoyéticas están en continua renovación, se ven muy afectadas por la quimioterapia. Las alteraciones más frecuentes son: La leucopenia (disminución anormal del número de glóbulos blancos, por debajo de 5000 por mm³). La infección asociada a la leucopenia puede derivar en shock séptico, por ello se debe

informar al paciente que, si presenta fiebre o escalofríos, debe acudir al médico urgentemente. Plaquetopenia, en este caso se deberán controlar los posibles sangrados ya que la hemostasia está comprometida. Otra complicación que aparece con menos frecuencia es la anemia, que suele tratarse con transfusiones sanguíneas.

- Toxicidad cutánea. Se manifiesta mediante cambios en la pigmentación de la piel, alteraciones de los anejos cutáneos, lesiones cutáneas por extravasación local de los fármacos vesicantes, prurito y exantemas. La alopecia es uno de los efectos peor tolerados por los pacientes. La caída del cabello empieza a las 2-3 semanas después del inicio del tratamiento. Es habitual que esté acompañada con dolor en el cuero cabelludo.
- Toxicidad cardíaca. Los síntomas más frecuentes son la bradicardia, taquicardia, arritmias y complicaciones más graves como las isquemias, la insuficiencia cardíaca y el derrame pericárdico.
- Toxicidad gonadal. Una de las consecuencias que lleva consigo la quimioterapia es la esterilidad, que afecta tanto al hombre como a la mujer. En el caso de la mujer la amenorrea suele ser reversible. Con el objetivo de conservar la fertilidad se llevan a cabo técnicas de congelación de óvulos y espermatozoides extraídos antes de iniciar el tratamiento con antineoplásicos. Cabe destacar que, en el caso de los hombres, las posibilidades de esterilidad definitiva son mayores. El papel de la enfermera será el de informar, asesorar y tratar que se facilite la salud reproductiva y la capacidad de concebir.

Manejo de la radioterapia: Hemos de recordar que la radioterapia no es un tipo de tratamiento recomendado para el osteosarcoma, ya que éste es radio resistente al mismo. La radioterapia en estos casos se emplea como tratamiento paliativo del sarcoma de Ewing, aliviando el dolor, controlando hemorragias y aliviando obstrucciones o compresiones medulares. Consiste en la muerte celular de aquellas células cuyo índice mitótico es elevado, afectando en mayor medida a las células cancerosas.

Los órganos más afectados son la piel, la médula ósea, el epitelio gastrointestinal y las gónadas. Los efectos secundarios más frecuentes son:

- Alteraciones de la mucosa de la vía aéreo-digestiva alta. Se produce desepitelización y exudación, edema de submucosa, atrofia de las mucosas...
- Alteraciones de la piel y tejidos subcutáneos: se produce un eritema de la piel seguido de una descamación seca con desprendimiento de la piel. La piel puede oscurecerse y puede secarse y picar. Se produce alopecia en la zona irradiada. Alteraciones sobre el aparato digestivo: dolor, disfagia y espasmos musculares en el esófago. Dolor abdominal, diarreas y náuseas/vómitos.
- Alteraciones sobre el aparato respiratorio: tos seca, disnea, neumonitis y fibrosis en el área tratada.
- Alteraciones genitourinarias: irritación vesical, flujo vaginal, amenorrea, impotencia y esterilidad.
- Alteraciones hematológicas: leucopenia y trombocitopenia.

Cuidados en el período pre y postquirúrgico: En cuanto a las intervenciones enfermeras preoperatorias, éstas van a ir encaminadas a instruir y a apoyar al paciente para disminuir su ansiedad, a hacer que su estado físico y psíquico sea el más deseable antes de la intervención quirúrgica y a que obtenga la información que precise sobre el procedimiento quirúrgico. En el período postoperatorio, el profesional de enfermería tendrá que procurar que el paciente se sienta lo más relajado posible tras la intervención. Es fundamental aliviar el dolor o disminuirlo hasta un nivel de tolerancia que sea aceptable para la persona. Otra intervención de elevado interés es minimizar al máximo el contagio y transmisión de agentes infecciosos, así como la prevención de lesiones. La enfermera también tendrá que facilitar que el paciente mantenga un buen estado nutricional, que recupere los ciclos regulares de sueño/vigilia y que aumente gradualmente la movilidad. Cabe destacar que en todo momento se ha de incluir a la familia durante el transcurso del procedimiento, facilitando de este modo a la persona el afrontamiento tanto de su situación de enfermedad como de la evolución de la misma, incluyendo el proceso de la intervención quirúrgica. Para finalizar, resaltar que la enfermera como en los casos en que se produce una cirugía esquelética llevará a cabo: una vigilancia de los signos vitales, valoración de pérdidas de sangre, etc. También es importante señalar que el área deberá ser inmovilizada bien con férulas o vendajes hasta que el hueso se cicatrice. Una vez efectuada la valoración inicial del paciente, la enfermera determinará la existencia de unos problemas concretos, como:

- Dolor agudo, relacionado con el proceso patológico y la cirugía o tratamiento.
- Riesgo de lesión, pudiéndose producir una fractura, relacionado con la enfermedad.
- Deterioro de la movilidad física, relacionado con el proceso de la enfermedad, el dolor y la debilidad.
- Trastorno de la imagen corporal, relacionado con las propias manifestaciones de la enfermedad o con el tratamiento (principalmente la amputación y la quimioterapia).

LUXACION.

Es la separación permanente de las dos partes de una articulación, es decir, se produce cuando se aplica una fuerza extrema sobre un ligamento, produciendo la separación de los extremos de dos huesos conectados.

Clasificación.

Completas: pérdida total del cartílago articular, las superficies articulares de la articulación están totalmente separadas.

Incompletas: las superficies articulares no están completamente separadas.

Según tiempo de evolución.

Aguda: inmediatamente luego del trauma.

Reciente: de 3 semanas.

Antiguas: más de 6 semanas.

Tipos.

Agudas: son aquellas que se producen tras un traumatismo más o menos fuerte.

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.

Causas comunes:

Hombro: la lesión puede ser hacia adelante o hacia atrás, se ocasiona por un mal apoyo al brazo o movimientos bruscos.

Cadera: provocada por fuertes impactos en la pierna que hacen palanca.

Rodilla: las articulaciones son más complejas, ya que intervienen varios huesos, se puede producir en cualquiera de las uniones, causadas por un mal apoyo o por una rotación forzada y por traumatismos.

Tobillo: suele sufrir más lesiones traumatólogicas, ya que el tobillo debe soportar todo el peso del cuerpo, amortigua los golpes y sufre constantes pisadas en terrenos con desniveles.

Espalda: en casos de un fuerte traumatismo, como una caída o gran altura.

ESGUINCE.

Es una torcedura articular traumática que origina una distensión o una ruptura completa de los tejidos conectivos estabilizadores.

Clasificación.

Primer grado: caracterizado por dolor moderado, escasa inflamación y motilidad normal. (mayor 5% de fibras).

Segundo grado: dolor, pérdida moderada de función, inflamación y a veces inestabilidad ligera. (40 a 50 % de fibras).

Tercer grado: muy doloroso, gran inflamación, pérdida importante de función e inestabilidad, manifiesta ruptura completa de fibras.

Tipos.

Grado 1: consiste en la distensión de parte del ligamento, sin incluir ni rotura ni arrancamiento, por parte del ligamento con respecto al hueso. La zona aparece hinchada y con un dolor de intensidad variable, pero la articulación permite realizar movimientos normales.

Grado 2: consiste en la rotura parcial o total de los ligamentos. La articulación no permite realizar movimientos normales y presenta un dolor intenso.

Grado 3: consiste en la rotura total del ligamento con arrancamiento con respecto al hueso. Puede causar una luxación si provoca la pérdida de la congruencia articular. Es susceptible de tratamiento quirúrgico en estos casos para reparar el ligamento afectado.

Cuando una articulación es forzada más allá de sus límites anatómicos normales se originan cambios adversos en los tejidos, puede distender y desgarrar el tejido, y en ocasiones los ligamentos pueden arrancarse de sus inserciones óseas y los tendones también pueden verse afectados de forma secundaria.

FRACTURAS.

Perdida de continuidad de un hueso, ya sea completa e incompleta, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.

Según etiología.

Fracturas habituales o traumática: son aquellas que se producen en el hueso como resultado de un traumatismo directo o indirecto.

Fracturas por insuficiencia o patologías: es aquella que se produce en el seno de una estructura debilitada del hueso, ya sea por traumas mínimos o espontáneamente.

Fracturas por fatiga o estrés: traumas repetidos de baja energía, que por sí solos no podrían causar fractura.

Tipos de fracturas.

Transversa: perpendicular al eje.

Oblicua: se inclina a la dirección del hueso.

Espiral: sigue un trazo en espiral alrededor del hueso.

Conminuta: tiene 3 o más fragmentos.

Segmentarias: tiene un segmento de hueso fracturado y desprendido.

Por su mecanismo de producción.

Directas.

Son aquellas que se producen cuando el agente traumático actúa directamente sobre el punto de fractura.

Región ósea.

Indirectas.

Son aquellas en las que la solución de continuidad del hueso se produce en un punto distante de aquel donde actúa la fuerza.

Compresión, flexión, cizallamiento, torción y tracción.

Según si hay comunicación o no con el exterior.

Abierta.

Los extremos del hueso sobre sale sobre la piel.

Cerrada.

No hay rotura de la piel.

Grado 0: mínima lesión de partes blandas por mecanismo indirectos.

Grado 1: fractura acompañada de abrasiones superficiales o contusiones producida por mecanismo indirecto.

Grado 2: fracturas con patrón complejo producidas por mecanismo directo acompañadas de contusiones musculares o abrasiones profundas.

Grado 3: fracturas producidas por mecanismo directo de alta energía, con aplastamiento y presenta grave lesión de tejidos.

FRACTURAS DE MIEMBROS INFERIORES.

Fx de cadera.

Las complicaciones de esta fractura van desde distintos grados de discapacidad hasta una completa pérdida de su independencia.

Fx de fémur.

Mecanismo de producción: traumatismo directo e indirecto.

Tratamiento ortopédico quirúrgico.

Osteosíntesis y prótesis de sustitución.

Fx de rodilla.

Traumatismo directo en la parte anterior de la rodilla o un traumatismo indirecto por la intensa tracción ejercida por el cuádriceps.

Tratamiento: inmovilización con rodillera de yeso y patelectomía parcial.

Fx de tibia.

Localización: tercio superior, tercio medio y tercio inferior.

Mecanismo: golpe directo, mecanismo indirecto, por torsión, cizallamiento, flexión y compresión.

Anatomía de rasgo: transversal, oblicuas, espiroideas, conminutas.

Tratamiento: inmovilización de la fractura y osteosíntesis.

Fx de tobillo.

Grupo de lesiones traumáticas más frecuentes de la vida diaria.

Clasificación weber: infrasindesmal, transindesmal y suprasindesmal.

Fx de pie.

Falanges

Bota de yeso.

Metacarpianas.

Bota de yeso e inmovilización.

Calcáneo.

Quirúrgico.

FRACTURAS DE MIEMBROS SUPERIORES

Fx de clavícula.

La clavícula esta sostenida en su porción por la capsula de la articulación acromioclavicular y por los ligamentos coracoclaviculares conoides y trapezoides.

- Tipo 1: estable, mínimamente desplazadas.
- Tipo 2: inestable, desplazadas, desinserción de ligamentos coracoclaviculares.
- Tipo 3: intra articular (estable).

Fx de humero.

Traumatismo de alta tensión.

- Fracturas diafisarias:
- Transversa
 - Oblicua
 - Espiroidea
 - Conminuta.

Tratamiento:

- Yeso colgante.
- Yeso toracobraquiopalmar.
- Velpau
- Brazaletes funcional.

Fx de radio y cubito.

Fx olecranon.

Pueden producir contracciones bruscas del tríceps.

Fx de cabeza de radio.

Ocurre generalmente luego de traumas por caídas con el antebrazo en extensión.

Fx de muñeca.

Caída a nivel con apoyo de muñeca en extensión.

- Tipo 1: no desplazadas.
- Tipo 2: marginales con desplazamiento.
- Tipo 3: conminutas.
- Tipo 4: fractura radial asociada con luxación de codo.

Clasificación AO:

- A: extra articulares.
- B: articulares parciales.
- C: articulares completas.

Bibliografía.

Antología proporcionada por la institución (universidad del sureste). Pag 66-70.

www.drrobertomartineznavas.com

es.slideshare.net. luxación.

<https://es.slideshare.net/jharodriguezto/fracturas-miembros-inferiores-63189443>

<https://es.slideshare.net/mamibrujita/fracturas-de-miembros-superiores>

