



Nombre de alumnos: Marisol Castro Argueta.

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano.

Nombre del trabajo: Ensayo.

Materia: Enfermería Medico Quirúrgica.

Grado: 6to Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 09 De Julio de 2020.

ENFERMERIA MEDICO QUIRURJICA

Esta materia nos ha enseñado grandes cosas para que el enfermero pueda aprender todo lo relacionado sobre pacientes dentro del quirófano, así también antes y después. Lo que se le conoce como pre y post operatorio. El enfermero tiene que ser capaz de poder atender de una manera correcta a los pacientes así como saber prepararlos física y emocionalmente y que este se sienta a gusto al momento de una intervención quirúrgica.

Un punto importante son los cuidados que se le realiza a pacientes con alteraciones musculoesqueléticas. Para empezar el sistema que se ocupa del movimiento de nuestro organismo. Son huesos unidos por articulaciones, puestos en movimiento por los músculos al contraerse, gracias a los nervios y a los vasos (los nervios permiten el movimiento). El hombre es el único animal que se a puesto totalmente recto y tiene el movimiento de la pinza (con el dedo gordo).

HUESOS: está compuesto por: 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 (Eliminan los osteocitos muertos o no madurados y reparan las fracturas). 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. Esta esquematizado por: Hueso compacto: laminas unidas unas u 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 y por una serie de celdillas que se encuentran a su alrededor en donde se halla la médula roja. Hueso esponjoso: se le llama así por su aspecto, y se encuentra en el interior. Placa epifisaria: línea que cruza al hueso de forma horizontal y es por donde este va creciendo, haciéndose cada vez más pequeña. 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) y Huesos irregulares (vértebras, maxilar). Funciones del hueso: Soporte de todos los tejidos circulantes, Protección de los órganos vitales, Movimiento, Hematopoyesis, Almacenamiento de sales minerales y Reparación.

MÚSCULOS: Órgano con capacidad para contraerse. Se dividen en: De fibra lisa: contracción involuntaria (Vegetativo), De fibra estriada: Contracción voluntaria (SNC). Es el esquelético, cardiaco: 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), si la contracción se produce de forma eléctrica es que se ha dado de forma externa. Tipos de contracción muscular: 1. Tónica: continua parcial (tono). 2. Isotónica: cambia la longitud del músculo manteniendo la tensión. 3. 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 y Presión: comunicación de un impulso de fuerza a determinada superficie.

ARTICULACIONES: Puntos donde entran en contacto unos huesos con otros. Tipos de articulaciones: Sinartrosis: inmóviles, Anfiartrosis: ligeramente móviles (pelvis) y Diartrosis: libremente móviles, son la mayoría del cuerpo, son las más afectados por lesiones y/o enfermedades y permiten muchos movimientos 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, Circunducción: combinación de movimientos para que el extremo distal del hueso.

Valoración y problemas generales en pacientes con alteraciones musculoesqueléticas.

Historia del paciente: De gran importancia para identificar diagnósticos, Datos demográficos: sexo, edad, Enfermedades y accidentes previos: -En el anciano disminuye el reflejo del SNC, así como la coordinación y 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. -Ocupación laboral. -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.

Pruebas diagnósticas: a) Laboratorio: -Sin preparación especial (a veces en ayunas). -Calcio: da fuerza estructural al hueso. -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. B) Por imagen: -Radiográficas: -Antero/posterior, laterales, oblicuas. -Fracturas, articulaciones alteradas. -Cuidados: explicar técnica y finalidad. -TAC: -Identificar fracturas de difícil localización (vertebral). RMN: -Imágenes de alta definición: procesos inflamatorios, tumores óseos. -Cuidados: explicar técnica, finalidad, conveniencia de permanecer en reposo. -Gammagrafía ósea: -Contraste con isótopos. -Procesos infecciosos: osteomielitis. -Cuidados: administración intravenosa. Indicar que finalizada beba mucha agua para la eliminación. -Electromiograma: -Estudio de la actividad eléctrica del sistema musculoesquelético. -Cuidados: Explicar que la técnica es indolora, solo molesta. c) Pruebas específicas: -Punción articular, -Arthrografía, -Arthroscopia y -Biopsia.

Alteraciones articulares.

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS:

A) **ARTROSIS:** Consiste en una degeneración del cartílago en formación de osteolitos en el borde articular y engrosamiento capsular y membrana sinovial: - Degeneración / Atrofia del cartílago, Endurecimiento del hueso, Alteración morfológica articular, Calcificación de ligamentos, Lenta y Número reducido de articulaciones que atacar, sobretodo de la cadera, manos y rodilla. 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. 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 enfermeros: - 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.

B) **OSTEOPOROSIS:** Trastorno degenerativo más común en el mundo. Incide en mucha población. En América hay más de 40 millones de mujeres afectadas. Disminución de la masa ósea por aumento de la resorción sobre la producción. Debilidad estructural del hueso. Tipos de osteoporosis: -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). -Otras causas: -Trastornos endocrinos: hiperparatiroidismo. - Diabetes, nefropatías, artritis reumatoide. -Síndrome de Cushing: aumento de glucocorticoides y glucosa suprarrenal.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PROCESOS ARTICULARES, OSTEOPOROSIS Y OSTEOMIELITIS.

Procesos articulares:

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 enfermeros: -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.

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

Cuidados enfermeros: -Control de la aparición, tipo y localización del dolor. -Aplicar técnicas de termoterapia para aliviar el dolor y relajar la musculatura. -Administrar los fármacos prescritos. -Evaluar la respuesta al dolor tras la analgesia. -Ejercicios activo/pasivos para conservar el tono muscular. -Evitar sobrecarga en la articulación afectada. -Colocar férulas, reposo.

Osteomielitis: Tratamiento: 1.-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). 2.-Crónica: Tratamiento quirúrgico para extirpar fragmentos necróticos. hueso debilitado. -A veces, injertos óseos.

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). La escápula es el hueso grande y plano, formado como un triángulo y situado a cada lado de la parte superior de la espalda. Una fractura escapular también afecta otras partes del cuerpo, particularmente la clavícula, el húmero, los pulmones y el pecho.

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. Esto podría suceder durante una pelea, un accidente automovilístico o en cualquier deporte de contacto, como el fútbol americano o el hockey.

Los signos y síntomas de una fractura escapular:

- 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.

Los riesgos de una fractura escapular: Usted podría sangrar o contraer una infección si le realizan una cirugía. Se le podría formar un coágulo de sangre en el brazo. El coágulo podría desprenderse y viajar a su corazón o cerebro y crear problemas de peligro mortal, como un ataque al corazón o un derrame cerebral. Si no se tratan, es probable que sus huesos no vuelvan a como a su estado normal. Usted podría perder la fuerza en su mano o tener problemas para mover su brazo.

LESIONES DEL MIEMBRO INFERIOR Y CINTURÓN PÉLVICO.

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. Los navegantes, son atletas de élite en el mar y cualquier lesión por mínima que sea, pero dolorosa, condiciona una bajada del rendimiento y el no poder exponerte a situaciones límite. Una buena inmovilización y analgesia son las bases del tratamiento.

PATOLOGÍAS MÁS COMÚNES:

1. LESIONES DE RODILLA: La articulación de la rodilla la forman: el fémur, la tibia y la rótula. Esta articulación se halla envuelta por un manguito fibroso denominado cápsula articular. La cápsula está reforzada por los ligamentos periféricos y centrales de la rodilla, que son los siguientes: a) Complejo estabilizador anterior, formado por: el tendón rotuliano, el tendón cuadricipital, las aletas rotulianas y las menisco-rotulianas. b) Complejo estabilizador posterior, constituido por la cápsula posterior y por las expansiones de los músculos vecinos (los gemelos y el sóleo). c) Complejos estabilizadores laterales, el ligamento lateral interno (L.L.I.) y el ligamento lateral externo (L.L.E.). d) Complejo estabilizador central, formado por los Ligamentos cruzados, el ligamento cruzado anterior (ACL) y el ligamento cruzado posterior (PCL).

El ligamento lateral interno (L.L.I.) se encuentra en la cara interna de la rodilla uniendo el fémur con la tibia. Está compuesto por dos haces o fascículos.

El ligamento lateral externo (L.L.E.) se encuentra en la cara externa de la rodilla uniendo el fémur con la cabeza del peroné (fíbula). A diferencia de cómo ocurre con el ligamento lateral interno.

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. Se trata de las fracturas que se producen en la extremidad proximal del fémur. Estas se clasifican en: 1. 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. 2. 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. 3. 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. 4. Fractura subtrocantérica: se localiza en el eje largo del fémur inmediatamente debajo del trocánter menor y se puede extender hacia la diáfisis del fémur.

Las actividades que realiza el personal de enfermería se encaminan a prevenir una nueva caída, así como a evitar lesiones o complicaciones derivadas de la propia fractura o luxación, por lo tanto, día a día se hacen observaciones continuas de la tracción sobre partes blandas:

Definición: Una tracción de partes blandas se utiliza para mantener una tracción constante de una extremidad inferior fracturada, asegurando así una correcta colocación y alineación. Este tipo de tracción puede ser colocada antes y después de una intervención quirúrgica.

Objetivo general: Mantener la inmovilización de la fractura y/o extremidad.

ALTERACIONES OSTEO ARTICULARES QUE REQUIERAN CIRUGÍA.

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS:

A) **ARTROSIS:** Consiste en una degeneración del cartílago en formación de osteolitos en el borde articular y engrosamiento capsular y membrana sinovial: - Degeneración / Atrofia del cartílago, Endurecimiento del hueso, Alteración morfológica articular, Calcificación de ligamentos, Lenta y Número reducido de articulaciones que atacar, sobretodo de la cadera, manos y rodilla. 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. 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 enfermeros: - 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.

B) **OSTEOPOROSIS:** Trastorno degenerativo más común en el mundo. Incide en mucha población. En América hay más de 40 millones de mujeres afectadas.

Disminución de la masa ósea por aumento de la resorción sobre la producción.
Debilidad estructural del hueso

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA OSTEO ARTICULAR.

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.

Objetivo: No existe ansiedad o está disminuida.

Actividades de Enfermería: 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. Actividades lúdicas y recreativas.

FASE POSTOPERATORIA:

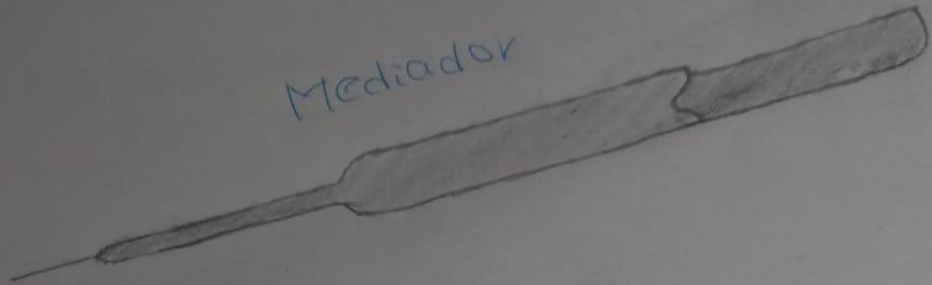
Valoración:

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.

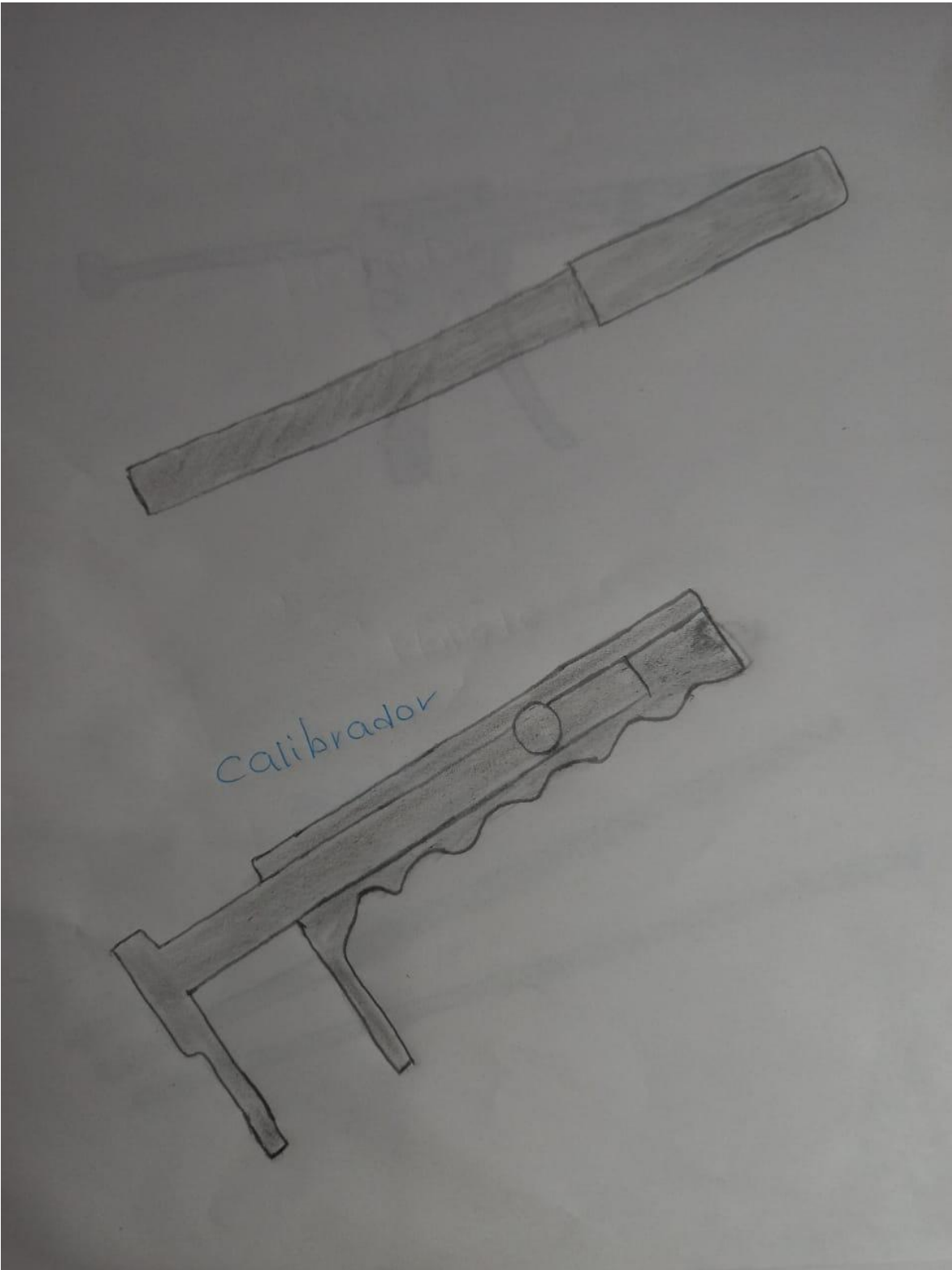
Movilidad articular: Inmovilidad prescrita, movilidad de las zonas no intervenidas, posición de la zona operada y del cuerpo en general, necesidad de cambios posturales, etc.

Mediador



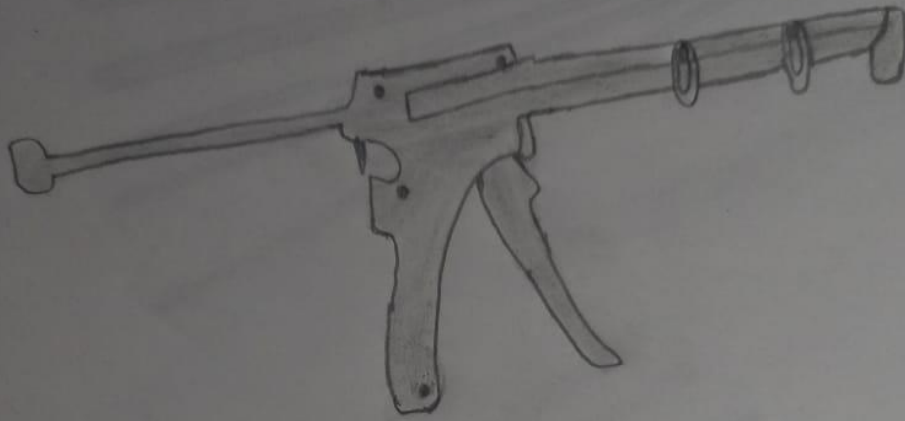
Mallette



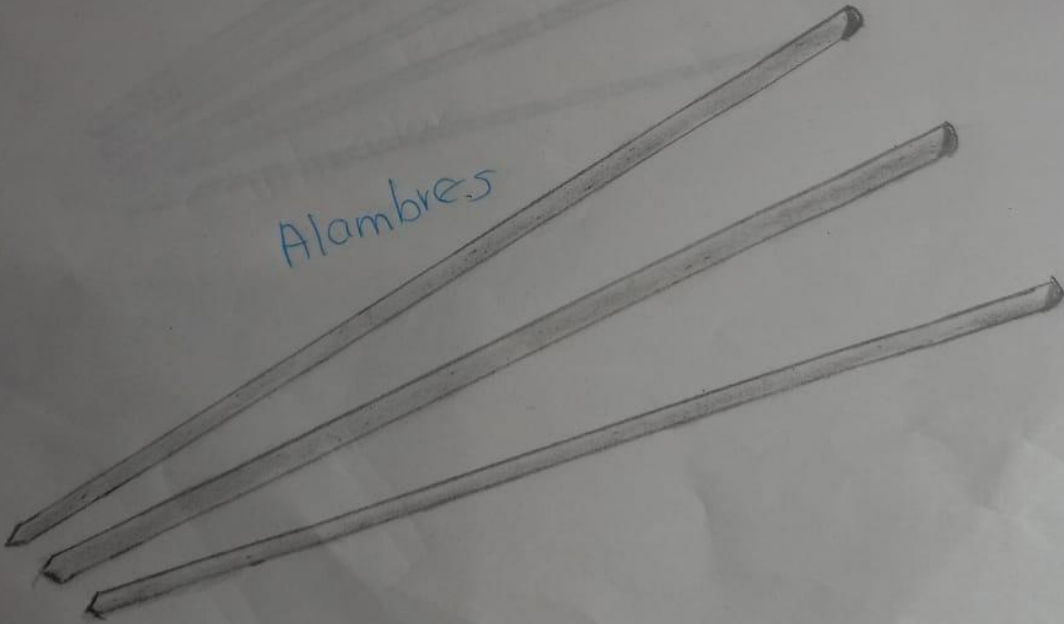


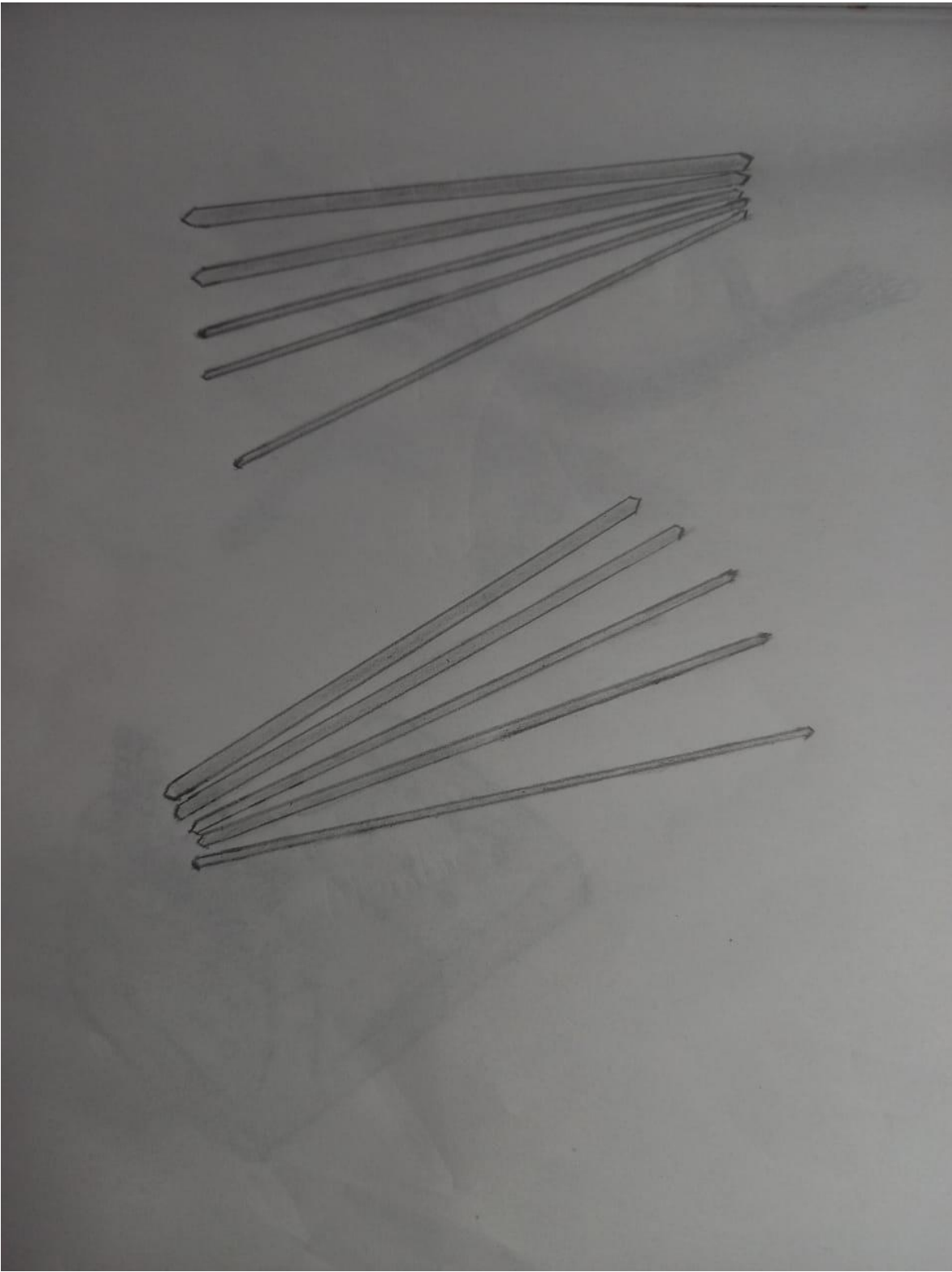
calibrador

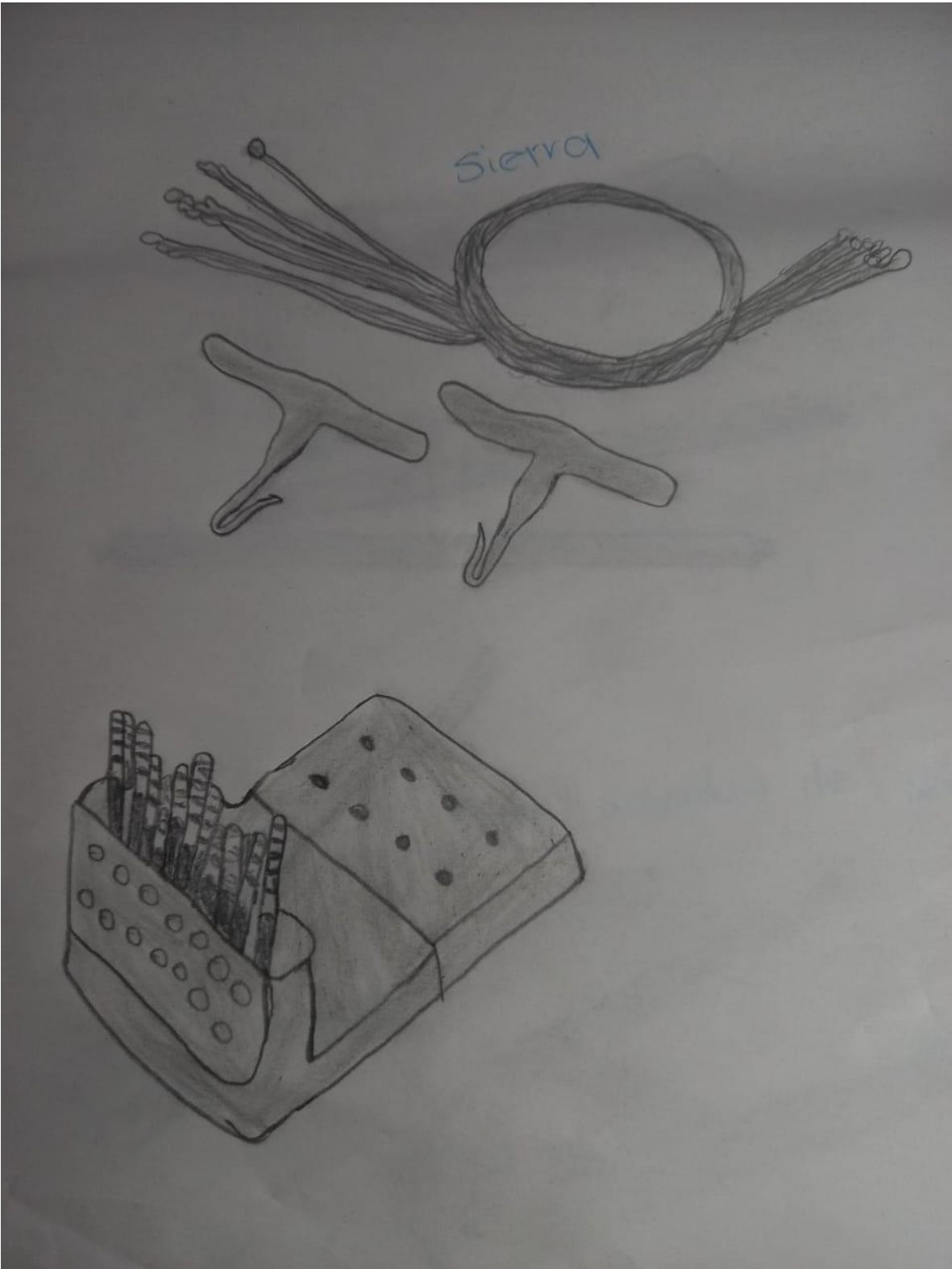
Pistola cemento óseo

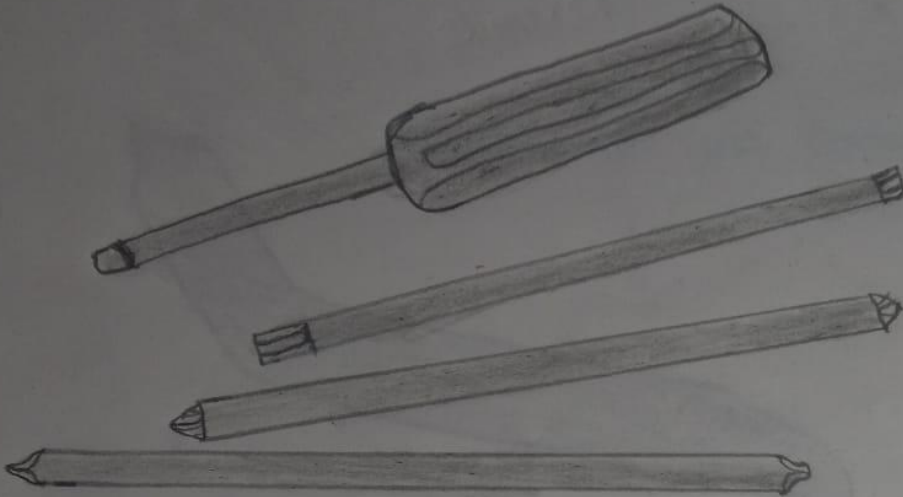


Alambres









Pinza dobladora de placas



Separador de cadera.



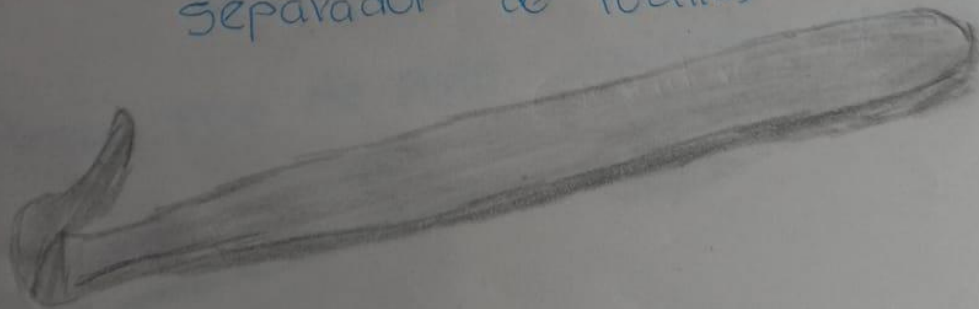
Elevadores de ciego



Pinza pico de pato rectas

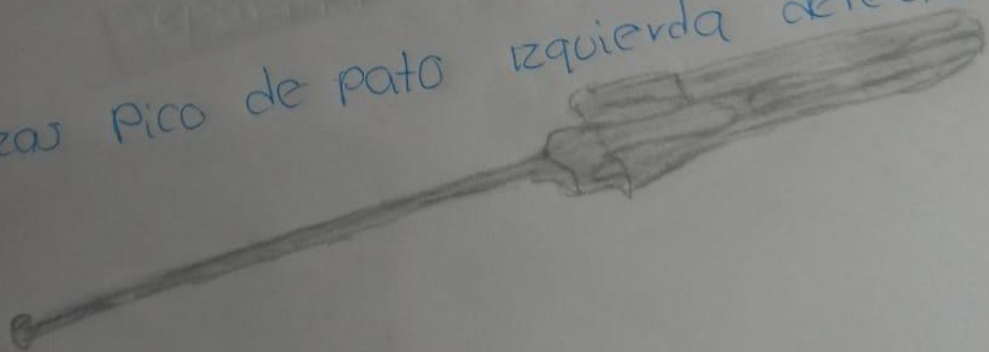


separador de rodillas

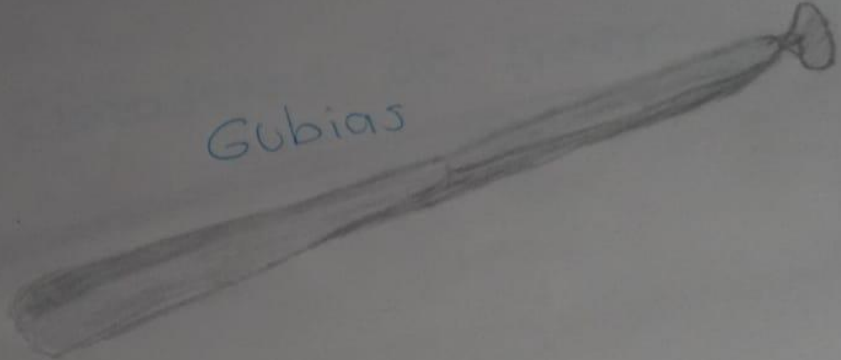




Pinzas Pico de pato izquierda derecha



Gubias



osteotonos



Elevadores de freer

Elevadores

de freer

