

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PLANTEL PALENQUE.

Licenciatura en Enfermería.

MATERIA:

PATOLOGIA DEL ADULTO.

TEMA:

PATOLOGIAS PREVALENTES.

ALUMNA:

LESLEY ELIZABETH GONZÁLEZ HILERIO.

DOCENTE:

L.E JUANA INES HERNANDEZ.

GRADO:

6° CUATRIMESTRE.

FECHA DE ENTREGA:

24 DE JULIO DEL 2020.

CONCEPTOS DE:

ALTERACIÓN MÚSCULO ESQUELÉTICA:

Son lesiones que afectan al aparato locomotor y sus estructuras próximas, como: músculos, tendones y sus vainas, las bolsas serosas que rodean las articulaciones, ligamentos, nervios y vasos sanguíneos.

PROBLEMAS LOCOMOTORES:

Conjunto de sistemas que permiten y dan la habilidad del movimiento al cuerpo de los humanos, y de cualquier ser vivo, así como presentan cualidades de protección para los órganos y el cuerpo en sí. Ej. de problemas locomotores: Osteoporosis, esguinces.

PATOLOGÍA REUMÁTICA DEL APARATO LOCOMOTOR:

El aparato locomotor puede sufrir distintas lesiones debidas a impactos, caídas, accidentes, en la práctica de la actividad física, entre otras causas. Ej. de patologías: Fracturas epifisarias, fracturas de las placas de crecimiento de la epífisis, fracturas de la epífisis, Traumatismos de la epífisis y de los cartílagos de conjunción. Luxaciones. Subluxaciones, Traumatismos de tendones y musculatura.

INVESTIGAR LO SIGUIENTE:

FIEBRE REUMÁTICA:

CONCEPTO:

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:

Los signos y síntomas de la fiebre reumática, que se producen a causa de la inflamación del corazón, las articulaciones, la piel o el sistema nervioso central, pueden incluir lo siguiente:

- Fiebre
- Articulaciones dolorosas y sensibles, con mayor frecuencia en las rodillas, los tobillos, los codos y las muñecas
- Dolor en una articulación que migra a otra articulación
- Articulaciones rojas, calientes o inflamadas
- Protuberancias pequeñas e indoloras debajo de la piel
- Dolor en el pecho
- Soplo cardíaco
- Fatiga
- Erupción cutánea plana o ligeramente elevada, indolora, con un borde irregular
- Movimientos corporales espasmódicos e incontrolables (corea de Sydenham), con mayor frecuencia en las manos, los pies y la cara
- Estallidos de conducta inusual, como llanto o risa inapropiada, que acompañan a la corea de Sydenham

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, epitaxix y en niños, dolor abdominal que puede conducir a diagnósticos erróneos.

TRATAMIENTO:

- Antibióticos. El médico de tu hijo le recetará penicilina u otro antibiótico para eliminar la bacteria estreptocócica restante.
- A las personas que han tenido inflamación del corazón durante la fiebre reumática se les puede sugerir que continúen con el tratamiento antibiótico preventivo durante 10 años o más.
- Tratamiento antiinflamatorio. El médico recetará un analgésico, como aspirina o naproxeno (Naprosyn, Naprelan, Anaprox DS), para reducir la inflamación, la fiebre y el dolor. Si los síntomas son graves o tu hijo no responde a los medicamentos antiinflamatorios, el médico podría recetarle un corticoesteroide.
- Medicamentos anticonvulsivos. Para los movimientos involuntarios severos causados por la corea de Sydenham, el médico podría recetar medicamentos anticonvulsivos, como ácido valproico (Depakene) o carbamazepina (Carbatrol, Tegretol, otros).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Reposo absoluto en cama, durante toda la duración del brote agudo.
- Reducir la fiebre.
- Administración de tranquilizante.
- Aplicar calor local.
- Balance hidroelectrolítico.
- Proporcionar dieta adecuada.
- Vigilar reacciones adversa a medicamentos.
- Orientar al paciente y familiares sobre el tratatamiento y la prevención de las infecciones respiratoria estreptocócicas.

ARTROSIS:

CONCEPTO:

Es una enfermedad reumática crónica que lesiona el cartílago articular.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Dolor
- En ocasiones hinchazón
- Rigidez.
- dolor articular
- La limitación de los movimientos

- Crujidos
- Derrame articular.

DIAGNOSTICO:

- Entrevista clínica.
- Radiografía.
- Tomografía computarizada.
- Resonancia magnética.
- Ecografía de alta resolución.

TRATAMIENTO:

- El principal objetivo del tratamiento en la artrosis es mejorar el dolor y la incapacidad funcional sin provocar efectos secundarios.
- Enseñar a los pacientes a evitar todo lo que contribuye a lesionar las articulaciones como el sobrepeso, los movimientos repetitivos, actitudes inadecuadas en el trabajo, el calzado, los útiles de cocina, el mobiliario, etc.
- Antiinflamatorios y analgésicos de acción rápida.
- Cirugía (Artroplastia)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Recomendar a la persona evitar esfuerzos sobre las articulaciones.
- Animar a la persona para que cumpla el tratamiento prescrito.
- Prestar apoyo emocional y proporcionar aquellas medidas que se prescriban para aliviar el dolor crónico.
- Dieta adecuada.
- Proporcionar la actividad física adecuada.
- Dar a conocer medidas de protección articular.

ARTRITIS REUMATOIDE:

CONCEPTO:

Es un trastorno autoinmunitario que ocurre cuando el sistema inmunitario ataca por error los tejidos del cuerpo.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- 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.

DIAGNOSTICO:

- Exploración física.
- Análisis de sangre.
- Radiografías.
- Ecografías.

TRATAMIENTO:

- El tratamiento comienza temprano con medicamentos conocidos como medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad.
- Terapia.
- Cirugía: 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.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Se debe asistir constantemente al paciente debido a la escasa movilidad.
- Tener las debidas medidas de seguridad ya que es un paciente con alto riesgo de caída.
- 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.
- 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.

TUMORES ÓSEOS:

CONCEPTO:

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

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

DIAGNOSTICO:

- Radiología simple convencional
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Gammagrafía ósea

TRATAMIENTO:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Cirugía:
 - ✓ La cirugía intralesional es aquella en la que se entra en la lesión para efectuar la exéresis del tumor. Es el caso del raspado de un tumor de células gigantes. Esta técnica sólo puede emplearse en los tumores benignos, puesto que en cualquier tipo de sarcoma esta maniobra quirúrgica sería motivo de diseminación y de inmediata recidiva local.
 - ✓ La cirugía marginal es aquella en la que la disección, en el momento de la extirpación, pasa junto a la pseudocápsula del tumor. Sólo es aceptable en sarcomas de partes blandas de difícil reseccabilidad amplia o en zonas muy críticas respecto a vasos y nervios principales de la extremidad. Está totalmente contraindicada en sarcomas óseos.
 - ✓ La cirugía de resección amplia extirpa la tumoración junto con un margen de seguridad de tejidos sanos óseos o de partes blandas que, en nuestros medios, se cifran entre 3 y 5 cm. Es la cirugía más practicada en el salvamento de extremidades y precisa una muy buena definición preoperatoria de la lesión y la guía con biopsias peroperatorias.
 - ✓ La cirugía radical extirpa todo el compartimento anatómico afectado. Sería el caso de la resección completa de un fémur en un sarcoma de Ewing.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Aliviar el dolor.
- Mejorar el bienestar emocional, mental y espiritual.
- Dar apoyo a los miembros de familia de la persona.
- Valoración de signos y síntomas de complicaciones y coordinaciones necesarias.
- Administración de diferentes tratamientos.
- Educación sanitaria.

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.

LUXACIÓN

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

CLASIFICACION

- Congénitas
 - Ocurren en la cadera y la rodilla.
- Traumáticas
 - Ocurren después de caídas, golpes o lesiones rotacionales.
- Patológicas
 - Es una complicación tardía de infecciones, artritis reumatoide, parálisis y enfermedades neuromusculares.

SINTOMAS

- Dolor en la zona lesionada.
 - Inflamación en la zona lesionada.
 - Dificultad para usar o mover la zona lesionada de forma normal.
 - Malformación de la zona luxada.
 - Si afecta a un vaso y se produce una rotura aparece enartrosis y hematomas.
- DIAGNOSTICO**
- Historia clínica
 - La exploración física
 - Radiografía

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.

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.

FRACTURAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES.

FRACTURAS CLAVICULA

DE

Las fracturas de clavícula son lesiones frecuentes del esqueleto, constituyen entre el 4-10% de todas las fracturas en el adulto.

MECANISMO LESIONAL

Caída con traumatismo directo sobre el hombro.

LOCALIZACIÓN DE FRACTURA

- Más frecuente tercio medio (80%)
- Tercio lateral (15%)
- Tercio medial (5%)

SINTOMAS

- Dolor que aumenta al mover el hombro
- Hinchazón
- Sensibilidad
- Hematomas
- Una protuberancia en el hombro o cerca de este.

DIAGNOSTICO

- RX convencionales AP que incluya el humero proximal
- Las lesiones del tercio externo se aprecian mejor con proyecciones AP modificadas con 15 ° de inclinación cefálica y penetración reducida.

TRATAMIENTO

- La mayoría de las fracturas de clavícula pueden ser manejadas con éxito mediante un simple soporte de hombro en cabestrillo ó vendaje en "8" durante 4 semanas.
- La reducción, cuando se consigue, resulta difícil de mantener por las numerosas inserciones musculares que actúan sobre la clavícula.

FRACTURAS ESCÁPULA

DE

La fractura de escápula es infrecuente <1% de todas las fracturas.

Esto es debido a la protección de la cavidad torácica por delante, la gruesa envoltura muscular por detrás y a su movilidad intrínseca que permite que se dispersen las fuerzas.

MECANISMO LESIONAL

Traumatismos de alta energía.

DIAGNOSTICO

- Se suelen identificar en RX de Tórax convencional en pacientes politraumatizados.
- Se deben obtener RX AP escapular estricta y proyecciones lateral y axilar para evaluar de manera sistemática el cuerpo

SINTOMAS

- 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 apariencia normal
- Debilidad, entumecimiento y una sensación de hormigueo en el hombro y brazo.

TRATAMIENTO

La mayoría de las fracturas de escápula pueden manejarse ortopédicamente con un cabestrillo que sujete el peso del brazo y lo fije el tórax hasta la consolidación (3-4 semanas).

FRACTURAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES.

FRACTURAS EXTREMO PROXIMAL DEL HUMERO

Las fracturas del humero proximal son frecuentes, constituyen el 5% de todas las fracturas del adulto.

MECANISMO LESIONAL

- Depende del grupo de edad: en los ancianos son los traumatismos de baja energía por caída sobre el costado o sobre la mano extendida la causante de la fractura.
- En jóvenes se producen por traumatismos de alta energía.
- Otras causas son las fracturas patológicas o las convulsiones (asocian fractura-luxación).

SINTOMAS

- Crepitación
- Tumefacción
- Dolor
- Edema o hematoma sobre el hombro lesionado y el brazo.

DIAGNOSTICO

Las RX básicas en el área de urgencias son la RX AP del hombro (perpendiculares al plano de la escápula y no al plano del torax) y RX lateral de escápula. La RX transtorácica permite descartar luxación gleno-humeral asociada.

TRATAMIENTO

El 85 % de las fracturas de humero proximal en el anciano están constituidas por un fragmento y no están desplazadas y se manejan adecuadamente mediante métodos cerrados. La instauración de tratamiento fisioterápico temprano a las 3 semanas conduce a buenos resultados funcionales.

FRACTURAS DE LA DIÁFISIS HUMERAL

Representan el 3% de todas las fracturas.

Son frecuentes en jóvenes por traumatismos violentos y en mujeres a partir de los 50 años tras sufrir caída casual.

MECANISMO LESIONAL

Traumatismos directos como indirectamente tras caídas de baja energía con el antebrazo en extensión.

DIAGNOSTICO

RX AP y Lateral incluyendo la tanto la epífisis proximal y como la distal del humero.

SINTOMAS

- Dolor
- Equimosis
- Inflamación
- Deformidad

TRATAMIENTO

La mayoría de los casos pueden tratarse mediante procedimientos ortopédicos, pues es un segmento óseo no sometido a cargas y capaz de tolerar sin problemas cierto grado de consolidación viciosa.

FRACTURAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES.

FRACTURAS DE LA EXTREMIDAD DISTAL DEL HUMERO.

Son fracturas que comprometen la movilidad del codo.

CLASIFICACION

- **Fracturas extraarticulares:**
 - Fracturas de los epicóndilos: son fracturas raras. En la mayoría de los casos el desplazamiento es mínimo y el tratamiento consiste en inmovilización con férula 3 semanas y fisioterapia precoz.
 - Fracturas supracondíleas: son infrecuentes en el adulto. Si no están desplazadas (el ángulo condilo-diafisario normal es de 45° y se acepta una pérdida de dicho ángulo de 20°) el tratamiento ortopédico con férula puede dar resultados satisfactorios.
- **Fracturas intraarticulares:**
 - Fracturas de cóndilo humeral: el trazo de fractura discurre en el plano coronal y origina un fragmento articular libre dentro de la articulación por lo que el tratamiento es quirúrgico.
 - Fracturas supra-intercondíleas: son las fracturas del extremo distal del húmero más frecuentes. Los fragmentos óseos se desplazan y rotan por la acción de los músculos flexo-extensores del antebrazo. El tratamiento de elección consiste en reducción abierta y osteosíntesis con placas para conseguir una reducción anatómica estable y movilizar precozmente.

MECANISMO LESIONAL

Traumatismo indirectos por caídas sobre la mano como a traumatismo directo asociando lesión de partes blandas.

DIAGNOSTICO

RX AP, lateral y oblicua de codo de buena calidad para apreciar los trazos intraarticulares, la conminución y el desplazamiento de los fragmentos.

TRATAMIENTO

La mayor parte de las fracturas del extremo distal del humero requieren fijación quirúrgica.

FRACTURAS DE CABEZA DE RADIO

Son fracturas frecuentes, representan el 20-30% de las fracturas del codo.

MECANISMO LESIONAL

Generalmente son causados por traumatismos indirectos al caer sobre la mano en extensión.

DIAGNOSTICO

RX AP y lateral de codo puede ser suficiente pero ante la duda en fracturas o desplazadas se debe completar con proyecciones oblicuas.

CLASIFICACION

- Tipo I: fractura de cabeza o cuello no desplazada desplazamiento < 2 mm que no limita la prono-supinación
- Tipo II: : fractura de cabeza o cuello con desplazamiento > 2 mm que bloquea la pronosupinación
- Tipo III: fractura conminuta de la cabeza o cuello de radio.

TRATAMIENTO

- **CONSERVADOR:** en tipo I. Se inmoviliza la extremidad con una férula posterior durante 2-3 semanas.
- **QUIRÚRGICO:** los tipos II y III. Recordad que si afecta >1/3 del diámetro de la cabeza o está desplazado >2mm existe indicación de osteosíntesis.

FRACTURAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES.

FRACTURAS METACARPIANOS

DE

El 5° MTC constituye el 50% del total de fracturas de los MTC.

SINTOMAS

- Dolor
- Tumefacción
- Deformidad
- Crepitación.

TRATAMIENTO

- La mayoría de la fracturas de MTC pueden tratarse adecuadamente mediante medidas conservadoras.
- Las fracturas de la base de 2° a 5° MTC generalmente no están desplazadas y consolidan bien tras inmovilización con férula antebraquio-palmar (3-4 semanas).
- Las fracturas diafisarias sin desplazamiento se tratan con férula antebraquio-digital con la muñeca en extensión de 40°, las articulaciones MTCF en 80° de flexión y las interfalángicas libres (3-4 semanas).

DIAGNOSTICO

RX AP y oblicua de mano.

MECANISMO LESIONAL

Son consecuencia de traumatismos directos en la mano o indirectos con torsión en pacientes jóvenes. El patrón de fractura dependerá del mecanismo de lesión.

FRACTURAS FALANGES

DE

Las fracturas de la mano son fracturas muy frecuentes y a menudo tratadas de forma incorrecta en urgencias y en consulta.

Un tratamiento inadecuado acaba produciendo una importante morbilidad en la función de la mano.

DIAGNOSTICO

RX AP, lateral y oblicua de mano.

TRATAMIENTO

La mayoría pueden ser tratadas con medias conservadoras empleando férulas digitales metálicas 2-3 semanas asociadas o no a osteosíntesis percutaneas con agujas de Kirschner, y posterior movilización con sindactilia otras 2 semanas.

MECANISMO LESIONAL

Traumatismos directos en los dedos y traumatismo indirectos rotacionales generan diversos tipos de fracturas de falanges.

SINTOMAS

- Deformidad
- Crepitación
- Dolor

FRACTURAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES

FRACTURAS DE LA PELVIS

CLASIFICACION

Son lesiones graves, donde se ve afectada la integridad de los huesos o ligamentos, es decir: el sacro, las articulaciones sacroilíacas, los huesos iliacos o la sínfisis del pubis.

- **Fracturas sin afectación del anillo pelviano:** Se trata de lesiones estables. Dentro de este grupo se incluyen las siguientes fracturas: de íleon, unilaterales de ramas púbicas, con arrancamiento de puntos de inserción muscular (típica de atletas), del sacro y del cóccix.
- **Fracturas que comprometen el anillo pelviano:** Provocan una ruptura del anillo pélvico, lo que repercutirá en la estática y dinámica del paciente. las siguientes fracturas: por compresión anteroposterior, por compresión lateral y por cizallamiento vertical.
- **Fracturas del acetábulo:** Consecuencias de traumatismos de gran energía, en sentido longitudinal del miembro inferior o en sentido lateral sobre el trocánter mayor.

SINTOMAS

- Entumecimiento o sensación de hormigueo en la ingle o en la parte superior de los muslos.
- Molestia o dolor al sentarse, estar de pie, caminar o tener una evacuación intestinal.

DIAGNOSTICO

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

TRATAMIENTO

- En las fracturas estables de menor importancia, por lo general sólo analgésicos y caminar
- En las fracturas graves, un sistema de fijación externa o cirugía para inmovilizar la pelvis
- Si es necesario, procedimientos para detener el sangrado

FRACTURA CADERA

DE

Es una ruptura del hueso del muslo justo debajo de la articulación de la cadera.

ETIOLOGIA

- Caídas (la causa más frecuente de fracturas de cadera)
- Osteoporosis: condición debilitante de todos los huesos, incluso los de la cadera
- Accidentes automovilísticos y otros tipos de traumatismos mayores

SINTOMAS

- Dolor de cadera
- Dificultad o incapacidad para permanecer de pie, caminar o mover la cadera
- Apariencia anormal de una pierna fracturada

DIAGNOSTICO

- Radiografía: para determinar con exactitud dónde se fracturó el hueso y cuánto se han dislocado las piezas
- Escáner óseo o imagen de resonancia magnética: se utilizan si la fractura no aparece en las radiografías pero los síntomas indican la presencia de una fractura.

TRATAMIENTO

Cirugía.
Asistencia física

FRACTURAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES

FRACTURA RODILLA

DE

Es la rotura o quiebra de uno de los huesos que componen la articulación (fémur, tibia, peroné y rotula).

SINTOMAS

- Dolor e impotencia funcional
- Encontrándose la rodilla edematizada por el hemartros a tensión que se produce.
- Amplitud de movimiento limitada.

DIAGNOSTICO

- Radiografía
- Tomografía computarizada
- Resonancia magnética

TRATAMIENTO

- Reducción con tracción y aplicación precoz de yeso.
- Cirugía

FRACTURA ROTULA

DE

Es el componente principal del aparato extensor de la rodilla

MECANISMOS

- Directa: el mecanismo directo es el más común. Se produce por el golpe directo en la cara anterior de la rótula o una caída fuerte sobre la rodilla.
- Indirecta: se presenta con menor frecuencia, llamadas fracturas por estrés, son causadas por un movimiento violento de tracción del cuádriceps sobre la parte superior de la rótula (avulsión por atracción violenta)

CLASIFICACION

- Transversal. Es la más frecuente y se suele producir por mecanismo indirecto.
- Vertical o longitudinal. Estas son las menos frecuentes y se pueden producir en el medio de la rótula o como fracturas marginales.
- Conminuta. Cuando la rótula por un traumatismo directo se queda en fragmentos.

SINTOMAS

- Dolor fuerte en la cara anterior de la rodilla.
- Inflamación y posible impotencia funcional.
- Crecipitaciones

TRATAMIENTO

Siempre que exista incapacidad para la extensión (bastante frecuente) de la rodilla tiene que ser quirúrgico y tiene por finalidad restablecer la continuidad del aparato extensor.

FRACTURAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES

FRACTURAS DEL PLATILLO TIBIAL

Es una fractura de hueso o rompimiento en la continuidad del hueso que ocurre en la parte próxima a la tibia o espinilla llamada meseta tibial; afectando la articulación de la rodilla, la estabilidad y el movimiento.

ETIOLOGIA

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.

SINTOMAS

- Dolor
- Tumefacción
- Incapacidad funcional
- Movilidad anormal.

DIAGNOSTICO

- Radiografías.
- Tomografías.

TRATAMIENTO

La inmovilización con férula larga en 20° de flexión de rodilla y la aplicación de hielo para frenar la inflamación.

FRACTURAS DEL PIE

Es una lesión de los huesos. Puedes sufrir una fractura de pie durante un accidente automovilístico o por un simple traspie o caída.

CLASIFICACION

- Astrágalo: se deben a un mecanismo indirecto de dorsiflexión asociado a un componente de rotación.
- El tratamiento ortopédico se hace con inmovilización con bota de yeso en equino y el quirúrgico consistirá en una síntesis rígida con tornillos.
- Calcáneo: Se producen por precipitación desde gran altura o accidente de tráfico.
- El tratamiento ortopédico y quirúrgico estará encaminado a mantener la función articular, con carga a los tres meses.
- Escafoides: las no desplazadas se tratan de forma sintomática o cerrada simple y las desplazadas con reducción, fijación o ambas.

SINTOMAS

- Dolor punzante inmediato
- Dolor que aumenta con la actividad y disminuye con el descanso
- Hinchazón
- Hematomas
- Sensibilidad
- Deformidad

TRATAMIENTO

- Reducción.
- Inmovilización
- Cirugía

BIBLIOGRAFIA: ANTOLOGIA LEN604 PATOLOGIA DEL ADULTO.