



**Nombre del alumno: Fabiola Cruz
Gómez**

**Nombre del profesor: Lic. Ámbar
Jaqueline Alcázar Cancino**

Licenciatura: Enfermería

Materia: Patología Del Adulto

Nombre del trabajo: Resumen

Ocosingo, Chiapas 29 de Mayo del 2023

ATROFIA MUSCULAR

La atrofia muscular es un trastorno en el que se produce el desgaste o la pérdida del tejido muscular; disminuye el tamaño del músculo y provocando que éste vaya perdiendo fuerza.

Se produce por un desequilibrio entre la síntesis de proteínas y su degradación y como consecuencia, se deterioran las células nerviosas de los músculos esqueléticos. Esto provoca una parálisis progresiva que puede ser completa o parcial y que supone un deterioro de la capacidad funcional de la persona.

CAUSAS

Podemos distinguir entre fisiológica, patológica y neurogénica.

La atrofia **fisiológica** es la atrofia muscular por inactividad, por la falta de uso de ciertos músculos como consecuencia, por ejemplo, de llevar una vida muy sedentaria.

La atrofia **patológica** puede ser causada por diversas enfermedades o darse en personas de edad avanzada como consecuencia del propio envejecimiento. Por último, la **atrofia neurogénica**, que es la clase de atrofia muscular más grave y que suele manifestarse de manera más repentina, se produce por una enfermedad o lesión en los nervios que conectan los músculos. Y puede aparecer como consecuencia de enfermedades como:

- Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
- Por lesión de la médula espinal
- Síndrome de Guillain-Barre

Pero también puede ser consecuencia de situaciones como la desnutrición, el uso a largo plazo de corticoides, artritis, enfermedades de los músculos, etc.

SÍNTOMAS

La persona siente que su fuerza va disminuyendo y también su capacidad de movimiento, tiene lugar un debilitamiento, encogimiento de los músculos y pérdida progresiva del tono muscular, poco a poco va disminuyendo la funcionalidad de la persona y su capacidad para llevar a cabo las tareas del día a día, impactando directamente en su autoestima.

TRATAMIENTO

Los tratamientos aplicados van desde la estimulación eléctrica funcional para estimular los músculos, hasta terapias con aminoácidos con el objetivo de regenerar los tejidos musculares dañados, hasta opciones más drásticas, para los casos más complicados, a través de ejercicios activos se busca aumentar el estímulo nervioso que activa las fibras musculares, necesario para revertir la atrofia muscular y se procura también introducir al paciente en una vida mucho más activa.

DISTROFIA MUSCULAR

Distrofia muscular es un término aplicado a varios trastornos genéticos que producen deterioro progresivo de los músculos esqueléticos por hipertrofia, atrofia y necrosis de células musculares, son principalmente enfermedades del tejido muscular y probablemente no afecten al sistema nervioso.

Los síntomas más habituales son:

- Debilidad muscular.
- Atrofia muscular.
- Limitaciones articulares.
- Retracciones tendinosas.

CAUSAS

Las distrofias musculares se deben a defectos genéticos que ocasionan que alguna proteína del músculo esté defectuosa o no se produzca en la cantidad necesaria, esto ocasiona que el tejido muscular degenera y sea sustituido por tejidos fibrosos incapaces de realizar la función normal del músculo.

El **diagnóstico** se establece por medio de la biopsia muscular que presenta una mezcla de degeneración y regeneración de células musculares y revela sustitución por grasa y tejido cicatricial.

TRATAMIENTO

Las opciones de tratamiento incluyen medicamentos, terapia física y ocupacional, y procedimientos quirúrgicos y de otro tipo.

FIEBRE REUMATICA

La fiebre reumática es una enfermedad inflamatoria e inmune que se desarrolla por una infección bacteriana en la garganta o piel llamada estreptocócica, causante también de la faringitis estreptocócica y la fiebre escarlatina.

En cuanto a los **signos y los síntomas** de esta enfermedad pueden ser el resultado de la inflamación del corazón, las articulaciones, la piel o el sistema nervioso central, que pueden incluir:

- Fiebre.
- Dolor en las articulaciones, con el movimiento y la palpación, con mayor frecuencia en las rodillas, los tobillos, los codos y las muñecas.
- Articulaciones enrojecidas, calientes al tacto o hinchadas.
- Bultos pequeños e indoloros bajo la piel.

- Dolor en el pecho.
- Soplo cardíaco.
- Fatiga.
- Erupción cutánea de aspecto plano o levemente elevado, indolora, con bordes irregulares.
- Movimientos corporales en forma de espasmos e incontrolables, con mayor frecuencia en las manos, los pies y el rostro.
- Comportamiento extraño e inusual, como llorar o reírse de manera inoportuna.

CAUSAS

Una de las causas de la fiebre reumática puede ser la aparición de esta tras superar un episodio de **infección de garganta a través de una bacteria del estreptococo del grupo A**.

Las infecciones en la garganta con este tipo de bacteria produce faringitis estreptocócica, o fiebre escarlatina, las infecciones en la piel o en otras partes del cuerpo con el estreptococo del grupo A, en pocas ocasiones puede derivar en fiebre reumática.

En cuanto a los **factores de riesgo** que aumentan el riesgo de padecer fiebre reumática son:

- Antecedentes familiares.
- Tipo de bacteria estreptocócica.
- Factores del entorno.

TRATAMIENTOS PARA LA FIEBRE REUMÁTICA

El objetivo del tratamiento para la fiebre reumática es la **destrucción de la bacteria estreptocócica** de grupo A, aliviar los síntomas, controlar la inflamación y evitar la recurrencia. Entre los tratamientos recomendados se encuentran:

- Antibióticos.
- Tratamiento antiinflamatorio.
- Medicamentos anticonvulsivos.

ARTROSIS

La artrosis es una enfermedad crónica que afecta a las articulaciones. Normalmente, está localizada en las manos, las rodillas, la cadera o la columna vertebral. La artrosis provoca dolor, inflamación e impide que se puedan realizar con normalidad algunos movimientos tan cotidianos como cerrar la mano, subir

escaleras o caminar, la artrosis provoca el deterioro del cartílago articular provocando que los huesos se vayan desgastando y aparezca el dolor.

CAUSAS

No se conocen con exactitud las causas que producen la artrosis, pero existen algunos factores de riesgo asociados a su aparición:

Edad: aumenta de forma exponencial a partir de los 50 años.

Sexo: afecta sobre todo a mujeres mayores de 50-55 años.

Genética: Puede ser también una enfermedad hereditaria, en concreto, la herencia genética en el desarrollo de la artrosis puede llegar a ser hasta de un 65 por ciento.

Actividad laboral: La repetición de los movimientos articulares puede llevar, a largo plazo, a la sobrecarga articular, por eso, determinadas actividades laborales (peluqueras, albañiles, etc.), pueden provocar la aparición de artrosis.

Actividad física elevada: Los deportistas de élite tienen mayor riesgo de enfermar.

SÍNTOMAS

Las manifestaciones de la artrosis son muy variadas, progresivas y aparecen dilatadas en el tiempo, los síntomas más frecuentes son el dolor articular, la limitación de los movimientos, los crujidos y, en algunas ocasiones, el derrame articular, además, algunas personas pueden presentar rigidez y deformidad articular, **el síntoma que más preocupa a las personas con artrosis es el dolor.**

DIAGNÓSTICO

Existen algunas pruebas que ayudan al especialista a completar el estudio, mediante una radiografía el médico puede distinguir los osteofitos, el pinzamiento del cartílago, las geodas subcondrales y la disminución asimétrica del espacio articular, síntomas claros de la artrosis.

TRATAMIENTO

Antiinflamatorios y analgésicos. Se busca con estos fármacos aliviar el dolor del paciente y la inflamación de la zona.

Medicamentos condroprotectores. Son fármacos diseñados para la artrosis. Además de eliminar el dolor, mejoran la movilidad y retrasan el deterioro de la articulación.

Cirugía. La cirugía protésica puede dar buenos resultados cuando la enfermedad se encuentra bastante avanzada.

FRACTURAS

Las fracturas ocurren cuando se aplica mayor fuerza al hueso de la que es capaz de absorber, clasificadas según su causa, las fracturas pueden dividirse

en 3 categorías principales: fracturas causadas por lesión súbita, fracturas por fatiga o estrés y fracturas patológicas, las fracturas más frecuentes son aquellas consecuencias de una lesión súbita, la fuerza causante de la fractura puede ser directa, como una caída o un golpe, o indirecta, como una contracción muscular masiva o traumatismo transmitido a lo largo del hueso.

FRACTURAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES.

FRACTURAS DE HOMBRO: La clavícula es el único hueso que conecta el tronco a la cintura escapular, contribuyendo así a la estabilidad de la misma y de todo el miembro superior y también influye decisivamente en la movilidad, la fractura de clavícula es la más frecuente en la infancia, representando el 30% de todas las fracturas, la consolidación de esta fractura viene a producirse en 3 o 4 semanas, y hemos de tener en cuenta que la rotación externa del hombro produce un efecto de separación de la interlínea acromio clavicular, por lo que debemos evitar este movimiento, el método de inmovilización más utilizado es el vendaje en 8.

LUXACIÓN GLENOHUMERAL

Su mecanismo de producción es por traumatismo directo sobre el hombro y hay un mecanismo indirecto cuando sobre el brazo se aplican una combinación de fuerzas en abducción, extensión y rotación externa que ponen en tensión el manguito de los rotadores por su parte más débil, que cede y luxa el hombro.

Clínicamente es muy evidente porque el hombro es muy doloroso y la cabeza humeral no se palpa en su lugar anatómico, sino en la porción anterior, el **tratamiento** consiste en la reducción de la luxación lo más rápida y suavemente posible, se puede llevar a cabo con o sin anestesia, dependiendo de la cantidad de episodios previos de luxación.

FISIOTERAPIA DE LAS FRACTURAS DEL HOMBRO

Durante la inmovilización se comenzará con crioterapia, luego movilizaciones activas de muñeca y dedos, seguido de ejercicios isométricos de deltoides y músculos peri articulares, ejercicios pendulares suaves, respiración costal superior y movilizaciones suaves y prudentes de la articulación escapulo-torácica.

FRACTURAS DE CODO

Son fracturas que comprometen la movilidad del codo, y podemos encontrar varios tipos: supracondíleas, transcondíleas, intercondíleas y de la tróclea, Si la fractura es desplazada se hace imprescindible la reducción y la fijación con agujas, si la fractura no es desplazada el tratamiento es ortopédico, se

inmoviliza 4 semanas y el yeso no debe comprimir para prevenir la contractura isquémica de Volkmann.

LUXACIÓN DE CODO

El mecanismo lesional es caída sobre la mano con el codo en hiperextensión. Se produce acortamiento del antebrazo y se palpa la paleta humeral situada anteriormente, el tratamiento consiste en practicar una reducción cerrada, por manipulación suave de forma inmediata con o sin anestesia.

FRACTURAS DE ANTEBRAZO

Estas fracturas alteran la pronosupinación, fundamental para la función de la prensión de la mano, el mecanismo de lesión es directo o indirecto con caídas sobre la palma de la mano.

Las fracturas más importantes son de tres tipos:

1) **Fractura-luxación de Monteggia:** Consiste en fractura de cúbito y luxación del extremo proximal del radio.

El tratamiento es ortopédico en niños y quirúrgico en adultos (osteosíntesis rígida del cúbito)

2) **Fractura-luxación de Galeazzi:** Con fractura del extremo inferior del radio, luxación de la articulación radio-cubital inferior.

En general las no desplazadas se tratan con medios ortopédicos y las desplazadas con cirugía.

3) **Fracturas de la diáfisis de radio y cúbito:** Acarrear una grave pérdida funcional si o se tratan correctamente.

TRATAMIENTO

Realizar ejercicios para mantener el tropismo muscular y la movilidad de las articulaciones que no están inmovilizadas, como el hombro, columna cervicodorsal y dedos, tras la inmovilización son ejercicios activos progresivos de muñeca y codo en flexo extensión, con resistencia progresiva.

FRACTURAS DE CARPO Y MANO

Este tipo de fracturas son frecuentes en ancianos, producidas por caídas; pero también en jóvenes como consecuencia de accidentes de circulación en bicicleta y moto.

Son las fracturas más frecuentes del esqueleto humano, tenemos varios tipos de fracturas a este nivel:

Fractura de Colles: Fractura extra-articular de la porción interior del radio con deformación en dorso de tenedor.

Fractura de escafoides: Es la más común de las fracturas del carpo, se inmoviliza con yeso incluyendo el carpo y articulación metacarpo-falángica del pulgar durante 12 semanas, siendo la pseudoartrosis y la necrosis vascular (por la peculiar vascularización de este hueso) las complicaciones más importantes.

Fractura de Bennett: Es la más característica del metacarpiano del pulgar, siendo una fractura intraarticular de la base del primer metacarpiano con luxación hacia fuera de la diáfisis del mismo.

FRACTURAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES

FRACTURA DE PELVIS

La incidencia de las lesiones pélvicas ha aumentado en los últimos años ante la mayor violencia de los traumatismos: accidentes automovilísticos, precipitaciones desde grandes alturas, etc.

Encontramos 3 grandes tipos de estas fracturas:

Fracturas sin afectación del anillo pelviano: No suponen una ruptura de la continuidad del anillo pelviano y varían desde las más triviales hasta las que comprometen la vida del paciente, 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. En este grupo quedan incluidas las siguientes fracturas: por compresión anteroposterior, por compresión lateral y por cizallamiento vertical, la mortalidad y morbilidad de éstas es muy superior a la de las fracturas sin ruptura del anillo pélvico y suelen acompañarse de lesiones asociadas.

Fracturas del acetábulo: Consecuencias de traumatismos de gran energía, en sentido longitudinal del miembro inferior o en sentido lateral sobre el trocánter mayor. En ocasiones se asocian a luxaciones de cadera.

Clínicamente hay dolor de intensidad variable en función de la misma intensidad de la lesión y en algunos casos puede haber pérdida de sangre considerable.

En cuanto a las complicaciones puede haber lesión de las vías urinarias inferiores, desgarró del recto, lesión del nervio ciático, lesión pulmonar y embolia grasa, las lesiones que no comprometen el anillo pelviano solo requieren reposo en cama y más tarde carga con muletas, la reeducación fisioterápica debe ser precoz con movilizaciones activas asistidas de cadera y rodilla.

FRACTURAS DE CADERA

Las fracturas de cadera pueden ser difíciles de tratar por su frecuente asociación con fracturas diafisarias de fémur ipsilaterales o por el riesgo de necrosis avascular que implican las fracturas intraarticulares, Se manifiestan

con dolor en la región inguinal, con claudicación de la marcha si no están desplazadas; si lo están el dolor será muy intenso en toda la región de la cadera.

El tratamiento será ortopédico cuando hay contraindicaciones de la intervención, en ancianos, prótesis total o parcial, cementada o no cementada, que permite apoyo precoz, la sedestación se iniciará en el segundo o cuarto día del postoperatorio, los ejercicios isométricos de cuádriceps y glúteo mayor se realizan desde el segundo día.

FRACTURAS DE RODILLA

Se trata de fracturas que se producen en adultos por traumatismos de alta energía (poli traumatizados), aunque también en ancianos osteoporóticos ante traumas de menor intensidad, suelen ser lesiones inestables y conminutas, que puede ser unicodílea, bicondíleas o fractura conminuta.

Para **el tratamiento**, como norma general ante ausencia de pulso periférico distal, la reducción debe ser urgente, el único tratamiento ortopédico aceptado es el de la reducción con tracción y aplicación precoz de yeso, esto puede ser eficaz en fracturas ligeramente desplazadas o en fracturas del anciano, aunque no es aconsejable que se lleve a cabo en otros casos, ante el riesgo de desplazamiento de la fractura, donde será aconsejable cirugía.

FRACTURAS DE RÓTULA

La rótula es el componente principal del aparato extensor de la rodilla, se puede fracturar por mecanismo directo o indirecto (contracción violenta del cuádriceps), las **complicaciones** más frecuentes son la condromalacia rotuliana y la artrosis femoropatelar. el **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, se usa osteosíntesis con cerclaje simple y patelectomía parcial o total, según sean las fracturas, parcelarias o conminuta.

FRACTURAS DIAFISIARIAS DE TIBIA Y PERONÉ

La fractura de tibia es una de las más frecuentes del organismo, sus características anatómicas hacen que el pronóstico y el tratamiento sean complejos, en cambio, la fractura de peroné tiene menor importancia, al ser más flexible y estar rodeado de músculos, son frecuentes las lesiones asociadas de partes blandas.

También puede haber lesiones vasculares, nerviosas y ligamentosas. Las fracturas del tercio distal de la tibia tendrán una consolidación lenta y difícil, el tratamiento ortopédico consiste en una reducción y yeso durante 6 a 8 semanas. Se permitirá el apoyo al tercer mes si radiológicamente está bien consolidada.

FRACTURAS DEL PIE

Encontramos varias fracturas típicas:

1. Astrágalo: Se deben a un mecanismo indirecto de dorsiflexión asociado a un componente de rotación, el astrágalo tiene una pobre vascularización y el riesgo de necrosis es muy fuerte.

El tratamiento ortopédico se hace con inmovilización con bota de yeso en equino y el quirúrgico consistirá en una síntesis rígida con tornillos, lo que permite reducir el riesgo de necrosis y facilitar la consolidación.

2. Calcáneo: Se producen por precipitación desde gran altura o accidente de tráfico, no hay riesgo de necrosis, pero pueden llegar a ser muy invalidante. El tratamiento ortopédico y quirúrgico mantendrá la función articular, con carga a los tres meses.

3. Escafoides: Las no desplazadas se tratan de forma sintomática o cerrada simple y las desplazadas con reducción, fijación o ambas.

4. Metatarsianos: Son fácilmente detectables en radiografía, las del 2º, 3er. Y 4º metatarsiano se desencadenan por traumatismo directo y las del 5º suelen ser por inversión del pie, en las no desplazadas se coloca un botín de yeso durante 6 semanas y en las desplazadas, reducción abierta y osteosíntesis, tras lo cual el botín se coloca de 6 a 8 semanas.

PROBLEMAS NEUROLOGICOS

Los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, se presentan en cerebro, columna vertebral y múltiples nervios que conectan a ambos.

En la actualidad se conoce más de 600 enfermedades neurológicas que afectan al cerebro, la médula espinal y los nervios, el hecho de que estas patologías afecten al sistema nervioso central genera una serie de síntomas que afectan a funciones muy importantes del cuerpo humano, tanto físicas como cognitivas:

- Capacidad de movimiento.
- Dificultades en la deglución.
- Dificultades respiratorias.
- Alteraciones del habla.
- Problemas de memoria.
- Pérdida de habilidades cerebrales.
- Demencias.
- Depresión.
- Alteraciones de los sentidos y las emociones.
- Incremento del riesgo de caídas en las personas mayores

Algunas de estas enfermedades neurológicas son congénitas y se deben a alteraciones genéticas de nacimiento, muchas otras se inician en los adultos de entre 30 a 50 años y entre ellas figuran no pocas enfermedades degenerativas, y otras son más frecuentes en las personas que han superado los 65 años de edad, pues están asociadas al proceso de envejecimiento, **sin embargo, las**

personas mayores pueden padecer cualquiera de ellas, algunos de los más comunes son la epilepsia, el Alzheimer y otras demencias, accidentes cerebrovasculares, la migraña y otras cefalalgias, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson, infecciones neurológicas, tumores cerebrales, afecciones traumáticas del sistema nervioso tales como traumatismos craneoencefálicos y trastornos causados por la desnutrición.

Todas estas enfermedades neurológicas pueden condicionar seriamente la autonomía de las personas mayores, tanto en lo físico como en lo mental, esto puede sumirlas en un grado de dependencia creciente que exige adaptar la vida de sus familiares a los cuidados que necesitan o institucionalarlos cuando no es posible proporcionárselos en casa.

Factores de riesgo y prevención

Las enfermedades neurológicas incluyen entre sus factores de riesgo: la genética, la edad, el consumo de tabaco, drogas y/o alcohol, una dieta poco saludable, así como inactividad física, en algunos casos, la contaminación y las lesiones craneales también son una causal importante.

Una vida con hábitos saludables te ayudará a disminuir el riesgo de padecer una de estas enfermedades, comer sanamente, evitar el cigarro y llevar una vida activa con actividad física frecuente pueden funcionar como medidas preventivas.

Tratamiento

Aunque algunas de estas enfermedades no tienen cura, algunas otras pueden controlarse o en su caso, pueden mitigar los síntomas con un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.

PROBLEMAS ENDOCRINOS

El sistema endocrino produce más de 20 hormonas que cumplen diferentes funciones en el organismo y que si se producen en exceso o de forma insuficiente pueden generar distintas enfermedades, entre las que cabe destacar las siguientes:

Diabetes tipo 1: es una enfermedad que tiene su origen en un trastorno del sistema inmunitario, en este caso el páncreas no produce la insulina suficiente para cubrir las necesidades del organismo, suele debutar a edades tempranas (infancia y adolescencia) y el único tratamiento posible es aportar de forma exógena la insulina que necesita el organismo para seguir funcionando correctamente.

Diabetes tipo 2: en la denominada diabetes del adulto el problema es diferente, ya que lo que la produce es un mecanismo conocido como resistencia a la insulina, es decir, que el organismo no es capaz de utilizar adecuadamente la insulina que produce, es un problema muy relacionado con el sobrepeso y la

obesidad, además de con la edad. En sus fases iniciales puede ser controlada mediante una dieta adecuada y la práctica regular de ejercicio, aunque es frecuente que sea necesario un tratamiento con antidiabéticos orales para controlar los niveles de glucosa en sangre. En las fases más avanzadas será necesario inyectar insulina, como sucede en el caso de la diabetes tipo 1.

Trastornos relacionados con la hormona del crecimiento: esta hormona se produce en la hipófisis y está íntimamente relacionada con el crecimiento y desarrollo del ser humano, de ahí que cuando hay un déficit de esta hormona el crecimiento del niño será inferior a lo normal, mientras que el exceso determina un crecimiento excesivo (gigantismo).

Hipertiroidismo: se caracteriza por una presencia excesiva de hormonas tiroideas en la sangre, puede ser una enfermedad con entidad propia o secundaria a otras patologías, como sucede con la enfermedad de Graves en el caso de los niños, que es de origen inmunitario y bloquea las glándulas tiroideas. Puede ser necesaria la extirpación de estas glándulas o su inactivación mediante radioterapia.

Hipotiroidismo: en este caso el problema es que no se producen suficientes hormonas tiroideas, lo que conlleva un enlentecimiento general del sistema metabólico, ocasionando una sensación continua de fatiga, hipotensión arterial, frecuencia cardíaca baja, sobrepeso, etc., se suele tratar administrando hormonas tiroideas para cubrir las necesidades del organismo.

Insuficiencia suprarrenal: se produce porque las glándulas suprarrenales no producen la cantidad necesaria de corticoesteroides, lo que genera sensación de fatiga, debilidad general, deshidratación, dolor abdominal y otros síntomas, este trastorno ocurre cuando la corteza suprarrenal no produce suficientes corticoesteroides.

También en este caso el tratamiento es el aporte exógeno de la hormona deficitaria.

Pubertad precoz: es más frecuente de lo que se cree y se produce porque la hipófisis se anticipa al momento en que debe iniciar la producción de las hormonas que inducen la liberación de hormonas sexuales por parte de las gónadas, lo que implica que los cambios físicos asociados a la madurez sexual se producen antes de lo que cabría esperar, sin embargo, con el tratamiento adecuado pueden tener un desarrollo normal.