



DOCENTE: JAVIER GOMEZ GALERA

ALUMNA: PAOLA PINTO PEREZ

MATERIA: ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO

CARRERA: ENFERMERIA

CUATRI: 6 to

PICHUCALCO, CHIS. JULIO, 2021

SUPER NOTA

Cuidados de enfermería lesiones del miembro inferior y cinturón pélvico

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 cuadrilátero, 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. Las fibras más anteriores del ligamento lateral interno forman el “fascículo superficial” y las fibras más posteriores el “fascículo profundo”. El fascículo profundo se halla en contacto íntimo con la articulación de la rodilla a través de la cápsula articular que se adhiere al menisco interno (mediales meniscos).

LESIONES DE TOBILLO: Recuerdo anatómico: La articulación del tobillo la forman: la tibia, el peroné y el hueso astrágalo. Esta articulación se halla envuelta por ligamentos y por tendones. Ligamentos: En la cara externa se encuentra el ligamento lateral externo (LLE) que a su vez está formado por tres haces; el ligamento peroneo-astragalino-anterior (PAA), el ligamento peroneocalcáneo (LPC) y el ligamento peroneo-astragalino posterior (PAP). En la cara interna del tobillo se encuentra el ligamento lateral interno que por su forma de ala delta es conocido como Ligamento Deltoides. Tendones: En la cara externa, por encima de los ligamentos externos de tobillo, tenemos los tendones llamados Perones que ayudan al LLE en caso de evitar una torcedura hacia dentro del tobillo. En la cara interna, por encima del ligamento Deltoides, tenemos el tendón del Tibial Posterior (TP) que ayuda al Deltoides en caso de evitar una torcedura hacia fuera del tobillo. En la cara posterior, claramente separado de la articulación del tobillo, tenemos el tendón de Aquiles. El Aquiles es el tendón necesario para ponerse de puntillas y a la vez sirve de estabilizador complementario tanto de los ligamentos internos de los ligamentos externos del tobillo

La lesión más común en el tobillo son las torceduras o también conocidas como los Esguinces. Estas torceduras no son más que estiramientos de las fibras que componen los ligamentos sin necesidad que exista una separación completa entre los extremos. En función de la importancia del estiramiento del tejido de los tendones distinguiremos tres grados de esguince: 1. Esguince grado 1: leve. No

existe inestabilidad entre los huesos que forman la articulación del tobillo. 2. Esguince grado 2: moderado. Apenas existe movilidad entre los huesos que forman la articulación del tobillo. 3. Esguince grado 3: grave. Existe una clara inestabilidad entre los huesos que forman la articulación del tobillo. Manifestación clínica: Los esguinces se manifiestan por dolor y por hinchazón ya sea en el lado interno o en el lado externo del tobillo. Además de la hinchazón suele existir coloración azulada en la piel que es el reflejo del sangrado (hematoma subcutáneo) que se ha producido debajo de la piel. Ni el dolor, ni la hinchazón, ni la espectacularidad del hematoma subcutáneo son indicativos de mayor o menor gravedad de la lesión. Es importante diferenciar entre un esguince y una posible fractura en el maléolo. El Único dato diferencial será la localización del dolor. Si al palpar la zona de dolor e hinchazón creemos estar presionando sobre hueso entonces deberemos sospechar una posible fractura. Si al palpar el dolor es sobre tejido blando y sobre todo si tenemos la impresión de que perdemos la estabilidad entre los huesos del tobillo entonces pensaremos en un esguince.

Tratamiento: Lo más importante es poder diferenciar si la lesión es solamente de ligamentos o bien es ósea. El único dato diferencial para diferenciar entre ligamento y hueso es la palpación de donde existe el dolor (ver el párrafo anterior de manifestación clínica). El tratamiento se basa siempre en la aplicación de frío local y compresión moderada sobre la zona lesionada mediante un vendaje. El frío local debe aplicarse durante cortos períodos de tiempo. - 10 minutos. Con una frecuencia de cada hora o cada dos horas.

LESIONES DE PELVIS: Sospechar una lesión de pelvis ante cualquier trauma grave o en caso de un trauma sobre extremidades inferiores. Se consideran signos de alarma ante un posible trauma pélvico la presencia de: • equimosis (hemorragia subcutánea) que se propaga por las ingles a muslos y genitales. • hemorragia genital o uretral. Sugiere lesión visceral grave. • dolor y defensa de la musculatura abdominal a la palpación. Es un signo de hemorragia intraperitoneal por rotura visceral • parálisis en extremidades inferiores y dolor en la parte posterior de la pelvis. Es necesario realizar una evaluación neurológica pensando en una posible lesión del plexo lumbo-sacro

Los cuidados de enfermería

. 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: (intracapsular) denota una fractura al lado de la cabeza femoral a nivel del cuello, entre la cabeza y el trocánter mayor. Estas fracturas UNIVERSIDAD DEL SURESTE 149 tienen una propensión a dañar el suministro de sangre a la cabeza femoral, potencialmente causando necrosis vascular. 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.

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 friccionada. La férula en definitiva está concebida para la inmovilización, y principalmente para aliviar las algias. – Esponja y agua. Plan de actuación Procedimiento Preparación de los profesionales – Preparar y comprobar todo el material para la tracción y los pesos adecuados. – Lavarse las manos higiénicamente. – Colocarse guantes limpios. Preparación del paciente – Identificar al paciente. – Informe al paciente y/o familia del procedimiento que se le realizará – Pedir su colaboración en la medida de lo posible – Mantener su intimidad – Colocar al paciente en una posición adecuada, en decúbito supino con la pierna afectada bien recta. Ejecución Colocación de la tracción: – Limpiar la y secar bien la extremidad afectada. – Colocar la cama en posición plana de forma que la tracción tenga el efecto deseado. – Ayudar al médico en la colocación de la tracción cutánea. – Posicionar de forma correcta el miembro afectado realizando tracción y rotándolo para colocar el sistema de tracción blanda. – Colocar la cinta de la venda de tracción a ambos lados de la pantorrilla, evitando la formación de arrugas y pliegues para prevenir la lesión de la piel. – Vendar con la venda elástica el miembro, comenzando por encima de los maléolos y terminando a nivel de las crestas tibiales (en este caso se vendó hasta la mitad del muslo) – Colocar la férula de Braun bajo el miembro del paciente. Después de colocar la tracción: – Colocar que las cuerdas de la tracción, las poleas y los pesos de manera que cuelguen

Aplicar las medidas anti úlceras. Vigilar la zona maleolar en previsión de posibles úlceras. Registro: – Registrar en el apartado correspondiente de la historia clínica (HC) el tipo de tracción y peso. – Los cuidados planificados. – Posibles anomalías detectadas. Mantenimiento: – Valorar la tracción y el peso en cada turno. – Valorar la presencia o ausencia de dolor en la extremidad afectada. – Valorar color de la piel y tomar pulsos distales. – Vigilar signos de compresión del nervio ciático poplíteo externo (NCPE). – Controlar la sensibilidad de la extremidad. – Mantener siempre la alineación correcta del paciente. – Vigilar la presencia de pliegues y arrugas en el vendaje. – Al movilizar el paciente, las pesas deben sujetarse. – Vigilar los puntos de apoyo para prevenir las úlceras por presión (UPP). – Poner a disposición del paciente un triángulo en la cama para facilitarle las movilizaciones. – Vigilar que el pie no toque la cama. Puntos básicos – Valorar la necesidad de analgesia antes de movilizar al paciente.