



**Nombre de alumnos: Azucena Ramírez Hernández**

**Nombre del profesor: Javier Gómez galera**

**Nombre del trabajo: Super nota**

**Materia: Enfermería medico quirúrgica**

**Grado: "6"**

**Grupo: "A"**

Pichucalco, Chiapas 9 de julio de 2020

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. La cirugía es la indicación básica del tratamiento de las fracturas de cadera, ya que sólo con ella es posible que el paciente pueda volver cuanto antes a caminar e integrarse a sus actividades anteriores. Cuando se trata de una fractura del cuello del fémur, la extirpación de la cabeza femoral, seguido de la colocación de una prótesis, es la técnica más común, y es tanto más utilizada cuanto mayor edad tenga el paciente. No obstante y cada vez con mayor frecuencia, estos pacientes tienen que permanecer inmovilizados en cama varios días antes de que se les pueda practicar la intervención quirúrgica para el reemplazo de la articulación(5). Por ello, el anciano con fractura de fémur es, con frecuencia, un paciente médicamente complejo, con descenso de la reserva fisiológica y de la capacidad de respuesta a factores de estrés, intrínsecos y extrínsecos, que presenta problemas nutricionales, deshidratación, fragilidad, pluripatología, polifarmacia, etc. Con frecuencia el tratamiento ortopédico es la forma habitual en el manejo inicial, en espera de una evaluación prequirúrgica. Se prefiere una tracción de partes blandas, considerando que el tiempo que se habrá de mantener será necesariamente breve. Con ello se aliviará el dolor, se corrige el alineamiento de los fragmentos, se controla y se corrigen factores fisiológicos que puedan ser deficitarios, mientras se resuelve el tratamiento definitivo(3). En el caso de una fractura se procederá – en la mayoría de los casos– , a poner una tracción blanda, cuyo protocolo y plan de cuidados trataremos. En otros casos, se procede a colocar una tracción esquelética Imagen 2, aquella en la que la fuerza de tracción se aplica directamente al esqueleto, por medio de clavos de Steinman o agujas de Kirschnerb. A dichos clavos o agujas se les aplica un estribo al que se le carga el peso mediante una cuerda y poleas. 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 como desglosamos a continuación. 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.

Objetivos Objetivo general Mantener la inmovilización de la fractura y/o extremidad. Objetivos específicos – Aliviar el dolor. – Favorecer el confort del paciente. – Proporcionar la mejor calidad en los cuidados de enfermería Observar

aparición de complicaciones que pudieran agravar su estado de salud. Población diana – Pacientes intervenidos de prótesis de cadera y que han sufrido una luxación en el postoperatorio y en espera del dispositivo antiluxación. – Pacientes ingresados con fractura precantérea o intertrocantérica de fémur, pendiente de intervención quirúrgica. – Prevención de riesgos para el paciente – Dermatitis y/o alergia al adhesivo. Materiales – Guantes – Equipos de protección individual si hay contacto cutáneo– mucoso con fluidos biológicos. – Sistemas de tracciones (pesas, poleas). – Equipo de tracción cutánea. – Férula de Braun Imagen 2 (férula metálica, rígida, no regulable, que mantiene el miembro inferior elevado en la cama en posición funcional) o cojín bajo la pierna traccionada. La férula definitiva está concebida para la inmovilización, y principalmente para aliviar las algias. – Esponja y agua. El tratamiento debe estar dirigido a conseguir la consolidación de la fractura en buena posición mediante tracciones blandas y sin deformidad, y al mismo tiempo permitir una movilización en cama lo más precoz posible y una posterior deambulacion, también lo más precoz posible. La movilización precoz es esencial para prevenir las complicaciones del encajamiento y acondicionamiento, siendo recomendable iniciar la rehabilitación al día siguiente de la intervención quirúrgica, esto es especialmente beneficioso para los pacientes ancianos. Por tanto, si el paciente no presenta descompensación de base, ni contraindicación farmacológica el paciente anciano debería beneficiarse de una intervención precoz, dentro de las primeras 48 horas, ya que eso permite una precoz rehabilitación, menor tasa de complicaciones postoperatorias, menor estancia hospitalaria y menor mortalidad. A la hora de tratar las lesiones oftálmicas, el personal de Enfermería desempeña un papel importante, ya que está preparado para realizar distintas funciones como: una valoración básica, colaborar en el diagnóstico, derivar a oftalmología, o aplicar tratamientos prescritos. Son fracturas potencialmente graves, en las cuales, el mecanismo de lesión y su intensidad condicionan el grado tanto de morbilidad como de mortalidad de las mismas. Se pueden clasificar en: *Fracturas de baja energía*: son lesiones aisladas que no afectan a la integridad del anillo pélvico. Aparecen frecuentemente en caídas de ancianos o como avulsiones óseas en pacientes más jóvenes. Se tratan de fracturas estables.

*Fracturas de alta energía*: aparecen en accidentes de tráfico, precipitados, accidentes laborales, etc. en las cuales se produce una rotura del anillo pélvico, lo que aumenta exponencialmente la aparición de lesiones neurovasculares y/o de órganos intraabdominales que pueden comprometer la vida del paciente. Son fracturas generalmente inestables. Una adecuada anamnesis (mecanismo de lesión) y exploración física son imprescindibles. En primer lugar hay que valorar el estado hemodinámico (A B C: vía aérea, respiración, circulación) y posteriormente se debe realizar una inspección completa de la zona lesionada (presencia de fractura abierta, deformidad en miembros inferiores, presencia de hematuria u otras alteraciones urológicas o genitales, hematoma peritoneal, lesiones gastrointestinales, etc), para finalmente valorar la estabilidad de la pelvis mediante palpación y compresión AP y lateral (tener cuidado con no inestabilizar al paciente con estas maniobras

Estudio radiográfico: son básicos una AP pelvis, así como una radiografía inlet (45° superior) y outlet (45° inferior). Pueden utilizarse las proyecciones alar y obturatriz para valoración de acetábulo y radiografías de tórax y miembros inferiores para descartar otras lesiones asociadas.

TAC/Body TAC: mejora la clasificación de la fractura, así como el despistaje lesiones genitourinarias asociadas, hemorragia activa, hematomas...

4. Analítica: bioquímica, hemograma y coagulación.

5. Pruebas específicas: lesiones gastrointestinales (ecografía abdominal, punción lavado-peritoneal, TAC abdominal, arteriografía), lesiones urológicas (uretrografía, cistografía). *Fracturas estables*: habitualmente tratamiento conservador. Reposo relativo durante 3-4 semanas, posteriormente iniciar deambulación según tolerancia. Control del ritmo intestinal (*Fracturas inestables*: valoración de estado hemodinámico del paciente (ABC).

– Paciente estable: ingreso en UCI, pruebas complementarias + manejo definitivo de fractura y lesiones asociadaevitar íleo paralítico). Analgesia. Profilaxis tromboembólicaSon lesiones producidas por traumatismos de alta energía (accidentes de tráfico, precipitaciones, etc.) y se asocian hasta en un 50% de ocasiones con otras lesiones. Suponen una urgencia traumatológica absoluta, debido al riesgo de osteonecrosis de la cabeza femoral Se clasifican en anteriores, centrales (infrecuentes) y posteriores (son la más habituales y pueden asociarse con lesiones del nervio ciático en 10-20% casos). Para el diagnóstico de sospecha suele bastar con una buena anamnesis (conocer el mecanismo) e inspección del paciente, para posteriormente realizar una exploración clínica completa (exploración neurovascular, abdominal, torácica, columna vertebral, valorar estabilidad de pelvis y miembros inferioresEl diagnóstico se confirma con radiografías AP y oblicuas de pelvis y fémur. Se solicitará un TAC para la planificación quirúrgica y valorar la existencia de fracturas asociadas o incongruencia articular tras la reducciónEl objetivo de este documento es dar a conocer a la comunidad científica y a los profesionales que tratan a pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) las alteraciones osteoarticulares más relevantes, así como su diagnóstico y tratamiento

Estas recomendaciones han sido consensuadas por un panel de expertos del Plan Nacional sobre el Sida (PNS) y del grupo de Estudio de Sida (GESIDA). Para ello se han revisado los resultados sobre eficacia y seguridad de ensayos clínicos y estudios de cohortes y de farmacocinética publicados en revistas biomédicas (PubMed y Embase) o presentados a congresos. Se han definido tres niveles de evidencia según la procedencia de los datos: nivel A, estudios aleatorizados y controlados; nivel B, estudios de cohortes o de casos y controles; y nivel C, estudios descriptivos u opinión de expertos. En cada una de las situaciones se ha decidido recomendar, considerar o no recomendar. La disminución de la densidad

de la masa ósea es la afectación más frecuente en el paciente con infección por el VIH. Afecta principalmente durante el primer año de tratamiento con terapia antirretroviral (del 2 al 4%), con recuperación parcial posterior. Estaría recomendada la realización de un DXA a pacientes con infección por el VIH mayores de 50 años y/o que presenten factores de riesgo o antecedentes de fracturas óseas. El tratamiento con bifosfonatos ha demostrado ser eficaz. Las infecciones osteoarticulares son más frecuentes que en población no infectada. Por ello, se debe tener en cuenta el nivel de inmunosupresión, la práctica de riesgo y el tratamiento antirretroviral para un correcto enfoque diagnóstico y terapéutico. Las pruebas analíticas y de imagen recomendadas en los procesos músculo-esqueléticos en el sujeto con VIH son las mismas que en la población general. En pediatría, la osteonecrosis y la disminución de la densidad mineral ósea son las alteraciones más frecuentes. Es necesario un diagnóstico precoz de las alteraciones óseas. Hay que incidir en evitar los factores de riesgo modificables e iniciar tratamiento cuando sea necesario. Los bifosfonatos se han mostrado eficaces en la osteoporosis