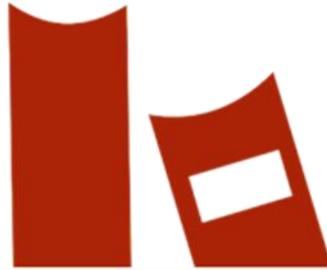


ACTAS DEL



**IV CONGRESO INTERNACIONAL
EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA**



VOLUMEN II

Comps.

**José Jesús Gázquez Linares
María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez**

**Actas del IV Congreso Internacional
en Contextos Clínicos y de la Salud
Volumen II**

Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018

Comps.

**José Jesús Gázquez Linares
María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Volumen II”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita: SCINFOPER

ISBN: 978-84-697-9975-8

Depósito Legal: AL 381-2018

Distribuye: SCINFOPER

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

TRAUMATOLOGÍA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA CLÍNICA Y EL TRATAMIENTO DE LA BURSITIS TROCANTÉREA O TROCANTÉRICA.....	20
ROCIO FUENTES FUENTES, RAQUEL PALACIOS SALGUERO, NURIA TORRES SOJO	
DOLOR DE ESPALDA: SOSPECHA DE HERNIA DISCAL	21
ALICIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, ANA MARIA ROMERO OLIVARES, MARIA TRINIDAD RUIZ GONZÁLEZ	
EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ARTROSIS	22
ALBA DE LA CRUZ HIDALGO FERNANDEZ, LAURA BELTRÁN JIMÉNEZ, INMACULADA ENRÍQUEZ RODRÍGUEZ	
MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE INTERVENIDO DE COLUMNA DORSO-LUMBAR	23
JUAN ALVARO FANDILA MARIN, LILIANA RAMIREZ MORALES, MANUEL CUESTA ENCINAS	
VALORACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE CON PROBLEMAS OSTEOARTICULARES	24
MARIA GARCIA CARMONA, DEBORA GARRIDO ESPARTAL, DESEADA HERNANDEZ CAÑETE	
RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	25
JOSE MANUEL ORIHUELA FLOR, SONIA CEBALLOS-ZUÑIGA ARJONA, MARIA DEL CARMEN TORREJON RODRIGUEZ	
LOS EFECTOS DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ARTRITIS REUMATOIDE: REVISIÓN SISTEMÁTICA	26
AZAHARA DE LAS MARAVILLAS PAGAN PEREZ, MARIA AZUCENA PAGAN PEREZ	
FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS POR CIRUGÍA DE PRÓTESIS DE RODILLA: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO E INTRAOPERATORIO	27
SIMONA BARBA FERNÁNDEZ, CARMEN NAVARRO ROJAS, MARÍA JOSÉ BARBA FERNÁNDEZ	
FRACTURA VERTEBRAL EN EL ADULTO JOVEN.....	28
PATRICIA MONTIEL CRESPO, ROCIO INMACULADA SANCHEZ MARTIN, NURIA INFANTE CHACÓN	
LA ARTRITIS GOTOSA Y SUS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	29

MARÍA MONTESINOS OLAYA, JUANA OLAYA GARRIDO, CRISTINA BEATRIZ
MONTESINOS OLAYA

**CUIDADOS EN LA RECUPERACIÓN DE LA REPARACIÓN DEL LIGAMENTO
CRUZADO DE RODILLA.....30**

ADRIANA GONZALEZ BELTRAN, SARA GONZALEZ BELTRAN, VIRGINIA GARCIA
MANZANARES

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE
TRAUMATOLOGÍA: PACIENTE CON ESPOLOÓN CALCÁNEO.....31**

MARIA ANGUSTIAS REGIL HENARES, MARIA TERESA IZQUIERDO MEDINA,
ANTONIA PEÑALVER ORTEGA

ACCIDENTE DE TRÁFICO LABORAL Y FRACTURAS MÚLTIPLES32

MONICA IGLESIAS LOPEZ, NATALIA LERENA SANTOS, CORONADA MENA
TORRES

EL CELADOR Y LA PREVENCIÓN DEL DOLOR LUMBAR EN URGENCIAS33

MARIA DOLORES RODRIGUEZ SERRANO , DAVID SANCHEZ RODRIGUEZ ,
GABRIEL LORENZO LORENZO

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN
URGENCIAS34**

DAVID SANCHEZ RODRIGUEZ , GABRIEL LORENZO LORENZO, MARIA DOLORES
RODRIGUEZ SERRANO

**LA ELECCIÓN CORRECTA MEDIAS ELÁSTICAS DE COMPRESIÓN Y VENDAJE
ELÁSTICO NO COMPRESIVO EN ESGUINCE DE TOBILLO35**

ANA MARIA RAMOS LAZARO, MERCEDES CONTRERAS JIMENEZ, MARIA
YOLANDA MATEOS ESPAÑA

ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO36

MARIA JESÚS PADIAL HERMOSO, MARIA COMINO ORTEGA, EVA MARIA
MARQUEZ JIMENEZ

**DEFORMIDAD POSTRAUMÁTICA DEL CODO DE LARGA EVOLUCIÓN: A
PROPÓSITO DE UN CASO37**

ISABEL MARIA SANCHEZ CAMPOS, ALICIA TORRES MIRAS, DOLORES RAMOS
MARTINEZ

FRACTURA CÓNDILO LATERAL FEMORAL EN PACIENTE ENCAMADO38

MARÍA DE LA PAZ BLANCO LARA, AMPARO FERNÁNDEZ GÓMEZ, PATRICIA
FAJARDO VELASCO

**PACIENTE JOVEN CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO POR ACCIDENTE
DE TRÁFICO39**

MARÍA DE LA PAZ BLANCO LARA, INMACULADA AGUILAR LÓPEZ, MARIA
BLANCA MORAL

PACIENTE MUJER POR TUMORACIÓN EN CODO IZQUIERDO40

MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS, BENITO MAURO JUAREZ, SANDRA MUÑOZ
GARCÍA

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA FRACTURA DE CLAVÍCULA: A
PROPÓSITO DE UN CASO41**

SILVIA FERNANDEZ MARTÍNEZ, ANA MARIA PEREZ HEREDIA, MARIA ISABEL
SANCHEZ NAVARRO

**SISTEMAS SEMIESTABLES DE INMOVILIZACIÓN: CORRECTA COLOCACIÓN
POR ENFERMERÍA DE FÉRULA DE YESO EN TOBILLO EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DE TRAUMATOLOGÍA.....42**

CARMEN NAVARRO ROJAS, MARÍA JOSÉ BARBA FERNÁNDEZ, SIMONA BARBA
FERNÁNDEZ

FRACTURA DE MUÑECA. CUIDADOS ENFERMEROS43

MANUEL JESÚS PACHECO GAUTIER, MARÍA TERESA HERRERA CALDERÓN,
SANDRA PÉREZ RUBIO

**ESCOLIOSIS IDEOPÁTICA UNA ENFERMEDAD FRECUENTE EN ADOLESCENTES
.....44**

ISABEL MARIA SERRANO CRUZ, IRENE CABEO GARCIA, ANA MARIA MUÑOZ
FERNANDEZ

**FRACTURA DEL 5º METACARPIANO DE MANO DERECHA: PAPEL DE
ENFERMERÍA.....45**

MARÍA TERESA HERRERA CALDERÓN, SANDRA PÉREZ RUBIO, MARÍA NAZARET
RUBIDO PALACIOS

LA OSTEOPOROSIS COMO CAUSA DE FRACTURA DE HUESOS46

DAVID SUÁREZ CASTRO, LAURA MONTES PÉREZ, INES RUBIO ANSOTEGUI

LA ARTROSIS DE CADERA O COXARTROSIS47

INES RUBIO ANSOTEGUI, LAURA MONTES PÉREZ, DAVID SUÁREZ CASTRO

FRACTURA SUBCAPITAL DE CADERA DERECHA EN MUJER DE 76 AÑOS48

CATALINA EUGENIA VELA MUÑOZ, MARÍA DESEADA PIZANO SÁNCHEZ,
CAROLINA CEBALLOS MATEO

ESGUINCE DE RODILLA: TRATAMIENTO Y DETERMINACIÓN49

CARMEN LAURA VILLA SUAREZ, MARIA SONIA GALÁN GUERRERO, REMEDIOS
VARGAS TRUJILLO

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA: PACIENTE CON PUBALGIA	50
ARACELI PAQUET GUERRERO, MARIA DEL CARMEN ALCALDE RODRIGUEZ, MONICA PEDROSA RODRIGUEZ	
PACIENTE CON LUMBOCIÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO	51
LOURDES NAVARRO PONFERRADA, MARIA DOLORES DURÁN LARROSA, ANA ISABEL GONZÁLEZ ZURITA	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA	52
LAURA RUIZ NEGRILLO, LIDIA ROSALES MUÑOZ, BELINDA CAMPOS SANCHEZ	
PACIENTE JOVEN CON RUPTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR	53
MARTA DIEGO CASAS, MARIA DE LOS ANGELES VALENTIN HOLGADO, ELENA SÁNCHEZ BUENO	
FRACTURA PATOLÓGICA DE CADERA DERECHA: SÍNDROME POLIADENOPÁTICO	54
FATIMA ZAFRA ZAMORA, ESTHER ARMENTEROS PEREZ, NATALIA MARTINEZ MARTINEZ	
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE FRACTURAS DE CADERA	55
ALVARO JESUS BELMAR RUFO, ALBA CARDENAS TINEO, ALMUDENA GONZALEZ DE AQUINO	
CUIDADOS A PACIENTE ADULTA CON DOLOR DE MUÑECA TRAS CAÍDA ACCIDENTAL	56
ISABEL GARCÍA CASTRO, RAQUEL ROCIO CARRASCOSA CORRAL, JOSEFA MARTINEZ GOMEZ	
EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL ESTUDIO LUXACIÓN DE CADERA CONTROLADA CON AYUDA DE TÉCNICAS RADIOLÓGICAS	57
MARIA VANESA VILLENA BARBERO, GABRIEL DELGADO PEÑUELA, CAROLINA DEL ROCÍO CARRASCO INSUA	
PACIENTE CON TENDINOSIS ROTULIANA DERECHA O RODILLA DEL SALTADOR: A PROPÓSITO DE UN CASO	58
ANA ISABEL PEREZ ROLDÁN, MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ GRANADOS, LIDIA ÁLVAREZ ÁLAMO	
ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS: EL SISTEMA INMUNOLÓGICO COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA.....	59
MARIA DOLORES POYATOS GARCIA, JAVIER SALMERON PADILLA, ANA SALMERON GARCIA	

LATIGAZO CERVICAL CON LISTESIS EN C3 Y C4 DE GRADO II	60
DESIREE CABRILLANA DE LA TORRE, LAURA PABON GONZALEZ, IRENE SÁNCHEZ MOYANO	
CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA FRACTURA PERIPROTÉSICA DE FÉMUR TIPO II DE RÖRABECK	61
MARIA CRISTINA MELGAR FERNÁNDEZ, SONIA MELGAR FERNÁNDEZ, CARMEN AYLLÓN REDONDO	
ATENCIÓN SANITARIA DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON UNA LUXACIÓN	62
INMACULADA ÁLVAREZ JIMÉNEZ, LOURDES HERMOSÍN MARTÍNEZ, ALICIA CRUZ HERNÁNDEZ	
CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON FRACTURA SUBCAPITAL DE FÉMUR	63
LOURDES HERMOSÍN MARTÍNEZ, ALICIA CRUZ HERNÁNDEZ, INMACULADA ÁLVAREZ JIMÉNEZ	
ESTUDIO SOBRE LA IMPORTANCIA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN ACCIDENTES DE TRÁFICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	64
BALBINA RUANO MUÑOZ, ROCIO LIRIA FORTES, BRIGIDA RUIZ JALDO	
ANÁLISIS SOBRE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN LOS PACIENTES	65
ANA MARIA SANCHEZ NAVARRO, MARÍA DOLORES VÁZQUEZ SÁNCHEZ, AGUEDA MARIA HERNANDEZ ROMERO	
EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA.....	66
BARBARA ESCOBERO HERRERA, LAURA PEREA GUERRA, MONICA DE LA TORRE VELASCO	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FRACTURA CERRADA DE TIBIA Y PERONÉ	67
JESUS SANJUAN ROMERO, MIRIAM MUÑOZ GARCÍA, YOLANDA DELGADO MADRONA	
IMPLANTACIÓN DE ESTIMULADOR DE NERVIOS PERIFÉRICOS	68
ADRIANA GONZALEZ BELTRAN, SARA GONZALEZ BELTRAN, VIRGINIA GARCIA MANZANARES	
CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA POR BLOQUEO CIÁTICO Y FEMORAL	69
ELENA GUZMAN MORALES, FRANCISCO MANUEL GONZALEZ COSTI, MARTA GUZMAN MORALES	
ATENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA PACIENTES CON FRACTURA DE CODO.....	70

JULIA YERA CALVENTE, BEATRIZ MARIA DIAZ MARIN, ANA BELÉN GUZMÁN
DÍAZ

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA
TRAUMATOLOGÍA: FRACTURA DE FÉMUR71**

MARÍA ELADIA GARCÍA RODRIGUEZ, CELIA LIGERO REYES, DIONISIA MORALES
LOMBARDO

PACIENTE CON FRACTURA DE COLLES: A PROPÓSITO DE UN CASO72

ANA MARÍA CANO VALLEJO, MARIA JESUS LARIOS MONTOSA, MARIA JOSE CID
GONZALEZ

SUSTITUCIÓN TOTAL DE RODILLA, A PROPÓSITO DE UN CASO73

ROCIO SUAREZ PEÑA, FARINOOS KIANFAR, MOHAMMAD AKHLAGHI KETABI

A PROPÓSITO DE UN CASO: DISMORFIA SEPTAL74

FRANCISCO JAVIER GALVÁN JURADO, ESTER DELGADO DELGADO, ANA MARÍA
GAMEZ CAMPOS

PACIENTE CON TUMORACIÓN VOLAR-RADIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO75

FRANCISCO JAVIER GALVÁN JURADO, ESTER DELGADO DELGADO, ANA MARÍA
GAMEZ CAMPOS

FRACTURA DE TOBILLO POR ATROPELLO ACCIDENTAL76

PATRICIA MONTIEL CRESPO, ROCIO INMACULADA SANCHEZ MARTIN, NURIA
INFANTE CHACÓN

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS A UN PACIENTE CON FRACTURA
PATOLÓGICA DE OLÉCRANON77**

EVA MARIA SERRANO ARAGON, JOSEFA ORTIN CORTÉS, MARIA ANGELES
SANCHEZ SANCHEZ, PASCUALA SÁNCHEZ GEA, MARÍA DE LAS MERCEDES
GARCÍA SÁNCHEZ, YOLANDA JIMÉNEZ ALONSO

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PLAN DE
CUIDADOS DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA78**

ENCARNACION GORDO ROLDAN, MARÍA ESPERANZA DEL MORAL RAMOS, ROSA
MARIA SALAS MENDIETA

TRATAMIENTO DE DOLOR AGUDO EN FRACTURA COSTAL79

MARIA NIEVES MOLINERO RODRÍGUEZ, MARIA ENCARNACIÓN RUANO LORCA,
MARÍA DEL MAR LUCENA AGUILERA

PACIENTE CON FRACTURA DE MALEOLO TIBIAL TOBILLO IZQUIERDO80

FÁTIMA SÁNCHEZ GARCÍA, MARIA ISABEL LARA RUIZ, MARIA DE LA LUZ
SIERRA GOMEZ

CASO DE ENFERMERÍA: PACIENTE ANTIAGREGADO CON TRAUMATISMO CREATINOENCEFÁLICO	81
FLORA CONSUELO SANTAELLA BARCOS, MARÍA BELÉN CALLEJAS MARTÍN, PATRICIA ARMENTEROS COSTA	
A PROPÓSITO DE TRONCANTERITIS AGUDAS	82
VERA LÓPEZ MUÑOZ, CARMEN FLORIDO MONTORO, NOELIA GUTIÉRREZ BANDERA	
RECOMENDACIONES SOBRE CUIDADOS DOMICILIARIOS TRAS INTERVENCIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA.....	83
LUIS JOSÉ PÉREZ CONTRERAS, INES SPINOLA MIÑAN, INMACULADA MEDINA LOPEZ	
SÍNDROME DEL TÚNEL CARIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO	84
LUIS MIGUEL SANCHEZ PEREZ, MANUEL LUNA RUIZ, HECTOR PERALTA SOLER	
POSTOPERATORIO DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA EN UN ÁREA RURAL DE ASTURIAS	85
EVA PRIETO GARCÍA	
PACIENTE QUE PRESENTA SÍNDROME DEL TÚNEL CARIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO	86
CARMEN FLORIDO MONTORO, NOELIA GUTIÉRREZ BANDERA, VERA LÓPEZ MUÑOZ	
EPICONDILITIS LATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	87
LUIS MIGUEL SANCHEZ PEREZ, MANUEL LUNA RUIZ, HECTOR PERALTA SOLER	
ESTUDIO DE LA OSTEOMIELITIS MULTIFOCAL CRÓNICA RECURRENTE.....	88
ANA BELÉN RIDAO, ANA CATENA RODRÍGUEZ, ISABEL MUÑOZ MARTINEZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA.....	89
JESICA REBOLO ORTIZ, ARACELI BERENGUER PALMA, MARIBEL SANCHEZ ROMAN	
CUIDADOS ENFERMEROS EN LA ARTROSCOPIA DE HOMBRO EN DECUBITO LATERAL	90
LAURA DELGADO ACERO, ROSA ROJANO MELENDEZ, JENNIFER JIMÉNEZ GONZÁLEZ	
POLIARTRALGIAS EN MUJER DE MEDIANA EDAD.....	91
ANA MORENO SALAS, SARA VALLE TORRES, MARIA ISABEL GALINDO GUDE	
SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO: IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA.....	92
MARIA ELENA LÓPEZ FANDILA, LUCILA DUARTE LOBATO, MARINA RODRÍGUEZ PEÑA	

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LUMBOCITALGIA AGUDA RESISTENTE AL TRATAMIENTO	93
BELTRAN ANTONIO RAMOS NIEVES, JESSICA RUESTRA ADAMUZ, MACARENA IBARRA ROMERO	
PACIENTE CON REFIRIENDO DOLOR AL NIVEL DE ARTICULACIÓN TEMPORAMANDIBULAR.....	94
RAUL GARCES ROMERO, CRISTINA POZO GARCIA, VICTORIA JEAN MARIA BODLAK PRADA	
INTERVENCIÓN PROGRAMADA DE HOMBRO DERECHO POR FRACTURA	95
MERCEDES SIERRA FERNANDEZ, MILAGROSA MUÑOZ RIVERO, ANA CRISTINA GARCÍA MARTÍNEZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ARTROSCOPIA DE RODILLA	96
ELENA SILVA DEL AGUILA, MARÍA CUENDA MIRO, CRISTINA MARIÑO BENZO	
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LAS FRACTURAS DE CADERA	97
MARÍA JOSÉ BERNABE NUÑEZ, SANDRA JIMÉNEZ MORÍÑIGO, ANGELES PUERTO VIDAL	
ROTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR: A PRÓPOSITO DE UN CASO.....	98
LUIS MIGUEL SANCHEZ PEREZ, MANUEL LUNA RUIZ, HECTOR PERALTA SOLER	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA: FRACTURA EXTREMIDAD DISTAL DE RADIO	99
FRANCISCO PEREZ BONILLA, FRANCISCO JAVIER PRIETO VICTORIA, JOSE MANUEL MARQUEZ ANEAS	
PACIENTE ADULTA CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE.....	100
LUIS MIGUEL SANCHEZ PEREZ, MANUEL LUNA RUIZ, HECTOR PERALTA SOLER	
TRATAMIENTO DE SECUELA TRAS FRACTURA SUPRASINDESMAL DE TOBILLO MEDIANTE ELONGACIÓN DEL PERONÉ.....	101
JUAN MIGUEL GÓMEZ PALOMO, ANA MARTÍNEZ CRESPO, CARMEN MARÍA GÓMEZ PALOMO	
BURSITIS TROCANTÉREA TUBERCULOSA EN MUJER ADULTA.....	102
GRACIA GARRIDO SÁNCHEZ DE LA BLANCA, MARÍA DE LOS ÁNGELES LÓPEZ ZEA, ANTONIO JESUS ZAMBRANA JIMENEZ	
CUIDADOS ENFERMEROS EN CIRUGÍA DE COLUMNA	103
CARLOS ALBERTO GARCIA GALEA, MARIA VICTORIA CABEZAS NAVAS, ALBERTO MELIÁN ORTIZ	
DEDO EN RESORTE: A PROPÓSITO DE UN CASO	104

FABIOLA CASTAÑO GUIRADO, SONIA NAVARRO MOLINA, VIRGINIA RIPOLL
SORBAS

**PAUTAS DE TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO TRAS UNA MENISCECTOMÍA
PARCIAL ARTROSCÓPICA105**

EVA RANDO TORRES, MARIA ELENA MÉRIDA IMBERLÓN, MARIA DOLORES RUIZ
CAMACHO

**TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN LAS FRACTURAS DE PELVIS TIPO B EN LA
FASE DE INMOVILIZACIÓN106**

EVA RANDO TORRES, MARIA ELENA MÉRIDA IMBERLÓN, MARIA DOLORES RUIZ
CAMACHO

**FRACTURA LUMBAR METASTÁSICA VERSUS FRACTURA LUMBAR
OSTEOPORÓTICA.....107**

SARA MATEO RODRIGUEZ, BEGOÑA FERNANDEZ BERNAL, PAOLA ROMERA
GASPARICO

**PAPEL DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA
INTERVENIDA108**

LORENA ZAMORA VALLE, JOSÉ LUIS GARCÍA PEREA, EULALIA GONZÁLEZ
RODRÍGUEZ

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ESGUINCE109

LAURA PARTIDA PACHON, MIRIAM DEL ROCIO INGA MIRANDA, ROSA MARIA
CABEZAS MARQUEZ

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DE
LOS PACIENTES CON TRAUMATISMOS ABDOMINALES110**

MARIA DEL CARMEN PEREZ ARENAS, SILVIA SANTIAGO LOPEZ, ALBERTO
MUROS MARTÍNEZ

**TENDINITIS POSTRAUMÁTICA DEL SUPRAESPINOSO EN HOMBRO IZQUIERDO
.....111**

EVA MARÍA GARCÍA RODRÍGUEZ, JOSEFA CAPARRÓS BELMONTE, MARIA
TERESA GARCIA PEREZ

CASO CLINICO DE PACIENTE CON GONALGIA POSTRAUMATICA112

MARÍA CUENDA MIRO, CRISTINA MARIÑO BENZO, ELENA SILVA DEL AGUILA

CIE10 Y CIE9 EN PROCESOS TRAUMATOLOGICOS.....113

MARIA CRISTINA GONZALEZ RAMOS, MARIA VICTORIA JURADO LUCENA,
MARIA DOLORES CARRASCO TORRES

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE FRÁGIL.....114

VERA LUCIA MAYA FERNANDEZ, FABIOLA DEL VALLE MARAVER, BEATRIZ
ARRABAL LÓPEZ

DISMINUCIÓN DE DOLOR TRAS REALIZACIÓN DE DRENAJE UNGUEAL.....	115
ANTONIO BERNAL TORRES, ALEJANDRO RUBIO ALVAREZ, ANA BELÉN BERNAL TORRES	
LA CEMENTACIÓN EN LAS PRÓTESIS ARTICULARES	116
CRISTINA LÓPEZ VILAR, JESICA MARÍA PRIETO AGUILAR, ELISENDA CONSTANZO MONCLUS	
ÚLCERA POR PRESIÓN EN PACIENTE HOSPITALIZADO	117
EVA MARIA TORRALBO CACHINERO, ADRIANA NADINE MÜLLER PUGA, MARIA RUIZ RODRIGUEZ	
ESGUINCE DE TOBILLO EN PACIENTE JOVEN DE 29 AÑOS	118
LUIS MIGUEL SANCHEZ PEREZ, MANUEL LUNA RUIZ, HECTOR PERALTA SOLER	
CORRECTA POSICIÓN QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA ARTROSCÓPICA.....	119
JESICA CÓMITRE SERRANO, ANA ROCIO RUIZ MOYA, MANUEL ESCOBAR VILLENA	
PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA	120
CRISTINA LÓPEZ VILAR, JESICA MARÍA PRIETO AGUILAR, ELISENDA CONSTANZO MONCLUS	
RETARDO DE CONSOLIDACIÓN Y PSEUDARTROSIS EN FRACTURAS.....	121
CRISTINA LÓPEZ VILAR, JESICA MARÍA PRIETO AGUILAR, ELISENDA CONSTANZO MONCLUS	
SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	122
CRISTINA BOFARULL LOPEZ, CARLA CÁCERES MARÍN, MARTA ROSALES LINARES, CRISTINA FARRE CASA FRANCA	
PROCESO ASISTENCIAL EN FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO	123
MARIA MOLINA IBAÑEZ, ROSA FELISA LOPEZ RODRIGUEZ, ISABEL LÓPEZ ASTASIO	
ENFERMERÍA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE TRAUMA	124
ISABEL GARCIA SERRANO, SONIA LUPION MORALES, MARIA DE LA CRUZ PÉREZ GONZÁLEZ	
FRACTURA PERIPROTÉSICA DE RODILLA TRAS CAÍDA CASUAL	125
ANA MARTÍNEZ CRESPO, JUAN MIGUEL GÓMEZ PALOMO, CARMEN MARÍA GÓMEZ PALOMO	
LA OSTEOPOROSIS COMO PATOLOGÍA DEGENERATIVA: PREVENCIÓN Y RECOMENDACIONES MÁS IMPORTANTES.....	126

ANTONIO JESUS TRIGUEROS NAVARRO, PATRICIA MURIANA CALLEJON, MARÍA DE LOS ÁNGELES JIMÉNEZ CARRIÓN	
ENFERMEDAD DE ESCOLIOSIS EN EDAD ADULTA	127
OLGA AMALIA SANCHEZ MARMOLEJO, MARÍA ANTONIA MÁRMOLEJO LOPEZ	
CASO DE FRACTURA DE CÚBITO Y RADIO EN GIMNASIO	128
ANTONIO JESUS UREÑA JIMENEZ, MARIA CARMEN LOPEZ CASTILLA, MARIA JESUS LUQUE MENA	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRACCIÓN MECÁNICA DE PARTES BLANDAS	129
FRANCISCO SAN AGAPITO MARTÍN, COVADONGA SANCHEZ RODRIGUEZ, ANA TERESA SAN AGAPITO PÉREZ	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN POSOPERATORIO DE PRÓTESIS DE RODILLA	130
INMACULADA SANCHEZ OSUNA, JOSE MANUEL AFÁN TENA, BEATRIZ DE TORRES NAVAJAS	
LA INMOVILIZACIÓN EN EL PACIENTE TRAUMATOLÓGICO URGENTE.....	131
NIEVES DÍAZ-CANO ALHAMBRA, YOLANDA GONZÁLEZ MOLINA, INMACULADA RODRIGUEZ RAMIREZ, ANA MONTESINOS CLARO	
VARIANTE ANATÓMICA DE RICHE CANNIEU: A PROPÓSITO DE UN CASO	132
JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO, CLARA QUINTERO LÓPEZ, ARACELI QUINTERO LOPEZ	
ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS DEL ESGUINCE DE TOBILLO	133
RAFAEL FERNÁNDEZ CAÍNZOS, LOURDES FERNANDEZ FERNANDEZ, FABIAN LEBRON ORTIZ	
MANEJO DE URGENCIAS INFANTILES: FRACTURA BILATERAL DE CLAVÍCULA	134
ARACELI QUINTERO LOPEZ, JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO, CLARA QUINTERO LÓPEZ	
INFLUENCIA DE LA NAVEGACIÓN EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA	135
LOURDES FERNANDEZ IGLESIAS, LUCIA MARIA IBAÑEZ MARTINEZ, FRANCISCO DÍAZ-FAES GONZÁLEZ, ROCÍO VÁZQUEZ SÁNCHEZ, LUCIA NESPEREIRA BAIGORRI	
ANÁLISIS SOBRE LOS VENDAJES MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	136

VICTORIA CEVALLOS MARTINEZ, MARIA DEL CARMEN GARCIA GARCIA, JESÚS BALLESTERO CEBRERO

IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA DE URGENCIAS DE FRACTURA DE HOFFA. A PROPÓSITO DE UN CASO137

ARACELI QUINTERO LOPEZ, CLARA QUINTERO LÓPEZ, JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO

FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL IZQUIERDO EN PACIENTE138

NURIA TABASCO DE LA TORRE, LUCIA VIZCAINO CASTRO, ROCÍO MOLINA QUESADA

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA139

MARIA ADELA PEREZ SERRANO, ANGELA GONZALEZ JUSTO, VERONICA ARIAS MORENO

MANTENIMIENTO DE LA VÍA AÉREA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO 140

MARIA DEL MAR MORALES GARRIDO, JESÚS LINARES QUERO, RAFAEL RINCÓN ESTRADA

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE FRACTURA DE CADERA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA141

ANGELA RUIZ QUESADA, ANA CRISTINA MARTIN PACO, MARÍA DOLORES CÁTEDRA LOPEZ

LUXACIÓN DE HOMBRO: INTERVENCIÓN ENFERMERA142

JAVIER ISERN FARGAS, ROCIO BARBEYTO SANCHEZ, MARIA NIEVES RAMIREZ ZARAGOZA

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE.....143

ELENA CALPE PUIG, JOAN BAÑUELOS PAGO, CRISTINA GARCIA RODRIGUEZ, ANA CASTILLO IBÁÑEZ, JENNIFER ORTEGA CONDES, LUCIA BELTRAN FOLCH

DOLOR AGUDO EN LA FRACTURA DE PELVIS144

GLORIA MARÍA RAMOS VENEGAS, JUANA MARIA GUERRERO ROJAS, MARÍA DEL CARMEN VALLE CRUZ

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE FRACTURAS DE CADERA145

MARIA TERESA ALVAREZ TESTON, INES RIOS ALVAREZ, MARIA CONCEPCION GUTIERREZ ALVAREZ, MARIA CRUZ GIL MACHADO, JOHANA MIRANDA MORAIS, ANA ISABEL FERNANDEZ MENENDEZ

VENTAJAS DEL VENDAJE FUNCIONAL PARA EL ESGUINCE DE TOBILLO: VENDA146

RICARDO OLIVERA VAZQUEZ, MARIA VIRGINIA DONOSO CUENCA, ANA ESTHER GARCIA MELGAR

QUISTE POPLÍTEO O QUISTE DE BAKER147

ANA JIMENEZ MOTA, JENNIFER BAREA MACHADO

PACIENTE JOVEN CON INFLAMACIÓN DE MUÑECA Y MANO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....148

ROCÍO MOLINA QUESADA, NURIA TABASCO DE LA TORRE, LUCIA VIZCAINO CASTRO

RECONSTRUCCIÓN DE LESIÓN DESGUANTAMIENTO EN EL PRIMER DEDO149

ROCÍO MOLINA QUESADA, NURIA TABASCO DE LA TORRE, LUCIA VIZCAINO CASTRO

ESGUINCE DE LIGAMENTO LATERAL EXTERNO DE TOBILLO150

ANA RODRÍGUEZ MUÑOZ, NATALIA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, BELÉN MUÑOZ OVEJERO

COJERA EN NIÑO DE 2 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO151

ROCÍO MOLINA QUESADA, NURIA TABASCO DE LA TORRE, LUCIA VIZCAINO CASTRO

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE FRACTURA, LOS FACTORES DE RIESGO Y EL FALLECIMIENTO DE PACIENTES CON FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS DE CADERA.....152

MARIA DOLORES MARTINEZ TRINIDAD, MARIA JULIA HERNANDEZ VIDAL, MARIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, JOSEFA CANOVAS URREA, ANA ELISABET LOPEZ LOPEZ, ANA BELÉN GARCIA NICOLÁS, PEDRO JOSE MORENO FERNANDEZ

COMPLICACIONES DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA Y ANTICOAGULACIÓN153

MARIA DOLORES MARTINEZ TRINIDAD, MARIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, MARIA JULIA HERNANDEZ VIDAL, PEDRO JOSE MORENO FERNANDEZ, ANA ELISABET LOPEZ LOPEZ, ANA BELÉN GARCIA NICOLÁS

ROTURA EN ASA DE CUBO DE MENISCO EXTERNO154

MARIA BENVENUTY ALONSO, ALBA BUSTAMANTE HERNANDEZ, ANTONIA GARCÍA ROPERO

ROTURA TRAUMÁTICA MANGUITO DE LOS RODADORES155

MARIA BENVENUTY ALONSO, ALBA BUSTAMANTE HERNANDEZ, ANTONIA GARCÍA ROPERO

INSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA EN LA PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA156

SEBASTIÁN PÉREZ OLIVO, MARIA DEL CARMEN TORREJON DELGADO, PATRICIA RUIZ GONZALEZ

PACIENTE CON MOVILIDAD FÍSICA REDUCIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	157
MARÍA NIEVES RODRÍGUEZ DÍAZ, PABLO MARTÍNEZ LÓPEZ, CRISTINA ALONSO OLIVARES	
PACIENTE CON HERIDA INCISA: A PROPÓSITO DE UN CASO	158
YOLANDA QUINTANA DOMINGUEZ, MARIA INMACULADA VAZQUEZ MARQUEZ, CRISTINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ	
EL DRENAJE AUTOTRANSFUSOR EN LAS CIRUGÍAS DE RODILLAS	159
MARIA DE LOS ANGELES ROSA RODRIGUEZ, VANESA HIDALGO GIRELA, MAGDALENA LEIVA ROBLES	
CASO CLÍNICO: TRAUMATISMO FACIAL EN PACIENTE ANTICOAGULADA	160
CARMEN RANEA TORREGROSA, CARMEN MARIA SANCHEZ PEREZ, SILVIA MANCEBO TORRES	
LUXACIÓN DE LAS ARTICULACIONES IFP ASOCIADO A FRACTURA DIAFISARIA OBLICUA EN METACARPIANO	161
ANA MARÍA ALBALADEJO RUBIO, AMPARO SÁNCHEZ ROMERO, MARÍA KORINA MAGDALENA BETHENCOURT, LORENA RODRÍGUEZ QUIJANO, PALOMA INMACULADA SORIA CANDELA, MARÍA INÉS VILANOVA BARCELÓ	
BLOQUEO EPIDURAL EN EL CONTROL DEL DOLOR	162
SERGIO FRANCISCO RODRÍGUEZ PEREZ, MARIA DEL CARMEN ROSA GARCIA, JESÚS MARTÍN HUMANES	
LA IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA FIBROMIALGIA	163
ANA BELEN MARTINEZ RODRIGUEZ, MARÍA ROSA CAMACHO ABOLAFIO, VANESA CAMACHO ABOLAFIO	
EL SÍNDROME DE IMPLANTACIÓN ÓSEA EN ARTROPLASTIA DE CADERA	164
ANA BELEN MARTINEZ RODRIGUEZ, MARÍA ROSA CAMACHO ABOLAFIO, VANESA CAMACHO ABOLAFIO	
CUIDADOS AL ALTA TRAS UNA PRÓTESIS TOTAL DE CADERA	165
ANDRES GONZALEZ URIA, DOLORES ALTAVA BLANCO, MARIA REYES MORTERA PALMEIRO, MARIA DEL CARMEN IGLESIAS FARIZA, MARIA PILAR GARCIA ANDRES, ROSA MARIA RODRIGUEZ FERNANDEZ	
DOLOR A LA PALPACIÓN EN ARTICULACIÓN TRAPECIO-METACARPIANA	166
MARIA BENVENUTY ALONSO, ALBA BUSTAMANTE HERNANDEZ, ANTONIA GARCÍA ROPERO	
SUPLEMENTACIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN OSTEOARTROSIS DE RODILLA; UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.....	167
ABRAHÁN JOFRÉ PERALTA, FERMIN AVILA CABRERA, MARIA AZNAR GARCIA	

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR	168
FRANCISCO JOSÉ HIDALGO LUNA, ANTONIO GABRIEL GARCIA OCAÑA, MARIA JOSE HERNANDEZ GARCIA	
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN ARTROPLASTIA DE RODILLA	169
ANA MARÍA ANASTASIO ALONSO, ANGELA RUIZ GELO, MARIA CRISTINA BALONGO GÓMEZ	
PREVENCIÓN DE LA HIPOTENSIÓN SECUNDARIA A LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA.....	170
MARIA NADIA MARIN JIMENEZ, ESTEFANIA VIÑUALES CASAS, CAROLINA BASSO RUIZ	
VARÓN DE AVANZADA EDAD CON LUXACIÓN DE HOMBRO	171
JULIO CESAR RÍOS CHICCHIS, OLGA PEREZ BENITO, JORGE BORRAZ MARTÍNEZ, DANIEL NÁGER ARIZA, KRYPEL STURLESE GIMENO, JÚLIA FAGOAGA MACIAS, PAULA PASTOR SOLER, MONTSE ROMAN ALONSO, XAVIER PLÀ MONTORO, MARINA IGNACIO TORRES, ANABEL BAREA ROSCO, SANDRA ALBAN CARBALLEIRA	
FRACTURA CERRADA DE HÚMERO EN EL ADULTO JOVEN.....	172
ROCIO MALDONADO LARIO, JUAN MANUEL MARTINEZ GUERRERO, INMACULADA SÁNCHEZ GARCÍA	
SÍNDROME COMPARTIMENTAL O TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	173
LORENA ORTIZ SALAS, ANA CRISTINA GOMEZ PEDROTE, MARÍA DEL MAR GÓMEZ PEDROTE	
CUIDADOS DEL PACIENTE CON RECAMBIO DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA POR COMPLICACIÓN EN LA IMPLANTACIÓN DE LA MISMA	174
MARÍA CRISTINA PÉREZ ROMERO, ANTONIO DOMÍNGUEZ ROBLES, ANGELA ZARRIAS PARRAGA	
HEMATOMA DE LARGA EVOLUCIÓN EN PACIENTE JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	175
JOSE MARIA GONZALEZ SANCHEZ, INMACULADA SAUCO COLON, JORGE MORENO LAMELA	
PACIENTE CON TRAUMATISMO TORÁCICO CON FRACTURAS COSTALES	176
CELIA LINARES TARIFA, MARIA DEL CARMEN CASTRO CASTILLO, JAVIER SOTO MARTINEZ	
ASPECTOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO	177
MIGUEL ANGEL QUESADA GARCIA, DAVID QUESADA GARCÍA, SERGIO LOPERA SIMON	

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LA FRACTURA DE CADERA.....	178
FRANCISCO JAVIER CABRERA FUENTES, ANTONIO ANGEL COBOS HIDALGO, HERMINIA CERVERA RODRIGUEZ, LUIS ALBENDIN GARCIA	
TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DE VAINA TENDINOSA EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD	179
EVA TORRES CANTERO, IDOIA BAILLO PEÑA	
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN LA OSTEOPOROSIS	180
MARIA ISABEL MARTINEZ CARRUANA, CRISTINA MARÍA GARCÍA-LÁEZ CAMACHO, MARIA LOPEZ LORITE	
PACIENTE QUE PRESENTA TRAUMATISMO MIEMBRO INFERIOR DERECHO POR CAÍDA.....	181
MONTSERRAT SANCHEZ GARCIA DE QUIROS, MARIA DEL CARMEN CLAVAIN NOGALES, MIRIAN ACEVEDO PEREZ	
CORRECTO USO DEL RECUPERADOR DE SANGRE EN LA ARTROPLASTIA DE RODILLA	182
SUSANA DE LA PLAZA GOMEZ, ALMUDENA NIETO BAYON, ÁNGEL ÁLVAREZ VIANA, JENNIFER RODRIGUEZ YAGÜE, JESUS MANRIQUE OLANDÍA, MARÍA GARCÍA GUTIÉRREZ, MARIO AMO BLANCO, RAQUEL SANCHEZ GETINO, REBECA FRAILE TARDÓN, REBECA SAMANIEGO QUINTANILLA	
RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PORTADOR DE FÉRULA DE YESO	183
JENNIFER RODRIGUEZ YAGÜE, JESUS MANRIQUE OLANDÍA, MARÍA GARCÍA GUTIÉRREZ, MARIO AMO BLANCO, RAQUEL SANCHEZ GETINO, REBECA FRAILE TARDÓN, REBECA SAMANIEGO QUINTANILLA, SUSANA DE LA PLAZA GOMEZ, ALMUDENA NIETO BAYON, ÁNGEL ÁLVAREZ VIANA	
PROCESO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON COXARTROSIS DERECHA	184
ALMUDENA ZAMORA MOGOLLO, JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ ROPERO, MARÍA ALBA BALLESTEROS	
PACIENTE FRACTURA CADERA IZQUIERDA CON INTERVENCIÓN QUIRURGICA	185
PABLO LORENZO AVALOS, MARIA ISABEL GARATE CANTERAS, SUSANA BONILLA ALARCON	
ANTE UN SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO.....	186
SALVADOR SANCHEZ SOTO, ALMUDENA TOMAS VIZCAINO, CARMEN MARIA IBÁÑEZ MIRAS	
UNA CAUSA DE PARESTESIAS POR COMPRESIÓN: GANGLIÓN POPLÍTEO	187

ANTONIO JAVIER MARTÍNEZ MOLEÓN, BEATRIZ GUERRERO BARRANCO, DIEGO
ÁMEZ RAFAEL

**ACTUACION ENFERMERA ANTE UN ESGUINCE DE TOBILLO: A PROPÓSITO DE
UN CASO.....188**

LYDIA YEBRA RODRIGUEZ

MUJER DE 53 AÑOS CON SOSPECHA DE ARTRITIS REUMATOIDE189

MARIA LUISA RESOLA MOLINA, GLORIA MARTINEZ RESOLA, MARIA DOLORES
GAY OCAÑA

FRACTURA DE CADERA EN PACIENTE ANCIANO190

NURIA VALDIVIA ROCHA, SONIA LORETO MARTÍN SALGADO, ROCIO VERA
SUANES

**FRACTURA DE COLLES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL ÁREA DE
TRAUMATOLOGÍA.....191**

ANA RUIZ RODRIGUEZ, ELISABET ALBA SÁEZ, MIRIAM LOPEZ NICOLAS,
PATRICIA PÉREZ SAMPÉRIZ, ILUMINADA JIMÉNEZ CARRILLO, RAQUEL PÉREZ
MORILLAS

TRACCIÓN PREOPERATORIA PARA LA FRACTURA DE CADERA EN ADULTOS 192

SARA LASIERRA LARRUY, CARLA GEMA CARO MORALES, GEMMA AGUILAR
COSTA, ASUNCIÓN GARCIA GARCÍA, ANDREA BORT ROIG, SERGI PRAT RIZZO

**A PROPÓSITO DE UN CASO: FRACTURA EN SILLA DE MONTAR AL PRACTICAR
SNOWBOARD193**

MIGUEL JIMÉNEZ MEJÍAS, SANDRA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, MARIA DOLORES
GONZÁLEZ COLOMÉ

PATOLOGÍA COMÚN EN ARTROSCOPIA DE RODILLA OSTEOCONDritis194

SANDRA RUIZ MUÑOZ, CRISTINA HOHR GONZALEZ, ANGELA AGUILERA ROJAS

PAPEL DE ENFERMERÍA EN FRACTURAS DE CADERA.....195

MARINA RAMÍREZ GÓMEZ, LAURA MUYOR MUÑOZ, JULIETA ROMERO
VILLALBA

HEMATOMA A TENSIÓN EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO.....196

PILAR ALCEDO FERNANDEZ, ROSA MARIA PIULESTAN NIETO, CRISTINA
MARTÍNEZ GARCÍA

ROTURA COMPLETA DEL TENDÓN SUPRAESPINOSO197

SANDRA MARTIN PULIDO, ANGELA CASADO RODRIGUEZ , MARIA ANTONIA
ROSAL CARRIEL

LUMBALGIA MECÁNICA CAUSADA POR UN SOBRESFUERZO198

SONIA CARO RIVEROLA, FERNANDO GIL RODRIGUEZ, ANA JOSE LEAL
RODRIGUEZ

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON GONARTROSIS: A PROPÓSITO
DE UN CASO199**

ANA ISABEL HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, PATRICIA IGLESIAS CERRA

FRACTURA DE CADERA IZQUIERDA POR CAÍDA ACCIDENTAL200

MARÍA UTRERA MILLÁN, RAFAEL CARLOS OCHOA ORTIZ, MARIA VALENZUELA
ROLDAN

ESTUDIO DE LAS SUSTITUCIONES DE CADERA EN EL PERIODO 2013-2015201

ANA CONCEPCION SALAR JURADO, JOSE MANUEL BAÑOS RUIZ, XIANA
LANCHARRO MARTÍNEZ

**ATENCIÓN SANITARIA EN PACIENTE CON FRACTURA DE TOBILLO IZQUIERDO
.....202**

MARIA NIEVES MATUTE CABALLERO, JOAQUIN JIMENEZ MARQUEZ, JUAN JOSE
GARCIA MATA

**ANÁLISIS SOBRE LA MENISCECTOMÍA Y LA SUTURA MENISCAL ANTE LAS
ROTURAS MENISCALES203**

IVÁN MORALES GONZÁLEZ, ABD AL AZIZ LANAGRÁN TORRES, JORGE DE LAS
HERAS ROMERO, VICTOR CASTILLO MESEGUER

AUTOTRANSFUSIÓN POSTOPERATORIA EN LA ARTROPLASTIA DE RODILLA .204

INMACULADA PEREZ MARTINEZ, LÁRAMI RODRIGUEZ AMO, JUANA
GANFORNINA CAMPOS

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSQUIRÚRGICO DE FRACTURA DE
CADERA205**

CRISTINA SILVA BELLIDO, CAROLINA GALVEZ PEREZ, LORENA ROMERO ELOY

ABORDAJE DE UN CASO: PRONO DOLOROSO206

MARIA LUSA AMADOR MATEOS, SAMUEL SANTANA RAMIREZ, MARÍA
ADRIAENSSENS PEREZ

**MANEJO DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO TRAS ACCIDENTE DE TRÁFICO
.....207**

MYRIAM MORENO RODRIGUEZ, SILVIA FRIAS PISTON, NURIA MIRANDA
RODRIGUEZ

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL CATÉTER EPIDURAL208

ROBERTO PICOS POUZO, MARIA MURILLO RUBIO, JOSE ANTONIO MORENO
GARCIA, ADRIAN LINARES MARTIN, ESTHER PESTAÑA CASTRO, NOEMI
RODRIGUEZ PAIXA

DOLOR DE MUÑECA DE MESES DE EVOLUCIÓN TRAS UNA CAIDA FORTUITA.	209
FRANCISCO JAVIER GARCIA GARCIA, ANA ISABEL RECHE PADILLA, MARIA LUISA ARIZA SÁNCHEZ	
ABORDAJE DE LA FRACTURA DE RADIO DISTAL	210
MARIA LUSA AMADOR MATEOS, SAMUEL SANTANA RAMIREZ, MARÍA ADRIAENSSENS PEREZ	
CAÍDA DE NIÑO PRACTICANDO ESQUÍ. FRACTURA DE FÉMUR PROXIMAL Y DESLIZAMIENTO EPÍFISIS FEMORAL PROXIMAL: CADERA DE ESQUIADOR	211
MARÍA ÁNGELES ALEGRET COLOMÉ, SILVIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, EVA DOMINGUEZ ANDREU	
GANGLIÓN BILOBULADO DORSO MUÑECA DERECHA	212
SAMUEL SANTANA RAMIREZ, MARIA LUSA AMADOR MATEOS, MARÍA ADRIAENSSENS PEREZ	
CONDRBLASTOMAS EN LA ARTICULACIÓN DE RODILLA: REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS	213
JAVIER MARANTE FUERTES, ANNA HOLUB, FRANCISCO JAVIER SOTELO SEVILLANO	
CAÍDA DE RODILLA IZQUIERDA EN PERSONA ADULTA.....	214
ANA MARIA CABAS JIMÉNEZ, FRANCISCA ROCIO PARRA HOLGADO	
DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LAS LUXACIONES ACROMIOCLAVICULARES	215
ANNA HOLUB, JAVIER MARANTE FUERTES, FRANCISCO JAVIER SOTELO SEVILLANO	
TRATAMIENTO CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA DE LESIONES EN EXTREMIDAD INFERIOR TRAS TRAUMATISMO.....	216
NOELIA FERNÁNDEZ GIL, ANA MARIA RUEDA FAJARDO, ESTHER SALAZAR ZOYO, MARIA NIEVES FERNÁNDEZ GIL, MIRIAM MERCADÉ NIN, TAMARA DIEGO BELMONTE, DAVID PASCUAL DE CASO, JACQUELINE REYES CORDOVA, JORGE UTRILLAS SANCHEZ, VALERIN JOYSI ESPINOZA REYES, FRANCISCA HERNÁNDEZ LUQUE, ELISABET GRANOLLERS HERNANDEZ	

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA CLÍNICA Y EL TRATAMIENTO DE LA BURSITIS TROCANTÉREA O TROCANTÉRICA

ROCIO FUENTES FUENTES, RAQUEL PALACIOS SALGUERO, NURIA TORRES SOJO

INTRODUCCIÓN: La bursitis es la inflamación o irritación de unas bolsas llenas de líquido, llamadas bursas cuya misión es ayudar al movimiento de las articulaciones y evitar fricciones entre ellas. Se manifiesta, principalmente en los codos, hombros, pelvis, rodillas, caderas, muñecas, dedos de los pies y talones, en zonas donde el movimiento articular es más repetitivo.

OBJETIVOS: Identificar las características clínicas y el tratamiento de los casos de bursitis trocantérea o trocantérica mediante revisión bibliográfica.

METODOLOGÍA: Realizamos una búsqueda científica mediante revisión bibliográfica de la clínica y el tratamiento de la bursitis trocantérea o trocantérica. Fuentes de Búsqueda: Artículos publicados en los últimos 10 años a través de las bases de datos de Biblioteca Cochrane, PudMed, Cuiden y Scielo. Descriptores usados: bursa, codo, olecraniana, inflamación y dolor. Criterios de inclusión: artículos publicados en español o en inglés. Criterios de exclusión: artículos publicados en otros idiomas. Escogimos 11 publicaciones las que consideramos de mayor relevancia e interés para nuestra revisión.

RESULTADOS: Las principales manifestaciones clínicas son dolor en la región afectada, calor, eritema, hinchazón y tumefacción, sin limitación a la movilidad pasiva de la articulación adyacente; la presencia de fiebre sólo se describe en las bursitis sépticas. Ante una bursitis aguda sin datos infecciosos el tratamiento será conservador y sintomático y englobará las siguientes medidas: Frío local (eficaz primeras 24-48 horas), reposo relativo de la articulación afectada (no se aconseja que sea prolongado), evitar actividades que precipiten las bursitis, fisioterapia (estiramiento, fortalecimiento, ultrasonidos), aspiración repetida del líquido bursal, vendaje elástico. Como medidas farmacológicas se utilizarán los antiinflamatorios no esteroideos como diclofenaco, ibuprofeno, naproxeno en monoterapia o en combinación con paracetamol. Se puede hacer infiltraciones locales con esteroides para disminuir la hinchazón y aliviar el dolor.

CONCLUSIÓN: La bursitis es una dolencia frecuente relacionado con determinados tipos de actividades laborales. Los signos y síntomas suelen acercarse al diagnóstico con bastante exactitud. La ecografía es la técnica de elección en la confirmación del diagnóstico. La evolución de la bursitis suele ser favorable en el momento que se instauran las medidas tanto físicas como farmacológicas del tratamiento.

PALABRAS CLAVE: BURSA, CADERA, TROCANTÉREA, DOLOR, INFLAMACIÓN.

DOLOR DE ESPALDA: SOSPECHA DE HERNIA DISCAL

ALICIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, ANA MARIA ROMERO OLIVARES, MARIA TRINIDAD RUIZ GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: La hernia de disco intervertebral se presenta al producirse un desplazamiento de la parte central del disco o núcleo pulposo, con rotura parcial o completa del anillo fibroso y aparición de asimetría focal en la circunferencia externa del disco.

OBJETIVOS: Explicar la patología discal.

METODOLOGÍA: Búsqueda en Medline, Google Académico, Revistas de cirugía osteoarticular.

RESULTADOS: Síntomas: Lumbago severo Dolor que se irradia a glúteos, piernas y pies. Dolor que empeora al toser, hacer esfuerzos o reír. Hormigueo o entumecimiento en las piernas o los pies. Debilidad muscular o atrofia en etapas avanzadas. Espasmo muscular: Cuadros más graves son aquellos en los que una hernia se estruje completamente hacia el centro del canal raquídeo, dando alteraciones de la función de los esfínteres, pérdida de la sensibilidad en las caras interior de los muslos y de la zona genital, lo que se llama “síndrome de la cola de caballo”. Este es un cuadro de urgencia y se debe retirar la hernia mediante una intervención quirúrgica de urgencia. **MECANISMO DE PRODUCCIÓN:** Un esfuerzo puntual mayor, que sobrepasa la capacidad de retención del anillo fibroso del disco intervertebral. Posturas y movimientos repetitivos y mantenidos que hacen aumentar considerablemente la presión intradiscal. **TRATAMIENTO:** Fundamentalmente conservador, reposo en la fase más aguda (2-3 días) y medicación analgésica-antiinflamatoria. Es útil el empleo de esteroides (dexametasona) en pautas de corta duración. El tiempo de espera es de aproximadamente 6 semanas. A partir de este momento y si el dolor sigue siendo muy intenso se planteará el tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIÓN: Una hernia discal es una causa de radiculopatía. Ocurren con mayor frecuencia en los hombres de mediana edad y de edad avanzada, generalmente después de una actividad extenuante.

PALABRAS CLAVE: HERNIA DISCAL, HERNIA LUMBAR, LUMBALGIA, CIÁTICA.

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ARTROSIS

ALBA DE LA CRUZ HIDALGO FERNANDEZ, LAURA BELTRÁN JIMÉNEZ, INMACULADA ENRÍQUEZ RODRÍGUEZ

INTRODUCCIÓN: La artrosis es la enfermedad articular degenerativa más frecuente de todas las formas de artritis. Aunque frecuentemente afecta a manos, rodillas o cadera, puede afectar a cualquier articulación.

OBJETIVOS: Determinar el perfil de los pacientes que sufren artrosis y el papel de enfermería en el tratamiento no farmacológico para estos pacientes.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión literaria llevando a cabo una búsqueda bibliográfica durante octubre de 2017, en las bases de datos científicas: Pubmed, Scielo, Cuiden, Dialnet y Cochrane. Los criterios de inclusión fueron: idioma en español e inglés; publicados entre 2012 y 2017; que estuvieran relacionados con la temática. Se utilizaron los términos incluidos en los descriptores de Ciencias de la Salud: Enfermería, artrosis, artritis, epidemiología; y los operadores booleanos AND y OR.

RESULTADOS: De los 90 artículos encontrados, el 99% concluyen que es la principal causa de discapacidad en España. El 97 % determinan que afecta por igual a ambos sexos, pero que, a partir de los 55 años, tiene una incidencia mayor en mujeres. El 85% destaca que en mujeres blancas la probabilidad de artrosis en las manos es mayor y en mujeres negras la probabilidad es mayor en las rodillas. El tratamiento no farmacológico, está encaminado al alivio del dolor e intentar retrasar que la enfermedad progrese. Las principales medidas son en un 100% de los casos evitar el sobrepeso, en un 95% aplicar calor húmedo, en un 82% mantener una buena mecánica y postura corporal y en un 75% realizar actividad física protegiendo las articulaciones.

CONCLUSIÓN: Es fundamental conocer el perfil de riesgo para estar alerta y poder detectar de manera precoz los posibles signos de aparición de artrosis y recomendar a nuestros pacientes el tipo de actividades que les mantendrá con un estilo de vida idóneo. El papel de Enfermería en la artrosis es muy importante, ya que solo con las medidas no farmacológicas el paciente evitará perder movilidad y que su enfermedad tenga una progresión rápida. La medida más importante será sin duda mantener un peso adecuado, ya que las articulaciones sufrirán menos, y aplicar calor húmedo cuando aparezca el dolor, en comparación con el seco ya que este penetrará mejor haciendo un mayor efecto. Otras medidas que tendremos que recomendar será la realización de ejercicio a diario y mantener siempre una buena alineación y postura corporal.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, ARTROSIS, ARTRITIS, EPIDEMIOLOGÍA.

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE INTERVENIDO DE COLUMNA DORSO-LUMBAR

JUAN ALVARO FANDILA MARIN, LILIANA RAMIREZ MORALES, MANUEL CUESTA ENCINAS

INTRODUCCIÓN: Es fundamental consensuar el modo de actuación con pacientes intervenidos de columna dorso-lumbar. Por la importancia en la movilización de estos pacientes es conveniente elaborar protocolos que unifiquen criterios de actuación en el persona de enfermería, auxiliares de enfermería y celadores.

OBJETIVOS: Determinar la actuación ante enfermos intervenidos de columna dorso-lumbar para proporcionar bienestar y seguir al paciente.

METODOLOGÍA: Revisión Bibliográfica en diversas bases de datos y publicaciones científicas.

RESULTADOS: 1-. Regreso a planta: Mantenerlo en decúbito supino; Mantener eje longitudinal del cuerpo y control de drenajes (redón). Primer día postoperatorio: Movilización en cama, de decúbito supino a lateral (izquierdo o derecho); Movilización en bloque; Desplazar al paciente al lado contrario al giro; Flexionar el brazo que quedará bajo el cuerpo y estirar el contrario; Flexionar la rodilla que queda encima; Ayudar al giro cogiendo del hombro y la cadera al paciente, atrayéndolo hacia sí; Para comodidad y seguridad del paciente fijar la posición colocándole una almohada en la espalda. Segundo día postoperatorio. Movilización en cama, alternando decúbito supino, lateral izquierdo y lateral derecho. Control y retirada de drenajes. Petición facultativa del corsé. Tercer día postoperatorio: Movilización en cama; Colocación del corsé en decúbito supino; Sedestación en cama: Situar al paciente en decúbito lateral al borde de la cama. Bajarle las piernas. Elevar el tronco lentamente con la espalda recta y apoyando el brazo en la cama. Ayudarle sujetando el brazo libre. Permanecerá sentado en el borde de la cama hasta conseguir buena estabilidad ortostática y se realizará el paso a la silla (de asiento alto, respaldo recto y apoyabrazos), de la siguiente manera: Colocar la silla próxima a la cama. Ayudar a ponerse en bipedestación sujetándolo de ambos brazos. Girar lentamente y situarlo delante de la silla. Apoyar los brazos en los apoyabrazos. Flexionar las rodillas hasta sentarse, manteniendo la espalda recta. Deambulación. Comenzará cuando haya superado las etapas anteriores sin complicaciones y con buena estabilidad ortostática y se realizará siempre con corsé y de forma gradual.

CONCLUSIÓN: Además de conocer el procedimiento indicado en estos pacientes, es de vital importancia resaltar también los problemas potenciales: Problemas por hipotensión ortostática, al inicio de la movilización-deambulación, de acoplamiento del corsé y riesgos de cualquier intervención quirúrgica (infección, retención urinaria). Nunca debemos: perder el eje longitudinal del cuerpo y la correcta alineación de la espalda, realizar la sedestación y bipedestación del paciente sin haber colocado previamente el corsé y retirar el corsé antes de que el paciente esté tumbado en la cama.

PALABRAS CLAVE: CELADOR, DORSO-LUMBAR, CIRUGÍA DE COLUMNA, MOVILIZACIÓN PACIENTE CON CORSÉ.

VALORACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE CON PROBLEMAS OSTEOARTICULARES

MARIA GARCIA CARMONA, DEBORA GARRIDO ESPARTAL, DESEADA HERNANDEZ CAÑETE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 64 años que ingresa por traumatismo, produciéndole dolor en ingle y cadera izquierda, dolor al movimiento del miembro, rotación externa y acortamiento de la misma con deformidad e imposibilidad de elevar el talón de la cama. Madre y hermana con osteoporosis. Menopausia a los 45 años. Hace dos años caída y fractura de Colles. Fumadora 10/12 cigarros/día. Vida sedentaria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Valoración: Consciente y Orientada, TA:120/65 mmHg, FC: 100lpm, T^oC: 36.8^oC. Exploración: Dolor al movimiento del miembro, gran hematoma a nivel de la cadera izquierda, Miembro en rotación externa y acortado. Entumecimiento y hormigueo en la zona. Pruebas Complementarias: Analítica de Sangre y Preoperatorio. Estudio radiológico del miembro, evidenciándose Fractura de Cuello de Fémur Intracapsular. Densitometría ósea, donde se observa marcada falta de masa ósea, es decir, osteoporosis.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de Cuello de Fémur de Origen osteoporótico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura de Origen tumoral Vs fractura de origen Osteoporótico. Por los antecedentes personales (fractura de Colles anterior) y familiares (madre y hermanas con osteoporosis) nos decantamos por una posible fractura por osteoporosis, aunque es necesario descartar el origen tumoral por sus factores de riesgo y hábito de vida. El estudio radiológico y la densitometría nos avalan.

PLAN DE CUIDADOS: -La paciente será ingresada por la posible repercusión sistémica y la necesidad de cirugía. -Canalizaremos vía venosa para sueroterapia, antibioterapia y analgesia. -Observar c/4-6h coloración, temperatura, sensibilidad de la zona. -Mantendremos alineado el cuerpo para evitar deformidades y contracturas. -Medidas preventivas para evitar complicaciones para el paciente.

CONCLUSIONES: Las fractura de cadera constituyen un proceso patológico de importante repercusión sociosanitaria y representan la causa más frecuente de muerte traumática después de los 75 años, por lo que es importante mejorar el estilo de vida, disminuyendo los factores de riesgo predisponentes. Para los enfermos diagnosticados, el papel enfermero cobra especial importancia a la hora de elaborar planes higiénicos/dietéticos disminuyendo así las consecuencias negativas de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR, FRACTURAS, INMOVILIDAD, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

JOSE MANUEL ORIHUELA FLOR, SONIA CEBALLOS-ZUÑIGA ARJONA, MARIA DEL CARMEN TORREJON RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 39 años que tras realizar un giro durante un partido de fútbol comienza con dolor en la rodilla derecha y es atendido en Urgencias por el equipo de guardia de Traumatología. No antecedentes personales ni familiares de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente COC. Rodilla con derrame leve subcuadrípital. Laxitud aislada bien tolerada al L. L. I. McMurray para M. E. Se realiza radiografía de rodilla y tras valorar el resultado se deriva de nuevo a radiología para realización de Rmn que indica rotura completa del ligamento cruzado anterior. Posible rotura radial de la zona posterior del menisco externo, de discoide parcial.

JUICIO CLÍNICO: Dolor en rodilla derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** A la exploración no se puede confirmar que no exista un daño mayor en la rodilla por lo que se le realiza radiografía y posteriormente resonancia magnética nuclear y se confirma la rotura de ligamento cruzado anterior, por lo que el paciente previo preoperatorio y firma de consentimiento informado es trasladado a quirófano para su intervención.

CONCLUSIONES: El paciente se interviene sin incidencias y al día siguiente es dado de alta con deambulación en descarga con ayuda de bastones, indicaciones de los ejercicios a realizar, frío local, tratamiento que debe seguir y revisión en un mes con el Servicio de Traumatología. La reconstrucción de ligamento cruzado anterior es una técnica artroscópica sencilla de realizar que permite en la mayoría de los casos volver a realizar sobre todo a las personas activas su rutina deportiva. Es fundamental llevar a cabo una exploración concienzuda de la rodilla y en la mayoría de los casos realizar radiografía y descartar por resonancia magnética que hay un daño interno que pueda ser solucionado y que no llegue a verse afectada la actividad en personas relativamente jóvenes por estas patologías.

PALABRAS CLAVE: LIGAMENTO ANTERIOR, DOLOR RODILLA, LIGAMENTOPLASTÍA, ACTIVIDAD FÍSICA.

LOS EFECTOS DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ARTRITIS REUMATOIDE: REVISIÓN SISTEMÁTICA

AZAHARA DE LAS MARAVILLAS PAGAN PEREZ, MARIA AZUCENA PAGAN PEREZ

INTRODUCCIÓN: Llevar una dieta saludable es importante en todos los sentidos, pero más si cabe cuando tenemos alguna patología como es la artritis reumatoide como es nuestro caso a tratar. Una alimentación adecuada nos puede aportar nutrientes adecuados para un efecto positivo en nuestra salud y aliviar los síntomas de la enfermedad. Por el contrario, el sobrepeso conlleva a aumentar la inflamación y consecuentemente un peor estado de salud. Actualmente no hay tratamientos concretos que curen la artritis reumatoide, pero investigaciones demuestran que existe relación entre la alimentación y la inflamación que caracteriza este trastorno.

OBJETIVOS: Describir los alimentos beneficiosos para contrarrestar los síntomas de la artritis reumatoide.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica relacionada con el consumo de alimentos que son beneficiosos para aliviar los síntomas de la artritis reumatoide. Se busca en bases de datos como Pubmed, Cochrane, Cuiden, Cuidatge y Scielo entre los rangos de tiempo que van desde enero de 2015 a diciembre de 2016. Los operadores booleanos son AND y OR.

RESULTADOS: Tras el análisis de los artículos encontrados los alimentos más destacados son aquellos ricos en ácidos grasos omega 3 por tener efecto antiinflamatorio y así contribuye de manera positiva a tratar la artritis. Entre ellos tenemos el aceite de canola, de oliva, maíz, de soja y linaza (este último destaca por lubricar las articulaciones y disminuir el dolor). Entre las verduras y hortalizas se recomiendan los ricos en vitamina c por sus propiedades antioxidantes como las coles, lechuga, brócoli, acelgas, espárragos, zanahorias, calabaza entre otros Frutas, frutos secos y semillas ricos en vitamina c y antioxidantes como las manzanas, peras, plátanos, melón, sandía, cerezas, fresas. Semillas de lino y sésamo. Los Cereales integrales favorecen la eliminación de toxinas.

CONCLUSIÓN: Existen numerosos alimentos que contribuyen a minimizar los efectos de la artritis reumatoide.

PALABRAS CLAVE: ALIMENTOS, BENEFICIOS, ARTRITIS REUMATOIDE, SÍNTOMAS, SALUDABLE.

FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS POR CIRUGÍA DE PRÓTESIS DE RODILLA: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO E INTRAOPERATORIO

SIMONA BARBA FERNÁNDEZ, CARMEN NAVARRO ROJAS, MARÍA JOSÉ BARBA FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La infección de la herida quirúrgica es una de las causas más habituales de complicaciones quirúrgicas graves. La aparición de infección de prótesis de rodilla supone una disminución de la calidad de vida del paciente. Además, supone un elevado coste económico y social de reincorporación al trabajo, así como una mortalidad de hasta un 20%.

OBJETIVOS: Conocer las intervenciones enfermeras recomendadas para la prevención de infección en heridas quirúrgicas por artroplastia de rodilla durante la intervención y previamente.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de la literatura publicada sobre el tema en las bases de datos Pubmed, Cochrane y Medline.

RESULTADOS: Entre los principales factores de riesgo que predisponen a la infección de la herida quirúrgica en artroplastia de rodilla se encuentran un índice de masa corporal superior a 40 kg/m², artritis reumatoide, trombosis venosa profunda, anemia, hipercolesterolemia, demencia y el hábito tabáquico. En el intraoperatorio, el riesgo de infección aumenta en casos de cirugía bilateral simultánea, tiempo operatorio elevado y prescindir de barreras adhesivas sobre la incisión, entre otras. Como se refleja en diversos estudios, enfermería ha de enfocar sus intervenciones hacia la minimización de estos factores dentro de las posibilidades individuales de cada paciente.

CONCLUSIÓN: Las intervenciones enfermeras previas a la operación comprenden la evaluación del estado nutricional del paciente y un consejo dietético sistemático. Por otra parte, enfermería asegurará la valoración médica de éste en relación a tratamientos inmunosupresores, debido a su relación directa con el aumento de infecciones y con la lenta curación de heridas. En cuanto al hábito tabáquico, se llevará a cabo un consejo antitabaco sistemático. Por otra parte, las intervenciones relacionadas con el intraoperatorio que se han de llevar a cabo son la profilaxis antibiótica 30 minutos antes de la incisión, provisión de las barreras adhesivas y aseguramiento de la esterilidad instrumental, normotermia y uso del antiséptico correcto.

PALABRAS CLAVE: ARTROPLASTIA DE RODILLA, INFECCIÓN, HERIDA QUIRÚRGICA, ENFERMERÍA.

FRACTURA VERTEBRAL EN EL ADULTO JOVEN

PATRICIA MONTIEL CRESPO, ROCIO INMACULADA SANCHEZ MARTIN, NURIA INFANTE CHACÓN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 30 años que acude al servicio de urgencias hospitalaria tras caída accidental en domicilio. Presenta dolor lumbar irradiado a flancos sin otra sintomatología asociada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su ingreso, actitud en flexión lumbar, escoliosis antiálgica y dolor a la palpación lumbar. Abdomen blando y depresible, molestias en ambos flancos, movilidad en miembros inferiores conservada y simétrica. Se solicita RX y analítica preoperatoria de urgencia.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de vértebra lumbar L 1. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Subluxación vertebral, hernia discal, lesiones de la cola de caballo.

PLAN DE CUIDADOS: Reposo en cama, analgesia, TAC diagnóstico y corsé durante 4 meses con controles radiográficos seriados cada mes para valorar evolución favorable.

CONCLUSIONES: La fractura vertebral en el adulto joven tiene como causa principal el traumatismo accidental, su tratamiento en caso de no ser quirúrgico, pasará por el reposo absoluto en cama con movimientos en bloque, analgesia prescrita por traumatólogo y según evolución, corsé hasta la total recuperación.

PALABRAS CLAVE: DOLOR LUMBAR, ANALGESIA, CORSÉ, CAÍDA ACCIDENTAL, MOVILIDAD.

LA ARTRITIS GOTOSA Y SUS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

MARÍA MONTESINOS OLAYA, JUANA OLAYA GARRIDO, CRISTINA BEATRIZ MONTESINOS OLAYA

INTRODUCCIÓN: La artritis gotosa también llamada gota son depósitos de sales de urato monosódico dentro del tejido sinovial. Son la consecuencia de un nivel alto de ácido úrico en plasma. Esta elevación de sangre puede estar ocasionada por defecto del metabolismo de purinas o por un problema renal que dificulta la excreción del mismo.

OBJETIVOS: Conocer las intervenciones de enfermería en la artritis gotosa.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática sobre los cuidados de enfermera en la artritis gotosa en tres bases de datos: Cuiden, Pubmed y Cinalh utilizando descriptores MeSH en español como: “artritis gotosa” “intervenciones de enfermería” y en inglés “Arthritis Gouty” “Nursing Interventions”. Se obtuvieron 20 artículos de los cuales tras aplicar los criterios de inclusión (1. Artículos a textos completo, 2. Artículos entre 2007 – 2017, 3 Escritos en inglés o español) nos quedamos con 10.

RESULTADOS: La hiperuricemia sostenida puede causar depósitos de cristales de urato en algunos tejidos. Cuando los cristales precipitan en la articulación hay una reacción inflamatoria y comienza el “ataque de gota”. Cuando hay crisis repetidas las acumulaciones de urato de van depositando en áreas periféricas y pueden formar cálculos renales.

CONCLUSIÓN: Las intervenciones de enfermería que se proponen son: En las fases agudas hay que dejar la articulación en reposo, dieta ligera y líquidos abundantes. Aconsejaremos higiene de la piel para evitar lesiones en áreas tofáceas. Sobretodo haremos hincapié en la dieta con pocas proteínas.

PALABRAS CLAVE: ARTRITIS GOTOSA, INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA, ENFERMERÍA, TRAUMATOLOGÍA.

CUIDADOS EN LA RECUPERACIÓN DE LA REPARACIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO DE RODILLA

ADRIANA GONZALEZ BELTRAN, SARA GONZALEZ BELTRAN, VIRGINIA GARCIA
MANZANARES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 29 años, acude derivado desde secretaria para ingreso por lesión de LCA y asa de cubo en menisco interno de rodilla derecha tras traumatismo hace 5 semanas. No tiene alergias conocidas. Sin hábitos tóxicos. Trabaja como administrativo. Síndrome antifosfolípido primario en tratamiento AAS, debutó a los 10 años con corea. Antecedentes de CIV que se cerró espontáneamente e insuficiencia aórtica de recién nacido. Intervenido de amigdalectomía. Tratamiento habitual: Adiro 100 mg, eslicarbamacepina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Ligero dolor en interlinea articular interna, Lachaman +, McMurray -. Resonancia magnética de rodilla derecha. Radiografía para valorar daños. Se completa el estudio con secuencias sagitales para visualización de LCA y axiales DP con supresión grasa.

JUICIO CLÍNICO: Rotura ligamento cruzado rodilla. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se observa normal disposición y visualización de fibras del LCA desde la espina tibial externa a la escotadura intercondílea, con peor definición de fibras en la porción más proximal (inserción proximal) sin que se observen signos de rotura. Valorar con clínica posible desgarro parcial de bajo grado a ese nivel. Importante derrame articular.

PLAN DE CUIDADOS: Es necesario hacer reposo, poner hielo, compresión y elevación de la zona, realizar ejercicios activos de flexión de la rodilla y masajes drenantes, que servirán para reducir la inflamación de la rodilla. Además, deberá desplazarse siempre con muletas.

CONCLUSIONES: Es una lesión complicada, que requiere de una larga recuperación y en la que no siempre es factible recuperar al cien por cien la movilidad que se tenía en la rodilla. Se estima entre cuatro y seis meses tras la intervención quirúrgica, la recuperación mínima. Algunas personas pueden vivir y desempeñarse normalmente con un desgarro en el LCA. Sin embargo, la mayoría de las personas sienten que su rodilla es inestable. Las rupturas del LCA que no se reparan pueden llevar a un mayor daño en la rodilla.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, LIGAMENTO CRUZADO, TRATAMIENTO, REPARACIÓN, QUIRÓFANO.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA: PACIENTE CON ESPOLÓN CALCÁNEO

MARIA ANGUSTIAS REGIL HENARES, MARIA TERESA IZQUIERDO MEDINA, ANTONIA PEÑALVER ORTEGA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 56 años que acude a una primera visita a la consulta de traumatología, derivada desde su médico de familia, por dolor en el talón izquierdo desde hace un mes, no tiene antecedentes de traumatismo, está afebril y refiere no estar tomando ningún tipo de tratamiento para el dolor. Antecedentes personales: no alergias a medicamentos conocidas (NAMC), pólipos en colon, hipotiroidismo en tratamiento con eutirox, ferropenia y no antecedentes quirúrgicos. Antecedentes familiares: padre con HTA, madre diabética y tía materna operada de cáncer de útero.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tras la exploración la paciente presenta buen estado general, orientada y eupneica, normohidratada y normocoloreada, afebril, no petequias, no exantemas. Solicitamos Rx de pie izquierdo con proyección en el calcáneo.

JUICIO CLÍNICO: Espolón calcáneo en pie izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras la sospecha inicial de un mal apoyo y dolor causado por el tipo de calzado, en la radiografía se aprecia espolón calcáneo en pie izquierdo.

PLAN DE CUIDADOS: Calzado cómodo. Se recomienda el uso de plantillas de descarga si lo estima oportuno. Tratamiento con ibuprofeno 600 mg cada 8 horas y paracetamol 1 gr cada 8 horas. Control por su médico de familia.

CONCLUSIONES: Se concluye que la paciente debe volver en caso de empeoramiento para valorar cirugía.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, ESPOLÓN, CALCÁNEO, PIE, IZQUIERDO.

ACCIDENTE DE TRÁFICO LABORAL Y FRACTURAS MÚLTIPLES

MONICA IGLESIAS LOPEZ, NATALIA LERENA SANTOS, CORONADA MENA TORRES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer que es trasladada en la uvi mobil al servicio de urgencias del hospital tras sufrir un accidente de tráfico por traumatismo nasal, hombro derecho, hemipelvis y cadera izquierda. EF: consciente y orientada. Glasgow 15. Pares craneales normales. Resto exploración neurológica normal. Tumefacción y deformidad en tabique nasal. Dolor, deformidad e impotencia funcional de cadera izquierda y hombro derecho. Acortamiento y rotación interna de miembro inferior izquierdo. Exploración neurovascular periférica normal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: RX y TAC de pelvis, cráneo y columna cervical: luxación posterior de cadera izquierda + fractura compleja acetabular izquierda que afecta techo, pared y columna posterior con extensión a pared anterior. Fractura de cuello quirúrgico en extremo proximal de húmero (eph) derecho inestable. Fractura de huesos propios con desviación de tabique nasal.

JUICIO CLÍNICO: Fractura-luxación de acetábulo izquierdo. Fractura de cuello quirúrgico desplazada de extremo proximal de húmero derecho tipo 3 de Neer. Fractura desplazada de tabique nasal. **PLAN DE CUIDADOS:** El postoperatorio transcurre de forma favorable, debiendo seguir las siguientes indicaciones en su domicilio: Puede sentarse. Debe realizar ejercicios explicados de movilidad de hombros y codo derechos, flexo-extensión de rodilla y tobillo izquierdo e isométricos de cuádriceps izquierdo, glúteos (nalgas) y de movilidad de miembros inferiores. Férula antiequino en pie izquierdo nocturna. Precisar revisión por servicios de ORL y psiquiatría en su área. Nalotil 1 comp/vo/8 horas si dolor. Hibor 5000 ui 1 inyección/sc/cada 24 horas/1 mes. Omeprazol 20 mg 1 comp/vo/24 horas. Hidroxi-vitamina B12-B6-B1, 1 comp/vo/8 horas durante 1 mes. Cura de herida -sutura intradérmica- de hombro derecho por ATCS de zona. Valorar retirar puntos a los 10 días de la cirugía.

CONCLUSIONES: Deberá acudir a consultas externa de traumatología de este hospital, tercer nivel, para control clínico y radiológico. Previa petición de cita, se adjunta solicitud de radiografías.

PALABRAS CLAVE: TRAUMATISMO, FRACTURA, LUXACIÓN, INESTABLE, DESVIACIÓN, DEFORMIDAD.

EL CELADOR Y LA PREVENCIÓN DEL DOLOR LUMBAR EN URGENCIAS

MARIA DOLORES RODRIGUEZ SERRANO , DAVID SANCHEZ RODRIGUEZ , GABRIEL LORENZO LORENZO

INTRODUCCIÓN: La estructura osea-muscular por el mal posicionamiento y una mala movilización y un sobres-esfuerzo al levantamiento de enfermos o esfuerzos menores repetitivos, pueden somatizar en el personal sanitario en un descompesamiento muscular , que suelen desembocar por lo general en una lumbalgia; Por el manejo inadecuado de carga y posturas incorrecta en el manejo del enfermo, hay que prevenir las alteraciones del esqueleto-oseo.

OBJETIVOS: Conocer el proceso para conseguir una mejora en los movimientos posturales. Establecer medidas preventivas. Prevenir otras patologías relacionadas con el movimientos bruscos.

METODOLOGÍA: Tras la revisión bibliográfica analizamos las principales lesiones crónicas que se desarrollan en urgencias por los celadores, por una mala higiene postular. Se hizo un estudio en los hospitales de Granada entre las posiciones que se adoptan erróneamente con las posiciones que se debieran adoptar correctas, para la prevención de daños irreparables.

RESULTADOS: Los movimientos repetitivos y la mala adopción de posturas adecuadas , en el manejo de cargas y la movilización inadecuada de los enfermos, en el trabajo hacen que el trabajador sanitario tengan dolores oseo-musculares.

CONCLUSIÓN: Es de vital importancia una buena información postural para el manejo de carga y para desarrollar una actividad profesional con los enfermos, para el buen manejo a la hora de prevenir posibles accidentes lumbares. Los conocimientos sobre la higiene postural, minimizan las agresiones a la que están sometidas las estructuras oseo-musculares preservándola de lesiones.

PALABRAS CLAVE: MOVIMIENTOS, REPETITIVOS, DOLOR, PREVENCIÓN.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS

DAVID SANCHEZ RODRIGUEZ , GABRIEL LORENZO LORENZO, MARIA DOLORES RODRIGUEZ SERRANO

INTRODUCCIÓN: El paciente politraumatizado es el que tiene más de una lesión traumática, algunas de las cuales comporta un riesgo vital para su vida. La gravedad del accidentado politraumatizado hace que el tiempo en atenderlo sea lo más importante, los primeros minutos son muy importantes para una primera evaluación y salvar la vida del accidentado.

OBJETIVOS: Determinar la importancia de la atención inicial a un paciente politraumatizado por parte del personal sanitario en urgencias.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: El tratamiento inicial del paciente traumatizado grave requiere una rápida valoración de las lesiones y la inmediata intervención de los médicos en el lugar del accidente es muy importante puesto que el factor tiempo es esencial, es deseable un enfoque sistemático del problema, que pueda ser revisado y practicado. Por lo que es necesario una valoración inmediata del accidentado recoger datos para su correcta actuación, para que el paciente sea atendido con eficacia, ya que los primeros minutos de su valoración son muy importantes para su vida. Hacer una primera valoración con las lesiones más graves y empezar a tratarlas.

CONCLUSIÓN: Los pacientes son valorados y las prioridades del tratamiento se establecen en base a sus lesiones, la estabilidad de sus signos vitales y el mecanismo de lesión. Las funciones vitales deben ser valuadas rápida y eficazmente. Los celadores acompañan al accidentado a todas las pruebas que se les realizan para una buena movilización en bloque y evitar más daños.

PALABRAS CLAVE: FACTOR TIEMPO, VALORACIÓN PRIMARIA, VALORACIÓN SECUNDARIA, TRAUMATOLOGÍA.

LA ELECCIÓN CORRECTA MEDIAS ELÁSTICAS DE COMPRESIÓN Y VENDAJE ELÁSTICO NO COMPRESIVO EN ESGUINCE DE TOBILLO

ANA MARIA RAMOS LAZARO, MERCEDES CONTRERAS JIMENEZ, MARIA YOLANDA MATEOS ESPAÑA

INTRODUCCIÓN: El tratamiento de un esguince de tobillo y su vendaje pueden mejorar de forma inmediata el dolor pero pueden producir reincidencia posterior

OBJETIVOS: Comparar los resultados de dos métodos compresivos ante un esguince de tobillo durante los primeros días tras la lesión. Evaluar la disminución del edema y el control del dolor para conseguir una recuperación de un tobillo indoloro, móvil y estable.

METODOLOGÍA: El estudio se realiza tomando datos en el Hospital de la Ribera Valencia. Desde Febrero de 2012 a Julio de 2012. Los pacientes del estudio son mayores de edad con un esguince de tobillo lateral agudo. Se recogen los siguientes datos: la circunferencia del edema, la intensidad del dolor mediante la Escala Analógica Visual del dolor, y la incidencia de complicaciones asociados al tratamiento compresivo. Los datos son interpretados por un evaluador externo.

RESULTADOS: El esguince de tobillo consiste en la distensión de ligamentos en la articulación del tobillo, estas lesiones se producen más frecuentemente en las actividades cotidianas y menos frecuentes en la práctica deportiva. El tratamiento debe enfocarse en la disminución de la inflamación con recuperación funcional y evitar la cicatrización incorrecta de los ligamentos que pueden producir síntomas como dolor o edema y por sucesivas recaídas, por tanto es muy importante un tratamiento de Protección, Reposo, hielo, Compresión y Elevación. No se ha hallado diferencias importantes entre los distintos tipos de vendas, si el uso más conveniente entre ambos para evitar las complicaciones, no aplicar vendajes adhesivos en insuficiencia venosa, lesiones cutáneas o gran tumefacción, estos tampoco protegen los ligamentos lesionados, el vendaje compresivo controla mejor el edema.

CONCLUSIÓN: El estudio diferencial inicial para un diagnóstico apropiado de gravedad nos dirá el tipo de vendaje que condiciona la elección terapéutica, asociado con un rápido tratamiento efectivo que puede evitará problemas de reincidencia.

PALABRAS CLAVE: TOBILLO, ESGUINCE, VENDAJE, MEDIAS.

ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

MARIA JESÚS PADIAL HERMOSO, MARIA COMINO ORTEGA, EVA MARIA MARQUEZ JIMENEZ

INTRODUCCIÓN: Entendemos por traumatismo cráneo encefálico a una alteración del cerebro provocado por una fuerza externa que puede provocar disminución o disfunción del nivel de conciencia, alterando las actividades físicas, emocionales e incluso cognitivas.

OBJETIVOS: Determinar la atención y la actuación del personal sanitario ante pacientes que presentan traumatismo craneoencefálico. Identificar las diferentes causas que provocan el traumatismo craneoencefálico.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio tomando como población clave a pacientes con TCE, atendidas en las urgencias del hospital durante seis meses. Se valora y estudia los traumatismos y las consecuencias.

RESULTADOS: El TCE, es una de las principales causas de muerte y discapacidad. El 75% se presenta en el grupo de edad activa entre 15-35 años, el 25% es para el resto. Siendo un 80% hombres y el 20% mujeres. Entre las causas comunes de traumatismo craneal se encuentran: Los accidentes laborales o en el hogar que sería un 30%, practicar deportes o realizar actividades al aire libre con un 25%, la agresión física representa un 10% y los accidentes de tráfico un 35%. Es importante un diagnóstico rápido para poder paliar las consecuencias, para ello se realiza una exploración física, se entrevista al paciente, e incluso de hacen pruebas de imagen. Además los cuidados de enfermería deben ser eficaces ayudando al paciente a una corta hospitalización. Tratar al paciente rápido y eficaz para que las consecuencias sean menores.

CONCLUSIÓN: Después de analizar los datos recogidos llegamos a la conclusión, de que los traumatismos cráneo encefálicos son la mayor causa de muerte y discapacidad, produciendo al paciente daños: Leves 10%, moderados 10%, graves 80%. Las secuelas producidas por el traumatismo cráneo encéfalo puede ser: Psicomotriz que provocan discapacidad motora y sensitiva, cognitivas que causan dificultad en el aprendizaje, problemas de atención. Además de las secuelas comunicativas con la alteración del lenguaje y de expresión y las conductuales con la distorsión emocional, y conductas inadecuadas. Un diagnóstico rápido ayuda a que las secuelas se reduzcan.

PALABRAS CLAVE: TRAUMATISMO, CONSECUENCIAS, CRÁNEO, DIAGNÓSTICO.

DEFORMIDAD POSTRAUMÁTICA DEL CODO DE LARGA EVOLUCIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

ISABEL MARIA SANCHEZ CAMPOS, ALICIA TORRES MIRAS, DOLORES RAMOS MARTINEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 42 años que acudió a consultas externas por presentar deformidad acusada del codo derecho de larga evolución y con pérdida de fuerza en la mano derecha. Refiere antecedentes de una fractura de dicho codo ocurrida en la niñez. Se le realizó una transposición submuscular del nervio cubital a los 19 años.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: TA: 120/70; FC: 82 lpm; DTT: 105 mg/dl; Saturación de oxígeno: 98%. Auscultación pulmonar: normal. Auscultación abdominal: abdomen blando y depresible. Deformidad en valgo del codo derecho junto a atrofia distal de toda la musculatura, pronosupinación normal, pérdida de fuerza e hipoestesia en territorio cubital. Pruebas complementarias: Radiografía simple anteroposterior (AP) y lateral donde se pudo comprobar que la deformidad del codo era a causa de una fractura desplazada del epicóndilo en la infancia.

JUICIO CLÍNICO: Se aprecia deformidad en valgo del codo derecho como secuela de una fractura sufrida en la niñez y parálisis cubital tardía. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Artrosis, artritis reumatoide y síndrome del túnel carpiano.

CONCLUSIONES: Dichas deformidades se deben a complicaciones de las fracturas de codo sufridas en la infancia que junto a la deformidad estética existente se pueden asociar con una serie de limitaciones funcionales que en muchos de los casos puede haber una parálisis del nervio cubital. Existen diferentes osteotomías para la corrección del cúbito varo y del cúbito valgo como puede ser de cierre lateral, de escalón lateral o bien otras técnicas que permite la corrección de la deformidad. Dichas técnicas no siempre resuelven las limitaciones que presenta el paciente.

PALABRAS CLAVE: CODO, FUERZA, NIÑEZ, PÉRDIDA.

FRACTURA CÓNDILO LATERAL FEMORAL EN PACIENTE ENCAMADO

MARÍA DE LA PAZ BLANCO LARA, AMPARO FERNÁNDEZ GÓMEZ, PATRICIA FAJARDO VELASCO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de unos 89 años, escritor de profesión, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de cardiopatía isquémica, EPOC, hipertrofia prostática, dislipemia, hiperglucemia, HTA, bloqueo rama derecha. Exfumador desde hace más de 40 años, sin otros hábitos tóxicos conocidos. En tratamiento habitual con: tamsulosina, omeprazol, spiriva, symbicort, enalapril, furosemida, parches de nitroglicerina, aspirina, lorazepam. Acude a Urgencias refiriendo dolor muy intenso en rodilla izquierda tras traumatismo en las horas previas. Desde entonces tanto el dolor como la inflamación han ido en aumento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física, apreciamos tumefacción de rodilla afectada con crujido intenso e impotencia funcional tanto a la movilidad activa como pasiva. Encontramos además, acortamiento de miembro inferior izquierdo como secuela de poliomielitis con 5 años de edad y parálisis de la misma, quedando el pie del mismo lado en varo. Paciente pasa a Observación, pautamos analgesia por el intenso dolor y solicitamos una radiografía de rodilla izquierda (que se adjunta) en la que se observa una rodilla con características de articulación de “no carga”, así como fractura del cóndilo lateral de ese miembro. Resto de exploración física sin hallazgos destacables.

JUICIO CLÍNICO: Fractura cóndilo lateral fémur izquierdo. **PLAN DE CUIDADOS:** Se realiza interconsulta urgente con servicio de Traumatología, que tras valoración del paciente y de las proyecciones radiográficas realizadas, solicitan férula para inmovilización relativa y cita para revisión en consultas externas en unos días. Se procede al alta del paciente a domicilio con estas indicaciones.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE ENCAMADO, POLIOMIELITIS, FRACTURA FÉMUR, FRACTURA CÓNDILO LATERAL FÉMUR.

PACIENTE JOVEN CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO POR ACCIDENTE DE TRÁFICO

MARÍA DE LA PAZ BLANCO LARA, INMACULADA AGUILAR LÓPEZ, MARIA BLANCA MORAL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de unos 23 años de edad, estudiante de periodismo, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de ansiedad y depresión, actualmente sin tratamiento. Acude a Urgencias derivada por servicio DCCU, tras accidente de tráfico (salida de vía con colisión frontal). Presenta traumatismo cráneo-encefálico con importante herida-inciso contusa en hemicara izquierda con sangrado muy activo y abundante. No ha perdido el conocimiento en ningún momento, aunque se encuentra mareosa. No náuseas ni vómitos. No otros síntomas acompañantes. Al parecer, la paciente iba en la zona trasera del coche sin cinturón de seguridad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración, la paciente presenta buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Normocoloreada, bien hidratada y perfundida. Cabeza: HIC en región frontotemporal con dos puntos de sangrado arterial continuo, deformidad a ese nivel sin crepitación. ACR: normal. Tórax. No deformidades ni crepitación al palpar costillas. MMSS: heridas erosiva en mano derecha, no deformidad ni crepitación. Glasgow 15/15, no rigidez de nuca, PINLA, MOEC, fuerza, sensibilidad y coordinación conservados. Romberg negativo. Abdomen blando y depresible, no se observan masas ni megalias. RHA conservados. MMII: pelvis isndeformidad ni crepitación, HIC en MID. No otros hallazgos. Se pasa paciente a observación, solicitamos analítica, tac cráneo sin contraste iv, radiografías de mano derecha y rodilla del mismo lado. Con sangrado activo sufre episodio de hipotensión, durante el que es necesario valoración por UCI, tras su estabilización, dicho servicio descarta actuación por su parte. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación dentro de los parámetros normales. TAC Cráneo: rectificación lordosis cervical. Se descartan líneas de fractura. Analítica de control sin alteraciones significativas.

JUICIO CLÍNICO: TCE en accidente de tráfico. **PLAN DE CUIDADOS:** La paciente está estable, y asintomática, se decide alta a domicilio con observación, tratamiento sintomático y control por su médico de atención primaria.

CONCLUSIONES: Como conclusión, queremos destacamos la importancia del cinturón de seguridad para prevenir lesiones en los accidentes de tráfico.

PALABRAS CLAVE: TCE, ACCIDENTE DE TRÁFICO, HEMORRAGIA NASAL, CINTURÓN DE SEGURIDAD.

PACIENTE MUJER POR TUMORACIÓN EN CODO IZQUIERDO

MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS, BENITO MAURO JUAREZ, SANDRA MUÑOZ GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 65 años que acude a atención primaria, sin antecedentes de interés, que presenta desde hace tres meses una tumoración indolora en la cara interna del codo izquierdo. No recuerda traumatismo previo. Refiere incremento progresivo y discreta limitación de la movilidad en la articulación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Bultoma de unos 7x5cm en cara interna del codo izquierdo. No resulta doloroso a la palpación. Está bien delimitado y no adherido a planos profundos. Afecta mínimamente al flexo-extensión del codo, debido al tamaño, y no asocia signos inflamatorios.

JUICIO CLÍNICO: Tumoración de partes blandas sugerente de lipoma. A descartar patología maligna. Realizamos ecografía que muestra una imagen redondeada, yuxta-articular e isoecogénica de unos 7 cm de eje mayor. Está bien delimitada y encapsulada. No presenta calcificaciones ni vascularización con eco-doppler color. Estos hallazgos son sugerentes de lipoma. Para completar estudio y valorar extirpación se deriva a traumatología, que confirma diagnóstico de lipoma con resonancia magnética.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Sarcoma de partes blandas, osteosarcoma, fibroma, lipoma, hemangioma, condroma, osteoma e higroma.

PLAN DE CUIDADOS: Se realiza extirpación por motivos funcionales y estéticos.

CONCLUSIONES: Una herramienta diagnóstica muy útil en estos casos es la ecografía, ya que si sabemos manejarla adecuadamente nos permitirá descartar malignidad y realizar un acertado enfoque diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: TUMOR, LIPOMA, RESONANCIA MAGNÉTICA, ECOGRAFÍA.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA FRACTURA DE CLAVÍCULA: A PROPÓSITO DE UN CASO

SILVIA FERNANDEZ MARTÍNEZ, ANA MARIA PEREZ HEREDIA, MARIA ISABEL SANCHEZ NAVARRO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 28 años que ha sufrido una colisión con una valla durante una carrera de bicicletas. En el momento de la caída sufre un síncope del que se recupera a los pocos minutos. Acude al servicio de urgencias y se le diagnóstica una fractura de clavícula de 1/3 medio, procediéndose a su inmovilización mediante vendaje en 8 de guarismo. Tratamiento médico: nolitil 575 mg c/8h.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 112/75 mmHg, FC 80 lpm,FR 16 rpm y radiografía de tórax.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de clavícula izquierda. **PLAN DE CUIDADOS:** DxE (0004) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física y factores mecánicos. NOC (1102) Curación de la herida: por primera intención. NIC (3660) Cuidados de las heridas (3590) Vigilancia de la piel. DxE (00085) Deterioro de la movilidad física r/c pérdida de la integridad ósea y disminución de la fuerza m/p imposibilidad para realizar las AVD. NOC (0208) Nivel de movilidad NIC (0940) Cuidados de tracción/inmovilización. (0224) Terapia de ejercicios: movilidad articular. DxE (00109) Déficit de autocuidado en el vestido/acicalamiento r/c pérdida de la integridad de estructuras óseas y disminución de la fuerza m/p imposibilidad de moverse. NOC (0300) Cuidados personales en las AVD. NIC (1802) Ayuda con los autocuidados: vestir/acicalamiento. DxE (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p cambios en el pulso y en la respiración. NOC (1605) Control del dolor. NIC (1400) Manejo del dolor (2210) Administración de analgésicos (2380) Manejo de la medicación.

CONCLUSIONES: Una fractura supone un cambio en el estilo de vida físico y emocional de quien la sufre, y más si es una persona físicamente muy activa. Los cuidados de enfermería se basan en el control del dolor y en la inmovilización para lograr su correcta curación. Enfermería también se encargará de los cambios emocionales derivados de la falta de movilidad como ansiedad y temor.

PALABRAS CLAVE: URGENCIAS, INMOVILIZACIÓN, ENFERMERÍA, CUIDADOS, TRAUMATOLOGÍA, CLAVÍCULA.

SISTEMAS SEMIESTABLES DE INMOVILIZACIÓN: CORRECTA COLOCACIÓN POR ENFERMERÍA DE FÉRULA DE YESO EN TOBILLO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE TRAUMATOLOGÍA

CARMEN NAVARRO ROJAS, MARÍA JOSÉ BARBA FERNÁNDEZ, SIMONA BARBA FERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 39 años que acude al servicio de urgencias de traumatología y refiere haberse doblado el tobillo derecho mientras bailaba.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración la paciente presenta dolor, nivel 8 en la escala numérica, inflamación, hematoma e impotencia funcional de maléolo externo de tobillo derecho. Se realiza radiografía de control observándose que la mortaja tibio-astragalina mantiene su morfología normal y que existe un aumento de densidad en las partes blandas de la zona peroneal.

JUICIO CLÍNICO: Esguince de 3º grado de tobillo derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura bimaleolar de tobillo derecho.

PLAN DE CUIDADOS: Técnica de colocación de una férula: Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar. Colocar al paciente en la posición más cómoda posible. La extremidad a inmovilizar debe estar en posición anatómica funcional. Proteger la piel almohadillando con vendas de algodón especialmente prominencias óseas y la zona donde queden los extremos distal y proximal de la férula. Por encima del algodón es aconsejable la colocación de una venda de papel. El tamaño de la férula se obtiene mediante medición directa de la zona a inmovilizar y se forma plegando capas sobre sí misma de vendas de yeso, se moja en agua, se escurre y se coloca sobre la extremidad afectada adaptándola a los relieves anatómicos. Realizar vendaje contentivo con la férula húmeda con vendas de gasa o elástica.

CONCLUSIONES: La férula de yeso es un tipo de inmovilización semiestable realizado mediante capas de yeso que sirve para restringir la movilidad del miembro afectado. Puede emplearse como tratamiento definitivo de cierto tipo de lesiones no complicadas, por ejemplo un esguince grado II o III, o como tratamiento provisional previo a intervención quirúrgica o a la colocación de un yeso cerrado cuando se prevea un edema importante.

PALABRAS CLAVE: URGENCIAS, ENFERMERÍA, INMOVILIZACIÓN, TRAUMATOLOGÍA.

FRACTURA DE MUÑECA. CUIDADOS ENFERMEROS

MANUEL JESÚS PACHECO GAUTIER, MARÍA TERESA HERRERA CALDERÓN, SANDRA PÉREZ RUBIO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 83 años que acude por traumatismo en muñeca derecha tras caída y carga del peso sobre dicha mano. No RAM. AP: HTA, dislipemia, artrosis. Niega IQx. Tratamiento habitual: Telmisartán 40 mg/HCTZ 12,5 mg; Omeprazol 20 mg, Mizolastina 10 mg, Simvastatina 10 mg, Hidroxil, Torasemida 5 mg, Feliben 35 mcg.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: REG. Dolor tanto a la movilidad activa como pasiva; inflamación, deformidad e impotencia funcional en muñeca derecha en ausencia de hematoma. Exploración neurovascular distal sin alteraciones. RX: Fractura de extremidad distal de radio derecho con desplazamiento hacia dorsal y radial y trazo de fractura intraarticular junto a conminución importante con afectación articular; se descarta Fractura de Colles. Se administra diclofenaco y adolonta (tramadol) IM. Bajo anestesia local, reducción e inmovilización con yeso antebraquial. RX control: dado que la reducción no ha sido completamente satisfactoria se realiza preoperatorio para ser intervenida: ECG, RX Tórax; se cursan hemograma, bioquímica y pruebas de coagulación.

JUICIO CLÍNICO: Fractura distal de radio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura de Colles. Fractura de primer metacarpiano.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico NANDA: 00148 Temor relacionado con intervención quirúrgica manifestado por nerviosismo. NOC: 1402 Autocontrol de la ansiedad (140201 Elimina precursores de la ansiedad, 140204 Busca información para reducir la ansiedad). NIC: 5230 - Aumentar el afrontamiento (instruir al paciente en técnicas de relajación), 5820 - Disminución de la ansiedad (animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos), 5610 - Enseñanza: prequirúrgica (proporcionar información acerca de lo que oírán, olerán, verán, gustarán o sentirán durante el suceso).

CONCLUSIONES: Debido a la actuación precoz y eficaz por parte de los profesionales se pudieron evitar complicaciones y reconducir el caso a la realización de una intervención quirúrgica para resolverlo de forma óptima.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, RADIO, MUÑECA, ARTICULACIÓN, DOLOR, CAÍDA.

ESCOLIOSIS IDEOPÁTICA UNA ENFERMEDAD FRECUENTE EN ADOLESCENTES

ISABEL MARIA SERRANO CRUZ, IRENE CABEO GARCIA, ANA MARIA MUÑOZ FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: Se denomina escoliosis a una deformidad de la columna vertebral, donde se producen unas curvaturas laterales, donde se manifiesta por asimetría del cuerpo, deformaciones torácicas y lumbares donde se degeneran las articulaciones intervertebrales y dolor radicular. El ejercicio acuático ayuda a potenciar la musculatura de la columna mejorando el estado de bienestar del paciente, donde casi todos estos pacientes son adolescentes.

OBJETIVOS: Analizar cómo detectar la escoliosis en adolescentes, y las medidas para ayudarles a mejorar su bienestar haciendo ejercicios en medio acuáticos.

METODOLOGÍA: Revisión Bibliográfica: se ha buscado información en las siguientes bases de datos: Dialnet, Cochrane, Pubmed, donde se han usado los siguientes Descriptores: curvaturas laterales, escoliosis idiopática, acuáticos.

RESULTADOS: Se detectaron 13 niños a través de las consultas de pediatría de los cuales no manifestaban dolor intenso de espalda aunque si molestias y malestar por esa causa acudieron al pediatra, algunos de ellos hacían algún tipo de deporte, otros solo el que impartían en el colegio. Otros realizaron ejercicios en el agua normalmente natación, conforme que pasaron los días e hicieron todos sus ejercicios, notaron una gran mejoría y disminuyeron las molestias y el dolor de espalda.

CONCLUSIÓN: El ejercicio acuático es muy importante fomentarlo en adolescentes con este tipo de enfermedad como es la escoliosis, estos ejercicios no les curan pero les ayudan a ir mejorando los síntomas y se van sintiendo cada vez mejor.

PALABRAS CLAVE: ADOLESCENTES, EJERCICIOS ACUÁTICOS, ESCOLIOSIS IDEOPÁTICA, NATACIÓN.

FRACTURA DEL 5º METACARPIANO DE MANO DERECHA: PAPEL DE ENFERMERÍA

MARÍA TERESA HERRERA CALDERÓN, SANDRA PÉREZ RUBIO, MARÍA NAZARET RUBIDO PALACIOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 40 años que acude a urgencias por segunda vez debido a una contusión en mano derecha realizada mientras trabajaba hace 2 meses, con diagnóstico de fractura no desplazada de 5º metacarpiano de mano derecha. El paciente estuvo con tratamiento conservador con férula durante 1 mes. Acude a servicio de urgencias por persistencia de dolor e impotencia funcional. No RAM y antecedentes personales sin interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, buena hidratación y perfusión periférica. Presenta edema a nivel del 5º metacarpiano de la mano derecha con dolor a la palpación del tercio distal de diáfisis y cabeza. BA de MCF con flexo 20º y flexión 60º. No presenta empuñadura completa. Se realiza radiografía de mano derecha donde se observa signos de consolidación parcial y mínima rotación.

JUICIO CLÍNICO: Fractura distal 5º metacarpiano mano derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Esguince 5º metacarpiano, luxación 5º metacarpiano, hematoma 5º metacarpiano.

PLAN DE CUIDADOS: 00132 Dolor agudo relacionado con contusión manifestado por irritabilidad. NOC 1605 Control del dolor (reconoce el comienzo del dolor), 2102 Nivel del dolor (expresiones faciales de dolor). NIC: 1400 Manejo del dolor (animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia), 2380 Manejo de medicación (comprobar la capacidad del paciente de automedicarse si procede).

CONCLUSIONES: El diagnóstico de fractura distal de 5º metacarpiano de la mano derecha permite la instauración lo más pronto posible del tratamiento adecuado, en este caso iniciamos tratamiento rehabilitador (10ss) para liberar arcos de flexoextensión, US y magnetoterapia. Acudirá días alternos revisándose de esta forma los síntomas y evitando la aparición de complicaciones.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, DOLOR, IMPOTENCIA FUNCIONAL, CONTUSIÓN.

LA OSTEOPOROSIS COMO CAUSA DE FRACTURA DE HUESOS

DAVID SUÁREZ CASTRO, LAURA MONTES PÉREZ, INES RUBIO ANSOTEGUI

INTRODUCCIÓN: La osteoporosis se caracteriza por la pérdida de densidad mineral ósea y por ser asintomática afectando mayoritariamente a mujeres tras la menopausia y a personas mayores de ambos sexos en edad avanzada. Desde la niñez debemos llevar una dieta variada y saludable consumiendo alimentos ricos en calcio para poder fortalecer los huesos y vitamina D ya que esta ayudará a que el cuerpo absorba mejor el calcio. Hacer ejercicio físico evitando el sedentarismo y la inmovilización. Evitar el consumo de tabaco, alcohol y café ya que son elementos que favorecen la aparición de osteoporosis. Prevenir las caídas usando un calzado cómodo y adecuado.

OBJETIVOS: Analizar cómo se lleva a cabo el diagnóstico de la osteoporosis.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores osteoporosis, déficit de calcio, huesos, fracturas.

RESULTADOS: Para diagnosticar una osteoporosis se deberá realizar previamente una densitometría ósea para saber los valores de densidad mineral ósea y poder evaluar así el riesgo de sufrir fracturas y determinar si se necesita un tratamiento. No obstante los resultados obtenidos en la densitometría pueden generar varias limitaciones según los datos bibliográficos consultados. En personas que sufran algún factor de riesgo deberán realizar una densitometría de forma periódica.

CONCLUSIÓN: Hay ciertos factores que son difícilmente corregibles como puede ser: las mujeres después de la menopausia, la raza humana blanca y oriental, antecedentes familiares, personas delgadas, el envejecimiento, el uso de ciertos medicamentos como los corticoides y las inmovilizaciones prolongadas por cirugía que estarán más predispuestos a padecer osteoporosis.

PALABRAS CLAVE: FRACTURAS, HUESOS, OSTEOPOROSIS, DÉFICIT DE CALCIO.

LA ARTROSIS DE CADERA O COXARTROSIS

INES RUBIO ANSOTEGUI, LAURA MONTES PÉREZ, DAVID SUÁREZ CASTRO

INTRODUCCIÓN: Los individuos con el paso de los años van perdiendo capacidades , facultades y el cuerpo humano se va sometiendo a un desgaste continuo, en este caso nos centraremos en una enfermedad degenerativa llamada artrosis de cadera o coxartrosis. Se trata de una enfermedad degenerativa, la cual se presenta cuando el cartílago de la cadera comienza a desaparecer, a hacerse menos elástico y a producir menos movilidad. El principal síntoma es el dolor, no solo en esa zona sino que irradia hacia la ingle, aductores y hay veces que puede llegar hasta a las rodillas. Para detectarla se debe realizar exploración física, valorando aspectos como la movilidad y las rotaciones y completar con prueba de rx de pelvis .

OBJETIVOS: Identificar cuándo se opera la artrosis de cadera. Determinar los cuidados cuando no está operada.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Operarse cuando ya esté avanzada debido a que las prótesis tienen una duración aproximada de 15 años En el caso de que no esté avanzada aún; se podrá: mantener buena alimentación para que el peso sea el adecuado, ya que es un factor que afecta también al desgaste del cartílago, realizar ejercicios de tonificación para recuperar movilidad y fuerza en la cadera, acudir al fisioterapeuta si se tuvieran molestias ya que sabe por dónde actuar y qué ejercicios podrían ayudarnos, evitar movimientos innecesarios. La realización de esos ejercicios de tonificar esa zona del cuerpo y la musculatura puede llevarnos a volver a la vida cotidiana evitando una limitación completa y absoluta. Por ello, aquí el fisioterapeuta juega un importante papel, ya que esta enfermedad va minando poco a poco la articulación y sabe el límite al que puede llegar.

CONCLUSIÓN: La coxartrosis es una enfermedad crónica, que tendera a desarrollarse más rápida o lentamente dependiendo de la actividad del paciente.

PALABRAS CLAVE: PELVIS, CADERA, MOVILIDAD, COXARTROSIS, DEGENERATIVA.

FRACTURA SUBCAPITAL DE CADERA DERECHA EN MUJER DE 76 AÑOS

CATALINA EUGENIA VELA MUÑOZ, MARÍA DESEADA PIZANO SÁNCHEZ, CAROLINA CEBALLOS MATEO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 76 años que sufre caída en su domicilio desde su altura cayendo hacia atrás. Acude a urgencias por presentar dolor lumbosacro y en ambas caderas, sobre todo en la derecha. Antecedentes personales: Alergias a Ácido acetil salicílico, pirazolonas, indometacina, diclofenaco, aceclofenaco. HTA, D. Mellitus. Colon irritable. Histerectomía. Intervenida de tumores abdominales; hace años pero no aporta informe. Colecistecomizada. Síndrome depresivo/ansioso.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemodinámicamente estable. Presenta dolor a la palpación en ambas caderas, a la movilización de cadera derecha, sobre todo a la rotación externa. Dolor en coxis. Pruebas Complementarias. Se realizan radiografía y TAC de pelvis donde se confirma fractura subcapital derecha.

JUICIO CLÍNICO: Fractura subcapital de cadera derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura subcapital de cadera derecha.

CONCLUSIONES: Las fracturas de la cadera o de la extremidad proximal del fémur incluyen las fracturas de cabeza, cuello y área trocantérea. Anatómicamente distinguimos las siguientes partes: Cabeza, que es la epífisis. Cuello (unión entre la cabeza y el macizo trocantéreo), es la metáfisis. Segmento trocantéreo: entre trocánter mayor y el límite inferior del menor. Región subtrocantérea: desde el trocánter menor hasta 5 cm por debajo. Los sistemas trabeculares se entrecruzan unos con otros para dar Resistencia; distinguimos lo siguientes fascículos: Fascículo arciforme, por su forma de arco. Es un sistema lateral o de tracción, desde la parte inferior del trocánter mayor a la parte más baja de la cabeza. Fascículo cefálico, desde la cabeza femoral hacia arriba; se entrecruza con el anterior constituyendo el "núcleo duro de Delbert"; de la cabeza; Fascículo trocantéreo (desde el trocánter mayor al menor) soporta fuerzas de compresión.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, SUBCAPITAL, CADERA, DERECHA.

ESGUINCE DE RODILLA: TRATAMIENTO Y DETERMINACIÓN

CARMEN LAURA VILLA SUAREZ, MARIA SONIA GALÁN GUERRERO, REMEDIOS VARGAS TRUJILLO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 22 años de edad, que acude al centro de salud con un fuerte dolor e inflamación en la rodilla derecha, debido a una caída producida mientras jugaba un partido de pádel. Refiere que también se ha dado un golpe en la cabeza cuando cayó al suelo. No tiene antecedente ni alergias conocidas

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Rigidez y disminución en movimiento. Inflamación y dolor a la palpación con sensación de hormigueo. Rx. Tac craneal.

JUICIO CLÍNICO: Esguince de rodilla grado I. **PLAN DE CUIDADOS:** Con los datos de anamnesis, se sospecha de esguince de rodilla, el cual fue necesario evaluar mediante Rx. El resultado de las pruebas fue positivo, con lo cual, se puede afirmar que el paciente presenta un esguince de rodilla derecha grado I, originado por una caída.

CONCLUSIONES: En este caso se le envía a RX para placas en rodilla y se le practica un TAC craneal debido al golpe en la cabeza, sin hallazgos significativos en la prueba de TAC. En el esguince diagnosticado como grado I, el tratamiento consiste en controlar primero el dolor y la inflamación y luego comenzar con la rehabilitación. Elevar y descansar la rodilla es la parte más importante de tratamiento en este tipo de lesiones para su total recuperación.

PALABRAS CLAVE: ESGUINCE, RODILLA, TRATAMIENTO, DETERMINACIÓN.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA: PACIENTE CON PUBALGIA

ARACELI PAQUET GUERRERO, MARIA DEL CARMEN ALCALDE RODRIGUEZ, MONICA PEDROSA RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 32 años que acude a consulta derivado de atención primaria por presentar dolor inguinal derecho de varios meses de evolución que irradia por cara interna del muslo, acentuándose ante cambios posturales y limitándole la actividad física. Tratado con Ibuprofeno sin mejoría. RX sin alteraciones óseas. Antecedentes personales: fumador, no bebe alcohol. Intervenido de amígdalas. Alergia al gluten. Desconoce alergias medicamentosas. Trabaja como mozo de almacén.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Manifiesta dificultad y dolor inguinal al elevar y flexionar la pierna derecha para acomodarse en la camilla de exploración. Tras maniobra de Valsalva, no se evidencia hernia inguinal. Dolor selectivo a nivel de tendón adductor y a la palpación de sínfisis pubiana. Al comprobar la movilidad de la pierna se evidencia gran dolor y limitación a la flexión, rotación interna y rotación en flexión. Resonancia magnética con contraste en cadera derecha: elementos óseos sin alteraciones morfo-estructurales; no se observan colecciones líquidas intra o periarticulares, sin alteraciones en fibrocartílagos acetabulares.

JUICIO CLÍNICO: Tendinopatía adductora derecha/ Pubalgia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Teniendo en cuenta la exploración y pruebas complementarias, el diagnóstico es pubalgia, compatible con limitación de la movilidad y dolor.

PLAN DE CUIDADOS: Alternar analgésicos con aplicación de frío o sobre la zona. No eliminar actividad física pero sí reducir intensidad. Iniciar secuencia de ejercicios suaves para fortalecer grupos musculares y recomendamos no dejar la práctica de los mismos una vez superadas las molestias, para evitar recaídas.

CONCLUSIONES: Actualmente no presenta indicación de tratamiento de tipo quirúrgico. Derivación a Rehabilitación. Continuar control sintomático en Atención Primaria.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, INGUINAL, MOVILIDAD LIMITADA, PUBALGIA, REHABILITACIÓN.

PACIENTE CON LUMBOCIÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

LOURDES NAVARRO PONFERRADA, MARIA DOLORES DURÁN LARROSA, ANA ISABEL GONZÁLEZ ZURITA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 45 años que acude a su clínica privada por intenso dolor lumbar de varios días de evolución y que va en aumento, acompañado de incapacidad funcional, pérdida de fuerza y dolor irradiado a la pierna derecha. Refiere la paciente que ella lo atribuye a la mudanza que estuvo haciendo hace dos días. Antecedentes Familiares: Padre con escoliosis congénita. Madre con hipertensión, cardiópata y con hernia discal de L4-L5 intervenida hace 8 años. Antecedentes personales: No diabetes, no hipertensión, no dislipemia, no fumadora, no intervenciones quirúrgicas previas, pie equino al nacimiento y escoliosis. Comenzó con menopausia hace dos años.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Marcha lenta, temerosa y con el tronco inclinado hacia delante; Dolor lumbar irradiado pierna derecha; Limitación de la movilidad de esa extremidad; Parestesia en cara lateral del pie; Dolor a la palpación a nivel de L5-S1; Dificultad para andar de puntillas; Reflejo aquileo disminuido. Maniobras Vasalva positivas. Pruebas Complementarias: Resonancia nuclear magnética con el hallazgo de una hernia de disco entre L5-S1. Radiografía: presenta escoliosis y descalcificación.

JUICIO CLÍNICO: Lumbociática. Hernia de Disco. **PLAN DE CUIDADOS:** Reposo, calor seco durante 10-15 minutos y cada 3-4 horas y consejos posturales. Inzitan 1 vial cada 24 horas intramuscular durante 6 días, Sirdalud vía oral cada 12 horas y Enantyum 25 mg vía oral cada 8 horas.

CONCLUSIONES: La ciática es el dolor que irradia desde glúteo hacia abajo a lo largo del recorrido del nervio ciático. Aunque tiene varias causas, la principal es la compresión de la raíz de un nervio lumbar por material de la ruptura de un disco intervertebral a través del tejido conectivo que lo rodea. El 85% de los casos se asocia con trastorno de un disco intervertebral.

PALABRAS CLAVE: CIÁTICA, HERNIA, INCAPACIDAD, PARESTESIA, DOLOR LUMBAR.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA

LAURA RUIZ NEGRILLO, LIDIA ROSALES MUÑOZ, BELINDA CAMPOS SANCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 30 años de edad acude al servicio de urgencias por sufrir una caída con la palma de la mano jugando al fútbol, presentando los siguientes síntomas como inflamación de la muñeca derecha, mala posición de ésta y dolor. El paciente acompañado por el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería se traslada al área de observación para proceder a las pruebas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El TCAE prepara el material para que la enfermera le canalice una vía, le administra analgésicos y una bolsa de suero fisiológico. Se le cursa analítica completa. Se le toma TA: 130/85 mmHg con un pulso de 95 prbpm y una temperatura de 36,8°C. A continuación es trasladado al área de radiología. Una vez concluidas las pruebas complementarias, el paciente es trasladado a una habitación para ser ingresado y operado.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de colles. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras resultado de pruebas complementarias, el diagnóstico es fractura de colles.

PLAN DE CUIDADOS: En relación a los planos de cuidados que se establecen en el paciente sería el brazo elevado para reducir hinchazón, tomar analgésicos (ibuprofeno) y poner placa de hielo envolviendo ésta en un paño para evitar quemazón.

CONCLUSIONES: Por lo que el paciente que ingresó de urgencias con fractura de colles, se le administra analgésicos vía intravenosa y es llevado a quirófano. Tras pasar 48 horas en el hospital al cuidado de enfermeros y TCAE es dado de alta.

PALABRAS CLAVE: INFLAMACIÓN, FRACTURA, DOLOR, ANALGÉSICO.

PACIENTE JOVEN CON RUPTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

MARTA DIEGO CASAS, MARIA DE LOS ANGELES VALENTIN HOLGADO, ELENA SÁNCHEZ BUENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 20 años, de sexo femenino, sin antecedentes médicos de interés, acude a servicio de urgencias por dolor en la rodilla derecha que aparece tras un cambio brusco de dirección en la carrera durante la práctica de tenis. Presenta dolor intenso en la zona, dificultad para apoyar la pierna, inestabilidad en la articulación de la rodilla e inestabilidad en la marcha.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se solicita radiografía de rodilla en proyecciones anteroposterior y lateral, se realiza la prueba del cajón anterior, produciéndose desplazamiento de la tibia hacia adelante. Se solicita Resonancia Magnética (RMN).

JUICIO CLÍNICO: Disfunción de rodilla derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ruptura de Ligamento Cruzado Anterior (LCA).

PLAN DE CUIDADOS: Reposo absoluto, aplicación de frío local cada dos horas durante 10-15 minutos, vendaje compresivo, elevación del miembro y antiinflamatorios durante cinco días.

CONCLUSIONES: 1º Consulta: Se realiza radiografía y prueba del cajón anterior y se pauta tratamiento con frío local, vendaje compresivo, elevación del miembro y antiinflamatorios. 2º Consulta: Se realiza Resonancia Magnética (RMN) de rodilla derecha y se establece el diagnóstico definitivo de ruptura de Ligamento Cruzado Anterior (LCA) susceptible de intervención quirúrgica. 3º Consulta: Se realiza preoperatorio. 4º Consulta: Se lleva a cabo intervención quirúrgica en quirófano asociado a la clínica mediante técnica artroscópica con autoinjerto. 5º Consulta: Se observa buena evolución, se retiran los puntos y se prescribe un mes de fisioterapia. 6º Consulta: Se pautan ejercicios propioceptivos para conseguir fortalecimiento de la musculatura. 7º Consulta: Se observa buena aceptación del tratamiento y vuelta a la competición exitosa. Al encontrarse en buenas condiciones, se da alta.

PALABRAS CLAVE: ARTICULACIÓN, CIRUGÍA, FISIOTERAPIA, RESONANCIA MAGNÉTICA, PRUEBA DEL CAJÓN.

FRACTURA PATOLÓGICA DE CADERA DERECHA: SÍNDROME POLIADENOPÁTICO

FATIMA ZAFRA ZAMORA, ESTHER ARMENTEROS PEREZ, NATALIA MARTINEZ MARTINEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 59 años, refiere desde el verano molestias en ingle derecha, sin cuadro contusional asociado y en seguimiento ambulatorio. Sesde hace 4 días aumento del dolor, motivo por el cual consulta nuestro centro. No alergias conocidas. Se realiza analítica sanguínea y rmn de cadera. En la rmn se aprecia una fractura de cuello femoral adenopatía de tamaño patológico en cadera iliaca externa derecha. Se ingresa en planta, traumatología realiza intervención quirúrgica de prótesis total de cadera. Al ser fractura patológica se completa estudio por medicina interna, se solicita analítica sanguínea con marcadores tumorales (dentro de la normalidad). Rmn de columna lumbar y tac de cráneo, tórax, abdomen y pelvis. En rmn de columna lumbar indican valorar afectación metastásica o mieloma como primera posibilidad diagnóstica. Se realiza interconsulta a hematología, descarta mieloma secretor. Realiza aspirado de médula ósea. La paciente es dada de alta, y se le avisará telefónicamente para informarle del resultado del aspirado de médula ósea y de la biopsia de la cabeza femoral.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración, buen estado general. TA: 110/70 MMHG. FC: 95 lpm. SAT O2 94%. Se realiza analítica sanguínea y rmn de cadera.

JUICIO CLÍNICO: Fractura patológica de cadera derecha. Síndrome poliadenopático. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Completa estudio por parte de medicina interna, solicita analítica sanguínea con marcadores tumorales. Estudio de extensión con rmn de columna lumbar y tac de cráneo, tórax, abdomen y pelvis. Interconsulta a hematología, se descarta mieloma secretor. Realiza aspirado de médula ósea.

PLAN DE CUIDADOS: Se realiza control de constantes, del dolor y cura de herida quirúrgica.

CONCLUSIONES: La paciente tiene un buen postoperatorio, estable en todo momento, comienza con deambulacion precoz y el dolor está controlado con analgesia pautada. Es dada de alta, y se le avisará telefónicamente para informarle del resultado del aspirado de médula ósea y de la biopsia de la cabeza femoral.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, HORMIGUEO, FRACTURA, MALESTAR, PRÓTESIS.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE FRACTURAS DE CADERA

ALVARO JESUS BELMAR RUFO, ALBA CARDENAS TINEO, ALMUDENA GONZALEZ DE AQUINO

INTRODUCCIÓN: Las fracturas de cadera son una gran fuente de en los ancianos, originando así una marcada incapacidad. Este problema ha tomado mayor envergadura debido al progresivo envejecimiento de la sociedad en las últimas décadas. De ahí que se cree un conflicto a la hora de decidir si conviene intervenir a pacientes con avanzada edad. Con este trabajo pretendemos valorar la magnitud de este problema.

OBJETIVOS: Valorar los resultados del tratamiento conservador en pacientes mayores de 60 años que han sufrido fractura de cadera.

METODOLOGÍA: Estudio de 809 pacientes con fracturas de cadera de los cuales 156 fueron tratados de forma conservadora con un periodo de seguimiento de 1 año en el hospital universitario “la fe” de Valencia.

RESULTADOS: Al año de estudio, estos 156 pacientes demostraban un marcado deterioro funcional y mental con respecto a su estado previo, y el 60% manifestaban desconcierto con respecto al tratamiento conservador. La mortalidad fue máxima en los dos primeros meses, donde el 54% de estos pacientes fallecieron.

CONCLUSIÓN: Todo esto nos lleva a la reflexión de que aunque el riesgo que una intervención supone es indudable, tal vez esos pacientes que fueron operados podrían realizar una rehabilitación precoz que les permitiera una rápida y mayor recuperación funcional.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, CADERA, TRATAMIENTO, EPIDEMIOLOGÍA.

CUIDADOS A PACIENTE ADULTA CON DOLOR DE MUÑECA TRAS CAÍDA ACCIDENTAL

ISABEL GARCÍA CASTRO, RAQUEL ROCIO CARRASCOSA CORRAL, JOSEFA MARTINEZ GOMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: UMN de 48 años de edad llama al Centro Coordinador de Urgencias y Emergencia por fuerte dolor en muñeca derecha tras sufrir caída accidental en vía pública. Antecedentes de interés: Hipertensión arterial. Tratamiento habitual: Enalapril 20mg c/24h. No alergias medicamentosas conocidas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la llegada de la ambulancia la paciente presenta inflamación de muñeca derecha con deformidad del miembro e imposibilidad de movimiento. TA: 140/80 FC: 96x' Tª: 36°C Sat. O: 98% Escala EVA del dolor: 6 Vía aérea permeable. Ventilación espontánea. Circulación: perfusión, coloración e hidratación normal. Neurológico: Consciente y orientado. Sin focalidad neurológica. El Equipo Móvil canaliza vía periférica y administra dexketoprofeno IV. Se traslada al Hospital de referencia para realización de radiografía diagnóstica y valoración por traumatología.

JUICIO CLÍNICO: S62.00 Fractura del hueso escafoides [navicular] de la mano, cerrada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diagnóstico NANDA: 00132 Dolor agudo. NOC: 1605 Control de dolor. NIC: 1400 Manejo del dolor. 2210 Administración de analgésicos. 2380 Manejo de la medicación. Diagnóstico NANDA: 00085 Deterioro de la movilidad física. NOC: 9298 Movilidad. NIC: 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular. Diagnóstico NANDA: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. NOC: 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. NIC: 1340 Estimulación cutánea. 3590 Vigilancia de la piel. Diagnóstico NANDA: 00155 Riesgo de caídas. NOC: 1828 Conocimiento: Prevención de las caídas. NIC: 1800 Ayuda al autocuidado. 6490 Prevención de caídas.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico NANDA: 00132 Dolor agudo NOC: 1605 Control de dolor 2100 Nivel de comodidad 2102 Nivel del dolor NIC: 1400 Manejo del dolor 2210 Administración de analgésicos 2380 Manejo de la medicación Diagnóstico NANDA: 00085 Deterioro de la movilidad física NOC: 9298 Movilidad NIC: 0200 Fomento del ejercicio 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular 6490 Prevención de caídas Diagnóstico NANDA: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea NOC: 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas NIC: 1340 Estimulación cutánea 1480 Masaje simple 3590 Vigilancia de la piel Diagnóstico NANDA: 00155 Riesgo de caídas NOC: 1828 Conocimiento: Prevención de las caídas 1929 Caídas NIC: 1800 Ayuda al autocuidado 6490 Prevención de caídas

CONCLUSIONES: En las pruebas complementarias se evidencia fractura de escafoides cerrada. Se realiza intervención quirúrgica como tratamiento definitivo. La paciente se va de alta a domicilio con el brazo en cabestrillo y una férula de yeso hasta revisión con traumatología en 15 días. Tratamiento domiciliario: diclofenaco 75mg c/12h, metamizol 575mg c/8h y omeprazol 20mg c/24h.

PALABRAS CLAVE: CAÍDA ACCIDENTAL, DOLOR MUÑECA, FRACTURA ESCAFOIDES, TRAUMATOLOGÍA, URGENCIAS.

EL PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL ESTUDIO LUXACIÓN DE CADERA CONTROLADA CON AYUDA DE TÉCNICAS RADIOLÓGICAS

MARIA VANESA VILLENA BARBERO, GABRIEL DELGADO PEÑUELA, CAROLINA DEL ROCÍO CARRASCO INSUA

INTRODUCCIÓN: Las luxaciones de caderas es una lesión que suele ir acompañada por otras lesiones importantes. De manera controlada es un abordaje quirúrgico con una visualización aumentada en la zona del acetábulo, cuello y cabeza femoral. El objetivo del estudio en pacientes fue las distintas complicaciones y los resultados obtenidos por este abordaje con la ayuda de técnicas de elección que fueron la radiografía convencional, TAC y la Resonancia magnética. Este tratamiento quirúrgico se busca una estabilidad de la cabeza femoral, reduciendo el riesgo de necrosis vascular tanto en la epífisis y cabeza femoral.

OBJETIVOS: Conocer el papel de técnico superior de imagen para el diagnóstico en el estudio de luxación de cadera von ayuda de técnicas radiológicas.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo y transversal en el tiempo del periodo 12 meses transcurridos.

RESULTADOS: En un reciente estudio se encontró que la osteonecrosis se desarrolló en tan solo el 5% de los pacientes en los que se redujo la luxación de cadera en las seis primeras horas, en comparación con el 60% de los pacientes en los que la reducción se practicó transcurridas las 6 primeras horas desde la lesión. Hubo una gran mayoría de pacientes que obtuvieron grandes resultados y un 6% no obtuvieron lo deseado.

CONCLUSIÓN: El TAC ha demostrado ser indispensable para identificar luxaciones de caderas para un abordaje quirúrgico controlado exitoso. La Resonancia magnética ha tenido un papel significativo, debido a tener una mejor capacidad para identificar y cuantificar eficientemente las luxaciones traumáticas tanto anterior y posterior de la cadera. Es importante tener una elección minuciosa con el paciente por su complicación ya que es un abordaje bastante demandado.

PALABRAS CLAVE: NECROSIS VASCULAR, LUXACIÓN DE CADERA CONTROLADA, CIRUGÍA DE ABORDAJE, CABEZA FEMORAL.

PACIENTE CON TENDINOSIS ROTULIANA DERECHA O RODILLA DEL SALTADOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANA ISABEL PEREZ ROLDÁN, MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ GRANADOS, LIDIA ÁLVAREZ
ÁLAMO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 29 años de edad practicante de running que acude a consulta de traumatología refiriendo sentir pinchazos y dolor justo en el polo inferior de la rótula derecha. El paciente refiere que no existe dolor en reposo, que al principio tan solo existía tras acabar el ejercicio pero que sin embargo ahora nota que cada vez va a peor, que el dolor aparece durante el ejercicio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: No se aprecian signos inflamatorios (temperatura y coloración normales) ni derrame articular. A la palpación, apreciamos engrosamiento del tendón (en comparación con el contralateral). Si se apreciaba dolor leve de rodilla en los últimos grados, la extensión contra resistencia si desencadenaba mucho dolor y ligera claudicación y no se apreciaba limitación articular para ninguno de estos movimientos. Las pruebas complementarias son radiografías antero-posterior y lateral de rodilla. Sin hallazgos patológicos a destacar. El estudio ecográfico detectándose engrosamiento del tendón rotuliano en su parte proximal acompañado de vascularizaciones intratendinosas. RNM para obtener imágenes claras de las partes blandas y del hueso de la articulación en diferentes planos del espacio.

JUICIO CLÍNICO: Tendinosis rotuliana derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La clínica que el paciente presenta parecía hacer creer que se trataba de un cuadro de condromalacia rotuliana, sin embargo tras someter al paciente a una exhaustiva exploración física y a pruebas, como la resonancia magnética podemos afirmar que se trata de un caso de tendinosis rotuliana.

PLAN DE CUIDADOS: Intervención quirúrgica acompañada de una sesión de rehabilitación.

CONCLUSIONES: La tendinosis en la rodilla es una patología muy común, especialmente en el tendón rotuliano, llamada también rodilla del saltador o tendinosis rotuliana, en la cual el tendón, al ser sometido a una tensión y esfuerzo al que no está acostumbrado, sufre pequeños daños en su estructura. Numerosos estudios han demostrado que no se trata de un episodio inflamatorio, sino que es un problema degenerativo.

PALABRAS CLAVE: TENDINOSIS, ESTUDIO ECOGRÁFICO, RÓTULA, RESONANCIA
MAGNÉTICA.

ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS: EL SISTEMA INMUNOLÓGICO COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA

MARIA DOLORES POYATOS GARCIA, JAVIER SALMERON PADILLA, ANA SALMERON GARCIA

INTRODUCCIÓN: En los sistemas biológicos se han fijado muchas observaciones y últimamente se han transformado en modelos para ser copiados en varios ambientes y dar soluciones a problemas de la vida real. El sistema inmune es uno de los más representativos y en hoy en día son motivo de inspiración para instalar sistemas computacionales que respondan a diversas tareas, constituyendo los Sistemas Inmunes Artificiales.

OBJETIVOS: Determinar cómo funciona el sistema inmunológico como herramienta diagnóstica.

METODOLOGÍA: Se ha recogido información del buscador Google académico, se usaron como DECS: "reuma" AND "sistema inmunológico". Se recogió información de 64 pacientes en reumatología, entre los cuales 25 tenían artritis reumatoide, y el resto sufrían otras enfermedades reumatológicas. Se hizo una división en dos grupos: pacientes con artritis reumatoide y pacientes sin artritis reumatoide.

RESULTADOS: Se sacaron resultados de efectividad buenos comparándolos con otros métodos, con un promedio de 86,59% de efectividad en el diagnóstico. Aunque debido a la limitación de datos, puede ser que variasen los resultados. Se vió, que los anticuerpos que representan la información en varios casos son redundantes.

CONCLUSIÓN: La teoría de la información, ayudada por la teoría del sistema inmunológico adaptativo y un mecanismo de señalización, muestra tener un potencial grande para la clasificación de historias clínicas. Debido a la posibilidad de variación observada en los resultados, será necesario realizar experimentos adicionales sobre un conjunto de historias clínicas más numeroso y más heterogéneo.

PALABRAS CLAVE: ARTRITIS REUMATOIDE, SISTEMA INMUNOLÓGICO ARTIFICIAL, DIAGNÓSTICO, ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS, SISTEMA INMUNOLÓGICO.

LATIGAZO CERVICAL CON LISTESIS EN C3 Y C4 DE GRADO II

DESIREE CABRILLANA DE LA TORRE, LAURA PABON GONZALEZ, IRENE SÁNCHEZ MOYANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 27 años que acude a urgencias por accidente de tráfico por colisión trasera. Presenta cervicalgia, cefalea y mareos, además de hormigueo en las manos. NAMC, no antecedentes patológicos. Constantes a su ingreso: TA 120/60 mmHg, Saturación de oxígeno 99%, 72 lmp y glucemia 99 mg/dl.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración se comprueba fuerte contractura zona cervical con limitación de movimiento. Se percute codos y hombros, siendo positivos ambos. Se realizan radiografía antero-lateral, en la que aparece una espondilolistesis en c3 y c4.

JUICIO CLÍNICO: Latigazo cervical con listesis en c3 y c4 grado II. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos obtenidos en la anamnesis, se sospecha de una de listesis cervical en c3 y c4 de grado II, por lo que se realizará resonancia magnética a nivel cervical para descartar de alguna hernia discal.

PLAN DE CUIDADOS: Para tratar a la paciente debemos administrar analgesia y relajantes musculares como metocarbamol 1 gr cada 8 horas, paracetamol 1 gr cada 8 horas y diacepam de 5 mgr uno para dormir. Se irá valorando además los mareos, mientras tanto se tratará con sulpirida 50 cada 12 horas.

CONCLUSIONES: La listesis es un problema que se presenta cuando una vertebra se desliza de su posición y se desplaza hacia adelante o hacia atrás, encima de otra vertebra. Las persona que la padecen suele presentar dolor de espalda que se alivia al recostarse; sensación de hormigueo en los miembros y rigidez.

PALABRAS CLAVE: LATIGAZO CERVICAL, LISTESIS CERVICAL, ACCIDENTE DE TRÁFICO, ENFERMERÍA.

CUIDADOS ENFERMEROS EN UNA FRACTURA PERIPROTÉSICA DE FÉMUR TIPO II DE RÖRABECK

MARIA CRISTINA MELGAR FERNÁNDEZ, SONIA MELGAR FERNÁNDEZ, CARMEN AYLLÓN REDONDO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 47 años con antecedentes de doble trasplante pancreático, y renal, hipertensión arterial, glaucoma bilateral y prótesis de revisión de rodilla izquierda. Sufre caída presentando dolor súbito con deformidad e impotencia funcional de MII. Es intervenida en las primeras 24 horas realizándose reducción abierta y osteosíntesis de la fractura mediante placa de grandes fragmentos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Deformidad evidente de MII. Rx: Fractura periprotésica fémur.

JUICIO CLÍNICO: Fractura periprotésica de fémur izquierdo tipo II de Rörabeck. **PLAN DE CUIDADOS:** La intervención en las primeras 24 horas. Profilaxis de enfermedad tromboembólica. Profilaxis antibiótica perioperatoria. Retirada de la sonda vesical 24-48 horas. Analgesia. Movilización y rehabilitación tras valoración de la radiografía de control. La colaboración con un equipo geriátrico para disminuir complicaciones. Carga entre 8-12 semanas según el tipo de fractura y la estabilización quirúrgica de la misma. La rehabilitación consiste inicialmente en ejercicios de potenciación muscular (isométricos) y movilidad articular progresiva para evitar la pérdida de la masa muscular con el encamamiento y la sedestación prolongada. Una vez se pueda iniciar la carga, hay que conseguir en primer lugar mantener la bipedestación, posteriormente la recuperación de la marcha y finalmente conseguir recuperar la capacidad de subir escaleras. El objetivo de la rehabilitación será conseguir el mismo grado de capacidad funcional y de independencia que el paciente presentaba antes de la fractura.

CONCLUSIONES: El tratamiento de las fracturas periprotésicas de fémur constituye siempre un problema de difícil solución, el cual se agrava cuando se trata de pacientes de edad avanzada en los que los métodos conservadores, aún en fracturas estables, son de difícil aplicación debido al riesgo que supone en estos pacientes un largo periodo de encamamiento e inmovilidad. Por ello, un tratamiento más agresivo que permita la movilización y carga precoz, debe de ser considerado.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, PERIPROTÉSICA, FÉMUR, CUIDADOS, ENFERMEROS.

ATENCIÓN SANITARIA DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON UNA LUXACIÓN

INMACULADA ÁLVAREZ JIMÉNEZ, LOURDES HERMOSÍN MARTÍNEZ, ALICIA CRUZ HERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: Para los sanitarios el manejo de los traumatismos es un tema de gran complejidad, en el que intervienen diversos aspectos con una importancia en el pronóstico de esta patología, tanto en su evolución como en las existencias de protocolos específicos, para ello es necesario determinar a través de pruebas diagnósticas o los criterios de observación. En el caso de las luxaciones, se producen cuando la separación de las superficies articulares es permanente, es decir, se desarticula.

OBJETIVOS: Determinar un protocolo de actuación que tenga como finalidad establecer el dolor agudo, cualquier tipo de deformidad, debida a la pérdida de las relaciones normales de la articulación.

METODOLOGÍA: Recogida de datos a través de una búsqueda bibliográfica en revistas, libros, bases de datos y artículos de investigación sobre la aplicación del trabajo de los auxiliares de enfermería dentro de las zonas hospitalarias. Los descriptores utilizados han sido: luxación, articulación, deformidad, dolor e inmovilización.

RESULTADOS: Según los resultados obtenidos dentro del equipo de los auxiliares de enfermería, el protocolo de actuación sería: Tratar de que el paciente no mueva la articulación afectada, controlar al paciente para que no reduzca la luxación y realizar un seguimiento del tratamiento administrado por el facultativo.

CONCLUSIÓN: La labor de los auxiliares de enfermería es la de aliviar o paliar el estado del pacientes, teniendo en cuenta que las luxaciones uno de los síntomas más común es el dolor, la hinchazón y el amoratamiento, debemos realizar una maniobra adecuada en la luxación, ya que no hay movilidad pudiendo presentar deformidad en la parte afectada.

PALABRAS CLAVE: LUXACIÓN, ARTICULACIÓN, DOLOR, DEFORMIDAD, INMOVILIZACIÓN.

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON FRACTURA SUBCAPITAL DE FÉMUR

LOURDES HERMOSÍN MARTÍNEZ, ALICIA CRUZ HERNÁNDEZ, INMACULADA ÁLVAREZ JIMÉNEZ

INTRODUCCIÓN: Cuando se produce una fractura de cadera, la labor de los auxiliares de enfermería es primordial ya que ese paciente está inmovilizado, teniendo en cuenta que es una pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea en el extremo proximal del fémur. Este tipo de fractura es más común entre las mujeres, debido a la elevada prevalencia de osteoporosis, y su incidencia aumenta con la edad.

OBJETIVOS: Determinar un protocolo de actuación que tenga como finalidad proporcionar la mejor calidad en los cuidados de enfermería, observar aparición de complicaciones que pudieran agravar su estado y, por último, proporcionar el apoyo necesario para su autocuidado y restablecimiento de su auto-dependencia.

METODOLOGÍA: Recogida de datos a través de una búsqueda bibliográfica en revistas, libros, bases de datos y artículos de investigación sobre la aplicación del trabajo de los auxiliares de enfermería dentro de las zonas hospitalarias. Los descriptores utilizados han sido: fractura, fémur, osteoporosis, cuidados de enfermería.

RESULTADOS: Según los resultados obtenidos dentro del equipo de los auxiliares de enfermería, el protocolo de actuación sería: Valoración del estado nutricional e hidratación. Mantenimiento de la higiene corporal e integridad de la piel. Control de la eliminación por todas las vías corporales. Mantener la correcta alineación del miembro.

CONCLUSIÓN: El proceso de Atención de los auxiliares de Enfermería es uno de los elementos con mayor importancia, que debe realizar el profesional de enfermería dado que su elaboración y ejecución dependerán de la pronta recuperación o deterioro del estado de salud del paciente. Estos cuidados deben mostrar la vitalidad de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, FÉMUR, OSTEOPEROSIS, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

ESTUDIO SOBRE LA IMPORTANCIA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN ACCIDENTES DE TRÁFICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

BALBINA RUANO MUÑOZ, ROCIO LIRIA FORTES, BRIGIDA RUIZ JALDO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 42 años que sufre accidente de tráfico cuando circulaba con su motocicleta y es arrollado por coche, recibiendo impacto en parte lateral derecha. Atendido en primera instancia por dccc y trasladado posteriormente a urgencias hospitalarias inmovilizado en colchón de vacío por politraumatismos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tras exploración física y sospecha de posibles fracturas, se realizan estudios radiológicos (Rx rodilla, Rx cadera, Rx fémur, Rx parrilla costal y Rx tórax) y se completan con tac (tac cadera mediante cortes axiales de 1,25 mm de grosor tras observar fractura en Rx cadera realizada anteriormente).

JUICIO CLÍNICO: Luxación posterior de cadera derecha, fractura no desplazada de ceja posterior cotilo derecho, fractura parcelar conminuta de cabeza femoral y fractura rotula derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Paciente es diagnosticado de luxación posterior de cadera derecha, fractura no desplazada de ceja posterior de cotilo derecho y fractura parcelar conminuta de cabeza femoral.

PLAN DE CUIDADOS: Bajo anestesia general se le procede a la reducción de luxación de cadera y colocación de tracción cutánea. Pasado unos días es intervenido quirúrgicamente (abordaje hardinguer, capsulotomía observando fragmento en la zona; se extrae fragmento posterior que no tiene forma; se realiza osteosíntesis con tres tornillos autofix de 30 y de 28. Cierre por planos; no se deja drenaje por no sangrado de la zona).

CONCLUSIONES: Tratamiento rehabilitador (potenciación glúteo medio, estiramiento isquiotibial, propiocepción, electro analgesia para rodilla y reeducación de la marcha). Rehabilitación en piscina. Utilización de bastón para marcha en exteriores, evitando recorridos medios y largos, evitar carga de pesos y posturas mantenidas. Revisión con nuevo control de Rx y tac.

PALABRAS CLAVE: LUXACIÓN, FRACTURA, ACCIDENTE DE TRÁFICO, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.

ANÁLISIS SOBRE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN LOS PACIENTES

ANA MARIA SANCHEZ NAVARRO, MARÍA DOLORES VÁZQUEZ SÁNCHEZ, AGUEDA MARIA HERNANDEZ ROMERO

INTRODUCCIÓN: La espondilitis anquilosante es una enfermedad que proviene de la familia de enfermedades reumáticas cuyas características en común son: clínica, radiológica, genética (con el gen hereditario HLA-B27 con un alto porcentaje en personas diagnosticadas con esta enfermedad), epidemiológica y patógena. Es una enfermedad que afecta a las articulaciones que comprenden la columna vertebral. Es de carácter reumática, crónica progresiva y dolorosa y suele comenzar en adolescentes.

OBJETIVOS: Determinar el tratamiento que se establece en los pacientes que sufren espondilitis anquilosante.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos en artículos científicos.

RESULTADOS: Actualmente es una enfermedad que no dispone de cura, pero su dolor responde con antiinflamatorios y la rigidez con ejercicio físico diario. Los síntomas que se observan son dolores en lumbar y rigidez, dolor de articulaciones, de cuello, fatiga y rango limitado de movimiento. Su dolor no está localizado y es difuso, lo que se le llama como dolores silenciosos y ocasionan la fusión de las vértebras, perdiendo flexibilidad y aumentando la rigidez de la columna. Los tratamientos que se ofrecen para esta enfermedad son de fármacos que disimulan el dolor y la inflamación, de rehabilitación con ejercicios de fortalecimiento de espalda y movilidad de hombros y caderas, y de gimnasia y fisioterapia que ayuda a conservar la movilidad y evitar cualquier deformación de la columna (cifosis), éstos ayudan a prevenir el progreso de la enfermedad. Cuando la enfermedad está muy avanzada, existe opción quirúrgica, fracturando las vértebras para sujetarlas de forma correcta con placas metálicas.

CONCLUSIÓN: Aunque la mayoría de los enfermos que sufren esta enfermedad pueden valerse por sí mismos, es una enfermedad complicada tanto físicamente como psicológicamente. No existe curación y el objetivo de alcanzarla está muy lejos. Científicos buscan solución en la investigación sobre el bloqueo de la reactividad cruzada a través de mecanismos de ingeniería genética.

PALABRAS CLAVE: ESPONDILITIS, ANQUILOSANTE, RIGIDEZ, ENFERMEDAD, VÉRTEBRAS.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

BARBARA ESCOBERO HERRERA, LAURA PEREA GUERRA, MONICA DE LA TORRE VELASCO

INTRODUCCIÓN: Una de las patologías más comunes en personas de avanzada edad, es la fractura de cadera que necesariamente necesita de una intervención quirúrgica. El problema se plantea en la rehabilitación, ya que suele ser muy lenta, con alto riesgo de recaídas y se pueden presentar complicaciones del tono muscular y lesiones por ulceración por presión.

OBJETIVOS: Identificar las pautas a seguir con pacientes que han sufrido fractura de cadera.

METODOLOGÍA: Realizamos una revisión de la bibliografía en las bases de datos Cochrane Plus, Cuiden y Scielo.

RESULTADOS: Tras una fractura de cadera, sobre todo si es una persona mayor de 85 años, los pacientes deberán ser intervenidos quirúrgicamente. Los estudios revelan que hay una mortandad del 25% pero sería mayor si no se operasen. Al día siguiente de la operación se debe pasar al paciente de la cama al sillón para comprobar la estabilidad y empezar con los ejercicios de rehabilitación. A partir de las 48 horas posteriores a la intervención quirúrgica, el paciente debe empezar a andar de forma suave, lenta y gradual, siempre con el calzado adecuado. En los traslados y rehabilitación juega un papel fundamental el auxiliar de enfermería, ya que es su función, llevarlos a cabo. Además, hay que vigilar la alimentación para fortalecer la masa muscular.

CONCLUSIÓN: El alto coste, así como la gravedad y frecuencia de los pacientes con fractura de cadera, hacen que el servicio de rehabilitación y traslados llevado a cabo por los auxiliares de enfermería, sea de vital importancia. Por ello, es necesario mejorar los esfuerzos en la prevención, reparación y rehabilitación.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE, FRACTURA DE CADERA, TCAE, SÍNTOMAS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FRACTURA CERRADA DE TIBIA Y PERONÉ

JESUS SANJUAN ROMERO, MIRIAM MUÑOZ GARCÍA, YOLANDA DELGADO MADRONA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 17 años llega trasladado por su familia al centro de urgencias manifestando un fuerte dolor en el miembro de su pierna derecha en su parte distal, el cual es producido tras un fuerte golpe recibido en dicho miembro en un lance durante un partido de fútbol sala con sus amigos, y no poder apoyar ni movilizar la pierna. En la visualización del miembro no se observan heridas, pero sí una tumefacción en el punto del Trauma y un ligero desplazamiento del miembro.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física general aportó los siguientes datos: TA 136/89 mmHg, IMC 21'50, Escala Visual Analógica (EVA) – Dolor Severo; Escala de Hamilton - 4 (ansiedad moderada), Placa de Radiografía de Tibia y Peroné visualizándose la fractura de los mismo.

JUICIO CLÍNICO: Fractura cerrada de Tibia y Peroné. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Secundario la patología que ha desarrollado el paciente a desarrollado los diagnósticos de Riesgo de Caída y Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea.

CONCLUSIONES: Tras la inmovilización del miembro afectado por parte del equipo de urgencia de traumatología con la aplicación de una férula de yeso de fibra de vidrio, se le explica al paciente y a su familia la pauta a seguir. En la cual deberá de tener su pierna inmovilizada en un periodo de 6-8 semanas, en las cuales tendrá que mantener su pierna en reposo y caminar con muletas, explicándole su uso para reducir el riesgo de caídas, así como ofrecer la información necesaria de los posibles cambios que se pueden producir en el miembro y el régimen terapéutico a seguir durante el periodo, debido a la falta de movilidad y dolor que puede sentir en la zona.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, URGENCIAS, CUIDADOS, TRAUMATOLOGÍA, ENFERMERÍA.

IMPLANTACIÓN DE ESTIMULADOR DE NERVIOS PERIFÉRICOS

ADRIANA GONZALEZ BELTRAN, SARA GONZALEZ BELTRAN, VIRGINIA GARCIA MANZANARES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 74 años en seguimiento en consultas externas por cuadro de dolor en cara externa de MID desde hace años, que ha empeorado en los últimos 3-4 meses. Refiere parestesias e hipostesia severa en dicho miembro con claudicación de la marcha. No se controla con analgésicos. NAMC, no fumador, DMI, HTA, fistula colo-vesical, diverticulitis, varices en MMII. Tratamiento habitual: ASS, insulina, analgésicos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hipostesia y dolor severo en territorio nervio ciático poplíteo externo (NCPE). Tinel muy positivo en túnel peroneal, no déficit motor en la flexión dorsal-eversión del pie. Estudio neurofisiológico: PNP bilateral en NCPE con componente compresivo activo en túnel peroneal derecho.

JUICIO CLÍNICO: Dolor crónico y refractario a tratamiento médico, secundario a mononeuropatía peroneal derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El nervio peroneo superficial nervio puede afectarse de forma aislada tras lesiones en la región de la cabeza del peroné o en una localización más distal de la pierna. Habrá atrofia y debilidad de los músculos peroneos (eversión del pie) así como hipostesia de la porción lateral distal de la pierna y dorso del pie. Además, se puede afectar la porción sensitiva de forma aislada por una inversión forzada del pie o por compresión (por ejemplo por uso de botas altas o patines) provocando un síndrome puramente sensorial.

PLAN DE CUIDADOS: Cura diaria de la herida quirúrgica con betadine o clorhexidina hasta retirada de suturas. Mantener la herida siempre limpia y seca.

CONCLUSIONES: El nervio ciático poplíteo externo proporciona los nervios sensitivos de la pantorrilla, y los nervios mixtos peroneo superficial. La lesión puede ser a nivel proximal o distal. La lesión proximal suele ser traumática o compresiva y produce déficit para la flexión dorsal del pie con hipostesia entre el primer y segundo dedo. El paciente necesita una cirugía en la cual se libere el nervio ciático poplíteo externo a su paso por el túnel peroneal.

PALABRAS CLAVE: NERVIOS, POPLITEO, ESTIMULADOR, CIÁTICO, ANALGÉSICOS.

CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA POR BLOQUEO CIÁTICO Y FEMORAL

ELENA GUZMAN MORALES, FRANCISCO MANUEL GONZALEZ COSTI, MARTA GUZMAN MORALES

INTRODUCCIÓN: La artroplastia de rodilla y cadera produce un dolor postoperatorio intenso y de difícil manejo. Una analgesia correcta en este periodo, es fundamental para permitir una adecuada movilización y rehabilitación precoz del paciente intervenido.

OBJETIVOS: Valorar la técnica anestésica del bloqueo del nervio ciático y femoral para el control del dolor intra y/o postoperatorio determinando sus complicaciones y beneficios.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en bases de datos Scopus, Web of science, Medline y Cuiden, limitando artículos publicados desde los últimos 12 años a la actualidad. Se han revisado guías de práctica clínica y trabajos originales, valorando textos en inglés y español. Se dispuso de 30 artículos y se revisaron 25, seleccionando los 13 más relevantes por cumplir los criterios de inclusión (estudios cualitativos y cuantitativos).

RESULTADOS: El bloqueo del nervio ciático y femoral, es una alternativa anestésica para mejorar el dolor en artroplastia de rodilla y cadera. Son múltiples los estudios que muestran los beneficios de ésta técnica a pesar de los riesgos de intoxicación por utilización de altas dosis de anestésicos locales, las complicaciones alérgicas, el riesgo de lesión neurológica (más asociadas a la posición quirúrgica) o las parestesias. La elección de bloqueos nerviosos periféricos reducen el dolor postoperatorio y favorece la recuperación funcional.

CONCLUSIÓN: La elección de bloqueos y plexos como primera alternativa anestésica se esta implantado cada vez con más éxito. La adquisición de materiales de última generación mejora la calidad asistencial de los pacientes, además suponen un gran avance en el control del dolor postoperatorio favoreciendo la recuperación funcional. La combinación del ecógrafo junto al neuroestimulador a baja potencia, minimiza los efectos secundarios de la técnica.

PALABRAS CLAVE: ARTROPLASTIA, ANALGESIA, BLOQUEO, CIÁTICO, FEMORAL.

ATENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA PACIENTES CON FRACTURA DE CODO

JULIA YERA CALVENTE, BEATRIZ MARIA DIAZ MARIN, ANA BELÉN GUZMÁN DÍAZ

INTRODUCCIÓN: Una fractura de codo es una fractura de uno o más de los 3 huesos que forman la articulación del codo. Hay varios tipos de fracturas en el codo que son: No desplazada: significa que el hueso está agrietado o fracturado pero permaneció en su lugar. Desplazada: significa que las 2 extremidades del hueso fracturado se separan. Conminuta: significa que el hueso está agrietado o roto en muchos pedazos. Abierta: significa que el hueso fracturado atravesó su piel.

OBJETIVOS: Analizar y describir los posibles factores de riesgo en pacientes con una fractura de codo.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica, la búsqueda se realizó en las bases de datos Cochrane plus, Pubmed, LILACS y Cuiden Plus. Se utilizaron criterios de inclusión (fractura de codo, factores de riesgo, artículos disponibles a texto completo de manera gratuita y artículos originales) y el número de artículos aceptados finalmente fueron 33. La investigación se llevó a cabo en el año 2017.

RESULTADOS: De las bases de datos que se buscaron se encontraron 234 referencias, después de revisarlas y pasar los criterios de inclusión, aceptamos 33 documentos, estos fueron publicados desde 2001 a 2017. Algunas causas que tienen lugar en pacientes con fractura de codo son: Golpe directo en el codo. Caída sobre la mano con el codo extendido y pronación. Enfermedades o condición médica que provoquen una debilidad o fragilidad a nivel óseo (osteoporosis).

CONCLUSIÓN: Tras la revisión bibliográfica, podemos concluir que existen diferentes factores de riesgo relacionados en pacientes con fractura de codo.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, HUESO, ARTICULACIÓN, INFLAMACIÓN.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA TRAUMATOLOGÍA: FRACTURA DE FÉMUR

MARÍA ELADIA GARCÍA RODRIGUEZ, CELIA LIGERO REYES, DIONISIA MORALES LOMBARDO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 82 años de edad que acude a la consulta para realizar curas de herida quirúrgica por haber sido intervenido de fractura pertrocanterea de fémur derecho (osteosíntesis clavo Gamma 3 corto). Antecedentes Personales. NAMC, Ex fumador durante unos 65 años, Hiperglucemia secundaria a corticoides, artritis reumatoide con anti-CCP+; y FR+ y se encuentra en seguimiento por Reumatología en tratamiento con Abatacep. El paciente tiene un tratamiento crónico con Omeprazol 20mg cada 24 horas; Risedronato 35 cada siete días; Tramadol 100mg 30 gotas cada 24 horas; Deflazacort 6 mg y Paracetamol 500 mg cada 24 horas. Antecedentes familiares. Sin incidencias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente no ha deambulado desde la intervención y acude a la consulta en silla de ruedas. Se realiza radiografía sin observar desplazamiento secundario de fractura ni signos de fracaso de material de osteosíntesis.

JUICIO CLÍNICO: Fractura pertrocanterea fémur derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza cura de herida quirúrgica sin incidencias. Se le retiran todos los puntos de sutura.

PLAN DE CUIDADOS: Tto. Con Omeprazol 20mg uno al día, Ibuprofeno 600 mg cada 8 horas y Paracetamol intercalado mientras persista el dolor.

CONCLUSIONES: Recomiendo al paciente que puede comenzar con la deambulación progresiva cargando peso según tolerancia, así como el uso del andador y comenzar con rehabilitación.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, REHABILITACIÓN, CIRUGÍA, FÉMUR.

PACIENTE CON FRACTURA DE COLLES: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANA MARÍA CANO VALLEJO, MARIA JESUS LARIOS MONTOSA, MARIA JOSE CID GONZALEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 68 años que acude a urgencias por caída accidental en vía pública. Refiere traumatismo en muñeca derecha. AP: HTA. IQ: Apendicectomía. Tratamiento: Enalapril 20 mg y Lexatín 1,5 mg.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: NAMC. Afebril. TA 145/72. FC 77lpm. SatO2 basal 99%. COC. BEG. BHP. ACP rítmica y sin soplos. MVC sin ruidos patológicos. Presenta edema, deformidad y dolor a la palpación en extremo distal de radio derecho. Rx muñeca derecha: fractura de Colles.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de Colles. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Contusión, esguince, luxaciones o fractura-luxación del carpo, fractura de Chauffer o de Rhea-Barton.

CONCLUSIONES: La fractura de Colles es la fractura distal del radio justo por encima de la muñeca, extrarticular y con desplazamiento dorsal del fragmento distal. Suele realizarse reducción manual bajo infiltración local de anestésico e inmovilización con yeso cerrado. Las indicaciones principales son: elevación del miembro, movilización frecuente de los dedos y vigilancia de coloración, dolor y/o edema además de tratamiento analgésico y /o antiinflamatorio (no en este caso por la HTA). Seguimiento en consulta de traumatología y consolidación de la fractura aproximada en 6 semanas.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, COLLES, DEFORMIDAD, RADIO.

SUSTITUCIÓN TOTAL DE RODILLA, A PROPÓSITO DE UN CASO

ROCIO SUAREZ PEÑA, FARINOOS KIANFAR, MOHAMMAD AKHLAGHI KETABI

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 80 años que presenta gonalgia degenerativa severa de predominio derecho que le impide hacer vida normal, rebelde a tratamiento conservador. Usa bastón para deambular. No dolor en reposo pero severo cuando camina. Necesita de ayuda para silla-escaleras. Función menor de 5 minutos. Antecedentes personales: FA Paroxística en seguimiento por Cardiología, portador de marcapasos definitivo desde hace 1 año. Tto con Sintrom.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración Física: pesa 66kg. Rango de movilidad 151°-110°. Retracción de LLI. Deformidad en varo (aproximadamente 10° eje mecánico). Fuerza 4/5. Flexo 15°. RX simple de rodilla derecha:gonartrosis Ahlback IV, varo 10°<https://ws027. Juntadeandalucia. Es/principal/default. Asp> eje mecánico aprox.

JUICIO CLÍNICO: Osteoartrosis localizada rodilla derecha. **PLAN DE CUIDADOS:** Se procede a tratamiento quirúrgico para sustitución de rodilla derecha total (prótesis Triatlón cementada). Podrá caminar con el andador pudiendo apoyar la pierna intervenida. Realizará los ejercicios de rehabilitación (que se han enseñado previa alta), durante 15 minutos durante 3 veces al día y después se pondrá frío local. Los puntos se retirarán en un plazo de 2 semanas en su centro de salud. Continuará con su tratamiento habitual, exceptuando el Sintrom que no comenzará a tomarlo paso 3 semanas de la intervención, mientras tanto seguir con tratamiento con Enoxaparina 40mg. Control por su médico de Atención Primaria. Volver a consulta de traumatología en 4/6 semanas para revisión.

PALABRAS CLAVE: GONALGIA, PRÓTESIS, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, REHABILITACIÓN.

A PROPÓSITO DE UN CASO: DISMORFIA SEPTAL

FRANCISCO JAVIER GALVÁN JURADO, ESTER DELGADO DELGADO, ANA MARÍA GAMEZ CAMPOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 30 años, que acude a consulta, por mala ventilación nasal, ronca por las noches, peor por fosa izquierda, sin rinorrea. Progresivamente tras traumatismo nasofacial.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En exploración física se aprecia, lateralización hacia la derecha de la punta. Nasofibroscoopia: desviación de la punta nasal hacia la derecha, desviación septal anterior hacia la fosa derecha, se aprecia columena en vestíbulo, no oclusiva, desviación septal oclusiva hacia fosa izquierda.

JUICIO CLÍNICO: Dismorfia septal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Pólipos nasales, hipertrofia de cornetes, rinitis alérgica, hemorragias nasales o epistaxis, bloqueo del orificio de drenaje de los senos paranasales, tumores de hipófisis.

PLAN DE CUIDADOS: Se ofrece Septoplastia solo con finalidad funcional, no estética.

CONCLUSIONES: La desviación del tabique septal es la causa más frecuente de obstrucción nasal, el síntoma más común por el cual consultan los pacientes al otorrino. La intervención se denomina septoplastia y suele indicarse en pacientes con una deformidad septal visible y/o con insuficiencia respiratoria.

PALABRAS CLAVE: NARIZ, RINORREA, TRAUMASTIMO, DESVIACIÓN, RONQUIDO.

PACIENTE CON TUMORACIÓN VOLAR-RADIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

FRANCISCO JAVIER GALVÁN JURADO, ESTER DELGADO DELGADO, ANA MARÍA GAMEZ CAMPOS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 25 años que acude a consulta por presentar desde hace meses una tumoración en muñeca derecha que no para de crecer. Doloroso, produciéndole en ocasiones la inmovilidad de la mano.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza ecografía con sonda lineal de alta frecuencia 7-13 mHz sobre la zona de la tumoración palpable a nivel volar-radial, de la muñeca derecha, donde apreciamos una lesión lobulada quística de 10 x 3 mm justo por debajo de la arteria radial y que parece depender de la articulación radiocarpiana, en relación con ganglión sinovial.

JUICIO CLÍNICO: Tumoración volar-radial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tenosinovitis, lipomas, hamartomas, contractura de Dupuytren.

PLAN DE CUIDADOS: En un primer momento se aconseja la aspiración, que es la colocación de una aguja en el quiste, extrayendo el líquido y inyectando un compuesto esteroide en la cavidad vacía. Sino es efectivo se pasaría a la cirugía, extirpando todo el complejo ganglionar, incluyendo quiste, pedículo. El paciente puede tomar ibuprofeno cada 8 horas si existe dolor.

CONCLUSIONES: Este tipo de tumoración es el segundo más frecuente (18-20%). La cirugía consiste en la extirpación del quiste. No hay que olvidar que una resección incompleta acarreará que vuelva a aparecer.

PALABRAS CLAVE: MUÑECA, DOLOR, INMOVILIDAD, GANGLIO, TUMORACIÓN.

FRACTURA DE TOBILLO POR ATROPELLO ACCIDENTAL

PATRICIA MONTIEL CRESPO, ROCIO INMACULADA SANCHEZ MARTIN, NURIA INFANTE CHACÓN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón 52 de años que sufre atropello accidental al bajar de su vehículo con resultado de fractura abierta de tobillo izquierdo. No presenta mas lesiones de importancia valorables en primera exploración a pie de calle.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientado, colaborador, eupneico, correctamente hidratado y perfundido, hemodinámicamente estable. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Herida con fractura abierta en tobillo izquierdo.

JUICIO CLÍNICO: Fractura abierta de tobillo izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Esguince de tobillo, rotura del ligamento con bloqueo articular, entorsis subastragalina.

PLAN DE CUIDADOS: Reposo e inmovilización hasta reducción en quirófano bajo anestesia general, yeso y revisiones según servicio de traumatología y curas de herida quirúrgica según criterio de su enfermero de zona.

CONCLUSIONES: Una fractura es una quebradura parcial o completa de un hueso, pueden implicar lesiones importantes en ligamentos que mantienen al tobillo en su posición normal. La mayoría de las fracturas de tobillo son tratadas en el servicio de urgencias hospitalario pero en el caso de las fracturas abiertas el paso por quirófano resulta imprescindible.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, DOLOR, IMPOTENCIA FUNCIONAL, ACCIDENTE.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS A UN PACIENTE CON FRACTURA PATOLÓGICA DE OLÉCRANON

EVA MARIA SERRANO ARAGON, JOSEFA ORTIN CORTÉS, MARIA ANGELES SANCHEZ SANCHEZ, PASCUALA SÁNCHEZ GEA, MARÍA DE LAS MERCEDES GARCÍA SÁNCHEZ, YOLANDA JIMÉNEZ ALONSO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 68 años que acude al servicio de urgencias del hospital universitario Virgen de la Arrixaca por caída accidental esta mañana mientras paseaba al perro. No refiere pérdida de conocimiento. Refiere dolor en codo izquierdo. Entre sus antecedentes encontramos que padece un síndrome ansioso-depresivo en tratamiento, hipercolesterolemia en tratamiento y refiere cuadro bronquial desde hace 15 días. Fumadora habitual de un paquete diario de tabaco.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se recibe a la paciente en el servicio de urgencias y realizamos una toma de constantes. Antecedentes personales: sin alergias conocidas. Síndrome ansioso-depresivo en tratamiento. Hipercolesterolemia en tratamiento. No HTA ni DM. Toma adiro 100 mg. Exploración física: dolor y deformidad en codo izquierdo, con impotencia funcional. No dolor en muñeca ni en húmero. Presenta sibilancias al hablar. Exploración neurológica: Glasgow 15. AC: Rítmica, no se evidencian soplos. Rx tórax: imagen en hemitórax derecho a estudio (se pide TAC de tórax urgente). Rx hombro, antebrazo y muñeca izquierda: fractura desplazada de olécranon y cabeza radial.

JUICIO CLÍNICO: Fractura desplazada de olécranon y cabeza radial (posible fractura patológica).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: En la recogida inicial de datos se sospecha fractura patológica desplazada de olécranon y cabeza radial. Posteriormente se realiza TAC urgente de tórax y se confirma el diagnóstico: neoplasia pulmonar hiliar derecha con metástasis cutáneas y óseas.

CONCLUSIONES: Se pone férula braquiopalmar en miembro superior izquierdo. Se instauro tratamiento analgésico intravenoso, se añaden antibióticos empíricos al tratamiento. Se realiza interconsulta a neumología y se pasa el cargo a oncología para tratamiento.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA PATOLÓGICA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, QUIMIOTERAPIA, METÁSTASIS.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PLAN DE CUIDADOS DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

ENCARNACION GORDO ROLDAN, MARÍA ESPERANZA DEL MORAL RAMOS, ROSA MARIA SALAS MENDIETA

INTRODUCCIÓN: La edad y el nivel de dependencia son factores importantes a considerar en la gestión de los cuidados de enfermería durante la hospitalización. Por lo que administrar los cuidados conlleva la responsabilidad de la calidad de la atención que cada paciente necesita para conseguir la adecuada recuperación. Los pacientes en traumatología, debido a la inmovilización y al dolor tienen alta dependencia en cuidados, la mayor parte de las intervenciones del auxiliar de enfermería están dirigidas a valorar las necesidades de cuidados y ayudar, reforzar y suplir las actividades que los pacientes no pueden hacer de forma independiente.

OBJETIVOS: Determinar los diagnósticos de autonomía y las intervenciones del técnico en cuidados de enfermería en los pacientes con fractura de cadera.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática y bibliográfica, en la cual se consultaron diversas bases de datos, utilizando los descriptores: Fracturas, cadera y traumatología.

RESULTADOS: El plan de cuidados estandarizado supone poner en marcha una planificación de actuaciones que realizan los profesionales de enfermería con el paciente en diferentes momentos, marcando los objetivos que queremos alcanzar y las intervenciones a realizar. El plan de cuidados se realiza todos los días que el paciente permanece ingresado se basará en la valoración patrones funcionales de salud, riesgo de úlceras por presión al ingreso, escala Norton (enfermera), la dependencia ABVD, escala Barthel (auxiliar de enfermería). La aplicación plan de cuidados estandarizados, los objetivos al alta será la piel intacta y abandono del encamamiento. Las principales intervenciones del Auxiliar de Enfermería son los cuidados del paciente encamado y la prevención de úlceras por presión.

CONCLUSIÓN: A la vista de los resultados podemos concluir que las intervenciones de enfermería en esta fase aguda de hospitalización han sido adecuadas. La auxiliar de enfermería además de proporcionar y registrar los cuidados necesarios transmite conocimientos y habilidades a los cuidadores familiares, que son el soporte del paciente tras el alta.

PALABRAS CLAVE: FRACTURAS, CADERA, TRAUMATOLOGÍA, HOSPITALIZACIÓN.

TRATAMIENTO DE DOLOR AGUDO EN FRACTURA COSTAL

MARIA NIEVES MOLINERO RODRÍGUEZ, MARIA ENCARNACIÓN RUANO LORCA, MARÍA DEL MAR LUCENA AGUILERA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 52 años que ingresa tras accidente de moto por fractura múltiple costal. Sufre contusiones y heridas sin gravedad pero se queja mucho de dolor torácico intenso al respirar y al realizar movimiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se utilizó la valoración por dominios (NANDA). Dominios alterados: Dominio 1: Promoción de la salud: Está preocupado por su estado de salud y por no saber si se recuperará por completo. Dominio 2: Nutrición: ha incorporado dieta rica en fibra para mejorar su patrón intestinal. Dominio 3: Eliminación e intercambio: intenta todos los días hacer de vientre en el baño aunque con mucho dolor al desplazarse y al hacer esfuerzo. Dominio 4: Actividad/reposo: Quiere comenzar deambulación. Dominio 11: Seguridad/Protección: Escala de Norton: 13.

JUICIO CLÍNICO: 00132 DOLOR AGUDO relacionado con Agentes lesivos físicos (fractura costal), manifestado por expresión verbal de dolor, postura de evitación del dolor y cambio en parámetros fisiológicos (p. Ej., Tensión arterial, frecuencia cardíaca) **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Es el principal problema que aqueja a este paciente y enfermería puede resolverlo.

PLAN DE CUIDADOS: Objetivos NOC: 1605 Control del dolor: Indicador: [160511] Refiere dolor controlado. 2102 Nivel del dolor: Indicador: [210209] Tensión muscular. 2008 Estado de comodidad: indicador: [200801] Bienestar físico. [200803] Bienestar psicológico. Intervenciones NIC: 2210 Administración de analgésicos. 1400 Manejo del dolor. 5820 Disminución de la ansiedad. 6482 Manejo ambiental: confort. Tras una semana con administración de su tratamiento pautado, técnicas de relajación y enseñanza de posturas antiálgicas, el paciente ha mejorado el control de su dolor, pudiendo realizar casi todas las actividades con un dolor soportable. Ha comenzado a deambular y se encuentra mucho más animado.

CONCLUSIONES: Es vital prestar atención al dolor y no banalizarlo como algo normal, intentando minimizarlo con todos los medios a nuestra disposición para una temprana recuperación del paciente y una mejora de su autonomía.

PALABRAS CLAVE: DOLOR AGUDO, ANALGESIA, ENFERMERÍA, PLAN DE CUIDADOS.

PACIENTE CON FRACTURA DE MALEOLO TIBIAL TOBILLO IZQUIERDO

FÁTIMA SÁNCHEZ GARCÍA, MARIA ISABEL LARA RUIZ, MARIA DE LA LUZ SIERRA GOMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 42 años de edad, que acude a urgencias por dolor e impotencia funcional, después de torsión brusca y traumatismo sobre el tobillo izquierdo en su trabajo. No presenta alergias ni antecedentes personales de importancia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Presenta dolor a la palpación de región media del tobillo, sin dolor a la palpación de cabeza de peroné proximal. Presenta erosión en región de maleolo medial sin signos de sobreinfección. Se realiza radiografía de tobillo izquierdo, donde se aprecia Fx de maleolo tibial. Bajo anestesia locorregional, profilaxis antibiótica administrada e isquemia preventiva se realiza: Abordaje de maleolo medial con exposición de la fractura, reducción abierta de la misma, osteosíntesis con dos tornillos rosca parcial 4 diámetros y 35 mm de longitud. Comprobación escópica de la fijación. Control de la hemostasia. Lavado profuso. Cierre por planos. Piel con Vicryl rapid.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de maleolo tibial de tobillo izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Contusión, fractura de otros huesos del tobillo, esguinces.

PLAN DE CUIDADOS: Al alta: Pie elevado, no cargar, caminar con bastones sin apoyo del pie intervenido. Mover tobillo, según tolerancia del dolor. Aplicar frío local. Mantener vendaje al menos 24h. Cura local a las 24-48h con betadine. Vigilar signos de alarma en el domicilio. Fiebre o dolor mal controlado. Alternar ibuprofeno 600mg con paracetamol 1g. Clexane 40mg sb una vez al día. Revisión en consultas de su traumatólogo en dos semanas con Rx de control de tobillo izquierdo AP y LAT.

CONCLUSIONES: Muchas fracturas tienes que ser intervenidas por no ser suficiente inmovilizándolas. En este caso había que reducirla. Suelen ser intervenciones con anestesia local y los pacientes se van de alta en el mismo día o al día siguiente si todo va bien.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, MALEOLO TIBIAL, DOLOR, INTERVENCIÓN.

CASO DE ENFERMERÍA: PACIENTE ANTIAGREGADO CON TRAUMATISMO CREANOENCEFÁLICO

FLORA CONSUELO SANTAELLA BARCOS, MARÍA BELÉN CALLEJAS MARTÍN, PATRICIA ARMENTEROS COSTA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 90 años de edad, es atendida en su domicilio por el DCCU tras sufrir una caída que cursa con pérdida de conocimiento, y herida en cara. Se decide traslado a hospital de referencia. AP: NoRAM, HTA, DM2, FA crónica y anticoagulada con sintrom.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Afebril, TA: 165/70 mmHg, FC:70 lpm, GC: 130 mg/dL. Herida inciso contusa en ceja derecha la cual se sutura, pupilas simétricas y reactivas. GCS 15. Manifiesta fuerte cefalea. Pasa a observación para control de estado neurológico y del dolor. Durante su estancia, empeora su estado general comenzando con una alteración de estado neurológico (Glasgow 12), por lo que se decide hacer un TC Cráneo apareciendo una pequeña hemorragia subaracnoidea. Se comenta con cirugía los cuales deciden tto conservador y tras otro episodio de empeoramiento, se decide intervenir y drenar la hemorragia. La paciente es dada de alta sin secuelas aparentes.

JUICIO CLÍNICO: TCE, hemorragia subaracnoidea secundaria a sintrom. **CONCLUSIONES:** La gran mayoría de los paciente mayores, suelen estar en tto crónico con sintrom o incluso con AAS, por lo que son mucho mas propensos a sufrir hemorragias tras una caída, las cuales no siempre son visibles, por lo que deberemos tenerlo en cuenta y realizar una valoración constante. En caso de TCE, un método que nos puede ayudar es el uso de la escala de Glasgow y la reactividad y tamaño pupilar, ya que nos darán información temprana de un empeoramiento de su estado neurológico.

PALABRAS CLAVE: HEMORRAGIA, CONTUSIÓN, DESORIENTACIÓN, CAÍDA.

A PROPÓSITO DE TRONCANTERITIS AGUDAS

VERA LÓPEZ MUÑOZ, CARMEN FLORIDO MONTORO, NOELIA GUTIÉRREZ BANDERA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 54 años, intervenida anteriormente de diversas operaciones, de interés: fascitis plantar y cirugía de la columna lumbar. Antecedentes a destacar obesidad, no HTA. Acude al servicio de urgencias por dolor en cadera derecha desde hace 5 días. Refiere no haber sufrido caída ni traumatismo previo. No NACM.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Constantes: Sat O₂: 97% T° 36,5 Aspecto general: Buen estado general. Cabeza y cuello: No estasis yugular. No cianosis. Auscultación cardíaca: Tonos rítmicos, sin soplos ni rones. Auscultación respiratoria: Buen murmullo vesicular. Ventilación bien en ambos campos. Tórax/abdomen: Abdomen blando, depresible, sin megalias ni dolor. Peristaltismo conservado. MM. SS. /MM. II: Dolor a la presión en trocánter mayor derecho. Lesegue negativo, bragard negativo. Exploración neurológica: Sin focalidad neurológica. RX Cadera derecha: 2 proyecciones. Sin hallazgos de interés

JUICIO CLÍNICO: Trocanteritis aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome de fricción de la fascia lata sobre el trocánter mayor. Pinzamiento femoroacetabular.

PLAN DE CUIDADOS: Ansiedad: Nanda: r/c nerviosismo m/p estado de salud. NIC: Escucha activa NOC: Autocontrol de la ansiedad Temor: Nanda: Temor r/c disminución de la capacidad para solucionar problemas. NOC: Nivel de miedo. NIC: Escucha activa.

CONCLUSIONES: La impresión diagnóstica es: Trocanteritis aguda, por ello se administra Enatium 50mg/2ml. Se aconseja reposo en casa y aplicar calor local. En cuanto a medidas farmacológicas aplicar calmatel gel, vimovo 1 comprimido c/12 horas durante 7 días. Finalmente, se insta a seguimiento por traumatología y se enfatiza en la necesidad de no hacer esfuerzos bruscos ni rápidos hasta fin del proceso para que no queden secuelas y no se vea dañada su calidad de vida; teniendo en cuenta sus antecedentes.

PALABRAS CLAVE: TRONCANTERITIS, URGENCIAS, TRAUMATOLOGÍA, AGUDA.

RECOMENDACIONES SOBRE CUIDADOS DOMICILIARIOS TRAS INTERVENCIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA

LUIS JOSÉ PÉREZ CONTRERAS, INÉS SPINOLA MIÑAN, INMACULADA MEDINA LOPEZ

INTRODUCCIÓN: La artroplastia de rodilla es una cirugía que sirve para el reemplazo de una articulación de la rodilla por una articulación artificial. Esta articulación artificial se llama prótesis.

OBJETIVOS: Identificar cuáles son los cuidados en el domicilio tras ser intervenido de artroplastia de rodilla.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio tras el análisis en diferentes artículos y publicaciones, consulta que se hace a través de diferentes bases de datos, como son Cuiden, Dialnet, el buscador Google, Medline Plus y PubMed. Centrando en los descriptores: artroplastia, rodilla, cuidados, domiciliarios, prótesis.

RESULTADOS: Las intervenciones de reemplazo de rodilla suelen ser operaciones muy seguras y frecuentes en unidades de traumatología, además dan buenos resultados. Después de la revisión realizada observamos que los cuidados en el domicilio serían: caminar con ayuda de muletas, evitar permanecer de pie periodos largos, utilizar calzado cómodo y cerrado que sujete bien el pie, evitar sobrepeso, no colocar nada bajo la rodilla al estar tumbado, si bajo el tobillo, mantener siempre que se pueda la pierna en alto, retirar alfombras o mobiliario que pueda provocar una caída, cuidado con el suelo mojado, tomar la medicación, realización ejercicios de rodilla. Para cuidar la herida el apósito debe permanecer limpio y seco, retirada de los puntos en 10-14 días.

CONCLUSIÓN: Es fundamental que los profesionales de enfermería informen de los cuidados domiciliarios a los paciente intervenidos para garantizar su continuidad al alta hospitalaria, y que incidan en la necesidad de que su colaboración en los meses siguientes es muy importante porque de ello depende el éxito de la cirugía.

PALABRAS CLAVE: ARTROPLASTIA, RODILLA, CUIDADOS, DOMICILIARIOS, PRÓTESIS.

SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

LUIS MIGUEL SANCHEZ PEREZ, MANUEL LUNA RUIZ, HECTOR PERALTA SOLER

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 50 años acude a su centro de salud por referir dolor y pérdida de fuerza en la mano derecha con un mes de evolución. La paciente trabaja para una empresa de limpieza y explica que hace muchos movimientos rotatorios de muñeca para desarrollar sus funciones. AP: fumadora, DM tipo I, dislipemia y sordera leve.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Afebril, TA 125/80 (mmHg), Fc 80 Imp. El médico de familia le hace una exploración de ambas manos y procede hacer la prueba de Tinel la cual es positiva ya que se produce hormigueo cuando le golpea o presiona sobre el nervio mediano; y por último hace el signo de Phalen el cual también es positivo cuando la paciente flexiona la muñeca 60 segundos y vuelve a sentir hormigueo y entumecimiento en los dedos; signo orientativo en la diagnosis.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome del túnel carpiano. **CONCLUSIONES:** El síndrome de túnel carpiano es una afección en la cual existe una presión excesiva del nervio mediano; la zona de la muñeca donde se inserta este nervio se llama túnel carpiano y cualquier inflamación a causa de movimientos repetitivos, como es en este caso, provoca el entumecimiento, dolor y hormigueo de la mano. En un principio se recomendó tto conservador (AINES y repos relativo), pero finalmente se tuvo que recurrir a cirugía, para la liberación del túnel carpiano, siendo una intervención sencilla breve y exitosa, en la cual la paciente obtuvo el alta domicilia en el mismo día, tras haber recibido las instrucciones del cuidado de la herida y siendo citada para la revisión postoperatoria en CCEE.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, HORMIGUEO, ENTUMECIMIETO, INFLAMACIÓN.

POSTOPERATORIO DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA EN UN ÁREA RURAL DE ASTURIAS

EVA PRIETO GARCÍA

INTRODUCCIÓN: La artroplastia total de rodilla es una intervención quirúrgica que tiene una elevada prevalencia en nuestro medio, mejorando la calidad de vida de los sujetos intervenidos.

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de dicha intervención en nuestro hospital, así como conocer datos del postoperatorio inmediato.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, realizado en el Área I de Asturias. Se estudia a los pacientes intervenidos de Artroplastia total de rodilla entre el 1/Enero/2010 al 16/Junio/2011. Se revisaron variables sociodemográficas, clínicas, de manejo hospitalario, de evolución, etc. , A través de las historias clínicas informatizadas (SELENE). Análisis estadístico: se describen las variables cuantitativas con media y desviación estándar; las cualitativas con distribución porcentual de frecuencias. Se exponen los intervalos de confianza (IC) del 95% de los resultados más relevantes.

RESULTADOS: N=115; 78.3% Mujeres/21.7% Hombres. La media de edad de la muestra fue de 71.99 Años (DE: 7.619). La estancia media post-operatoria fue de 7.77 Días (DE. 2.439). La cifra de hemoglobina postoperatoria (expresada en gr/dl) a las 24 y 48 horas fue de 10,7078 (DE: 1,25880) y de 9,8304 (DE: 1,04144) respectivamente. El 53% de la muestra no precisó ser transfundido. Como media tardaron 1,13 días (DE: 0,363) en sentarse, 2,59 días (DE: 0,620) en deambular con ayuda de un andador y 3,66 días (DE: 1,025) en ir al Servicio de Rehabilitación por primera vez. El 15.7% Tuvo complicaciones con la herida quirúrgica.

CONCLUSIÓN: La Artroplastia total de rodilla es una intervención frecuente en nuestro medio, con una mayor prevalencia en la mujer. Como toda intervención tiene un postoperatorio más o menos complejo, dependiendo de multitud de factores, entre ellos la edad, la hemoglobina postoperatoria y la calidad de vida previa a la intervención.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, ARTROPLASTIA, RODILLA, HOSPITAL, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, PACIENTE.

PACIENTE QUE PRESENTA SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

CARMEN FLORIDO MONTORO, NOELIA GUTIÉRREZ BANDERA, VERA LÓPEZ MUÑOZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente 37 años, ingreso programado desde cirugía para intervención de mano derecha diagnosticado de síndrome del túnel carpiano.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Dolor en mano derecha, asociado con parestesias en dedos de la mano. Refiere sensación de debilidad y molestias por las noches. En la exploración maniobra de Phalen positiva, signo de Tinel positivo y la potencia del APB esta disminuida. Sensibilidad alterada. EMG: síndrome de túnel carpiano.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome del túnel carpiano. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hipotiroidismo, infecciones o lesión a nivel medular.

PLAN DE CUIDADOS: Riesgo de infección r/c herida quirúrgica: NOC: autogestión de los cuidados; NIC: control infecciones y cuidado de heridas. Conocimiento deficientes r/c proceso de su enfermedad: NOC: comunicación receptiva; NIC: apoyo en la toma de decisiones.

CONCLUSIONES: Se le realizarán analíticas de sangre y EMG, para confirmar patología del síndrome del túnel carpiano. Tras su alta se procederá a un vendaje compresivo y elevación del miembro. Tratamiento para el dolor ibuprofeno 600 mg c/8 h, omeprazol 20 mg c/24 h y si dolor 50 mg c/4 horas. Tras 2 semanas cita en servicio de traumatología, curas realizadas por la unidad de enfermería de traumatología y reposo domiciliario y evitar realizar esfuerzos.

PALABRAS CLAVE: PARESTESIAS, MANOS, SÍNDROME, TÚNEL CARPIANO.

EPICONDILITIS LATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

LUIS MIGUEL SANCHEZ PEREZ, MANUEL LUNA RUIZ, HECTOR PERALTA SOLER

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 35 años acude a su centro de salud derivada por médico de Mutua laboral, por dolor persistente en el codo derecho de 5 semanas de evolución; que con el paso de los días empeora y con pérdida de fuerza en ocasiones no continuadas. AP: fumadora, dislipemia leve, ovario poliquístico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Afebril, TA 125/80 (mmHg), Fc 85 lmp. El médico de familia explora ambos codos y procede a realizar un anamnesis minuciosa, en la cual se pone en conocimiento el desarrollo laboral que realiza la paciente; periodista la cual pasa bastantes frente al ordenador haciendo escritos, lo que conlleva a una flexión prolongada de ambos codos; causante de la inflamación de epicondilo lateral, lo cual provoca dolor y entumecimiento del miembro superior.

JUICIO CLÍNICO: Epicondilitis lateral. **PLAN DE CUIDADOS:** Se decide tratamiento conservador que consiste: en el descanso del brazo, suspender durante varias semanas el movimiento repetido, como es este caso en la flexión continua, AINE'S para reducir dolor e inflamación y terapia física ya que los ultrasonidos y los masajes con frío ayuda a aliviar el dolor del codo y en caso de no notar mejoría se recomendaría las inyecciones de esteroides.

CONCLUSIONES: El codo de tenista, o epicondilitis lateral, es una enfermedad del codo provocada por el exceso de uso. La mayoría de las personas que padecen codo de tenista tienen entre 30 y 50 años de edad, aunque cualquier persona puede padecer codo de tenista si tiene los factores de riesgo. En este caso el tratamiento conservador fue exitoso y se le aconseja que en caso de encontrar empeoramiento pidiera cita para revisión por traumatología CCEE.

PALABRAS CLAVE: INFLAMACIÓN, DOLOR, ENTUMECIMIENTO, CODO DE TENISTA.

ESTUDIO DE LA OSTEOMIELITIS MULTIFOCAL CRÓNICA RECURRENTE

ANA BELÉN RIDAO, ANA CATENA RODRÍGUEZ, ISABEL MUÑOZ MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: La osteomielitis multifocal recurrente es una enfermedad autoinmune produciendo inflamación ósea, siendo una enfermedad crónica. La incidencia en España es de 1/1000000 habitantes, a pesar de su baja incidencia la sintomatología afecta gravemente en la calidad de vida de las personas afectadas.

OBJETIVOS: Identificar la osteomielitis multifocal crónica recurrente como enfermedad. Analizar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la osteomielitis multifocal crónica recurrente.

METODOLOGÍA: El trabajo consta de una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos como Scielo, Cuiden, Elsevier y Pubmed, llevándose a cabo en Enero de 2018.

RESULTADOS: La osteomielitis multifactorial crónica recurrente es una enfermedad inflamatoria, generalmente de etiología desconocida conociéndose en los últimos estudios un componente genético con afectación del cromosoma 18 en el 50% de los casos. La osteomielitis afecta a los huesos largos en primer lugar como fémur y pelvis, pasando más tarde a zonas óseas más pequeñas. El diagnóstico consiste en la exclusión de otras enfermedades ya que tiene síntomas muy inespecíficos, son de ayuda las pruebas de imagen como la resonancia magnética e histológicas como la biopsia. El tratamiento está basado en la administración de AINES, bifosfonatos e inhibidores de TNF.

CONCLUSIÓN: La osteomielitis multifactorial crónica recurrente es una enfermedad crónica, imprevisible, que afecta generalmente al sexo femenino y en un periodo corto de edad. A día de hoy no existe un tratamiento específico por ello es necesaria la colaboración multidisciplinar de profesionales sanitarios, para un diagnóstico precoz de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: OSTEOMIELITIS, TRATAMIENTO, NIÑOS, ENFERMEDAD CRÓNICA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

JESICA REBOLO ORTIZ, ARACELI BERENGUER PALMA, MARIBEL SANCHEZ ROMAN

INTRODUCCIÓN: La fractura de cadera es la causa más común de hospitalización en los servicios ortopédicos, aumentado su incidencia en la población anciana. Esta fractura se debe a la pérdida de la solución de continuidad del tejido óseo del fémur a nivel de la articulación proximal, siendo las caídas la causa principal de la fractura de cadera. Seguir una nutrición sana y un tratamiento contra la osteoporosis pueden evitar estas fracturas.

OBJETIVOS: Esta investigación tiene como objetivo analizar los cuidados de enfermería ante un paciente con fractura de cadera.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos de la literatura científica.

RESULTADOS: En ambos casos se pretende que el paciente pueda andar el día siguiente de la operación, con la ayuda muletas. La fisioterapia debe empezar lo antes posible. Mediante una radiografía es como se realiza su diagnóstico. Es necesario evitar complicaciones postoperatorias. Los pacientes con fractura de cadera, por lo general, quedan algunos días imposibilitados en cama, necesitando toda ayuda para realizar casi cualquier movimiento, teniendo a su vez que tomar medicamentos que eviten el desarrollo de coágulos de sangre. En la mayoría de los casos el tratamiento tiene que ser quirúrgico mediante artroplastia u osteosíntesis, dependiendo del tipo de fractura.

CONCLUSIÓN: Teniendo en cuenta algunos cuidados como prevenir lesiones en la piel (debido al tiempo encamado), evitar luxación de cadera, nunca estirar el miembro operado, siempre colocarse en cama semisentado, etc. Y añadiendo otros cuidados anteriormente mencionados, como una buena nutrición del paciente. Lo primordial de este tratamiento es evitar que el paciente no pueda volver a caminar.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, CADERA, FÉMUR, IMPOSIBILITADOS, QUIRÚRGICO.

CUIDADOS ENFERMEROS EN LA ARTROSCOPIA DE HOMBRO EN DECUBITO LATERAL

LAURA DELGADO ACERO, ROSA ROJANO MELENDEZ, JENNIFER JIMÉNEZ GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: En la artroscopia de hombro en posición decúbito lateral es fundamental tener en cuenta: la posición, la preparación, el diagnóstico y las complicaciones del paciente intraoperatorias y postoperatorias.

OBJETIVOS: Adoptar diferentes medidas higienico-posturales, de protección y prevención, durante la cirugía de artroscopia de hombro en posición decúbito lateral.

METODOLOGÍA: En la artroscopia de hombro en decúbito lateral hay que adoptar todas las medidas posibles de prevención y protección: manta térmica, límite de 3kg máx. De tracción, protección de prominencias óseas, anulación hombro-cabeza de 90°, sujeción posterior y anterior con protecciones, protección de ojos y pabellón auricular.

RESULTADOS: Evitar complicaciones en el postoperatorio tales como: quemaduras en la piel, edemas intersticiales, parestesias del miembro intervenido, otalgias.

CONCLUSIÓN: En estas cirugías la enfermería es quien debe velar por la seguridad y el confort del paciente con el fin de evitar complicaciones intra/postoperatorias. Con un adecuado entrenamiento del personal sanitario, se debe de evitar riesgos (asociados con el tiempo y la posición quirúrgica) que puedan demorar la recuperación del paciente.

PALABRAS CLAVE: POSICIÓN, HOMBRO, DECUBITO LATERAL, COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS, COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS, PACIENTE.

POLIARTRALGIAS EN MUJER DE MEDIANA EDAD

ANA MORENO SALAS, SARA VALLE TORRES, MARIA ISABEL GALINDO GUDE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 50 años con antecedentes de nodulectomía mama derecha no neoplásico, que presenta clínica de dolor poliarticular en ambas manos, tobillos y rodillas desde hace 4 meses de carácter continuo día / noche no mecánico sin rigidez matutina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tumefacción a nivel de IF proximal. Movilidad articular conservada. No rigidez articular. ACR: RR no soplos, mv conservado sin ruidos patológicos MMII: No edemas. Rx manos bilateral: ESpacios articulares libres, cortical conservada. Analítica con hemograma normal, FG >60ml/min. PCR 13.3. ANA 1.9 Con patrón moteado 1/130. FR 11. Ac anti estreptolisina 77.

JUICIO CLÍNICO: POLIARTRALGIAS CON ANA POSITIVOS. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Artrosis. Artritis Reumatoide. Lupus like.

PLAN DE CUIDADOS: IC a Reumatología. Dexketoprofeno 25 mg / 8 horas. Tramadol 50 mg/ 12 horas.

CONCLUSIONES: Las poliartralgias requieren un diagnóstico diferencial amplio por parte del servicio de reumatología para establecer un tratamiento correcto y evitar la incapacidad funcional derivada de la misma enfermedad. Por este motivo debe ser estudiada por un Servicio especializado.

PALABRAS CLAVE: POLIARTRALGIAS, FACTOR REUMATOIDE, MEDIANA EDAD, REUMATOLOGÍA.

SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO: IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA

MARIA ELENA LÓPEZ FANDILA, LUCILA DUARTE LOBATO, MARINA RODRÍGUEZ PEÑA

INTRODUCCIÓN: Síndrome Compartimental Agudo: Signos y síntomas por presión aumentada en una celda fascial, disminuye la perfusión capilar comprometiendo los tejidos. Causas: Por disminución del compartimento: Vendaje/yeso compresivo, quemaduras/congelaciones, cierre de celdas aponeuróticas con excesiva tensión y aplastamiento, y por otra parte, por aumento del contenido intracompartimental como: Edema postisquemia (lesión arterial, tromboembolismo arterial, cateterismo), hematoma primitivo (hemofilia, tratamiento anticoagulante), hemorragia intracompartimental (fracturas, osteotomías) y envenenamiento por mordedura.

OBJETIVOS: Valorar la importancia de identificar precozmente el SCA.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sistémica.

RESULTADOS: La presión intracompartimental aumentada provoca disminución de presión capilar produciendo isquemia muscular y nerviosa. Si la lesión persiste ocasionará necrosis. La necrosis nerviosa ocasiona Parestesias (anestesia) y Paresias (parálisis). La necrosis muscular provoca degeneración de fibras musculares a tejido fibroso inelástico y contractura, como Contractura Isquémica de Volkman caracterizada por flexión muscular, parálisis, anestesia cutánea y alteraciones tróficas de la piel. Aparece tras fracturas o cirugía ortopédica reciente. El síntoma fundamental es el dolor, un dolor intenso, excesivo o mayor de lo esperado, que aumenta con la extensión pasiva de los músculos afectados. Acompañado de tensión, hinchazón y alteraciones sensitivas. Exploración física: Disminución de la movilidad, cianosis distal, pulso arterial del compartimento disminuido, pero presente. Es más frecuente en MMSS, de antebrazo, humerales y tibiales.

CONCLUSIÓN: DIAGNÓSTICO. Clínica y exploración física. Se confirma midiendo la presión intracompartimental mediante sensores electrónicos: Presiones <10 mmHg son normales, una presión >35-40 mmHg indicaría fasciotomía y mantenida durante 8h produce lesiones irreversibles. TRATAMIENTO : Retirar vendajes/yesos apretados. Inyección de suero fisiológico caliente con novocaína al 1%. Si no evoluciona satisfactoriamente procederemos a fasciotomía: descomprimir el compartimento abriéndolo completamente, puede precisar abrir varios compartimentos. La herida se deja abierta y se cubre con apósito estéril. A los 3-5 días es examinado de nuevo en quirófano, suturando la piel si el edema disminuyó y puede aproximarse sin tensión.

PALABRAS CLAVE: SCA, DOLOR MIEMBRO INTERVENIDO, DOLOR TRAUMATOLÓGICO, SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LUMBOCITALGIA AGUDA RESISTENTE AL TRATAMIENTO

BELTRAN ANTONIO RAMOS NIEVES, JESSICA RIESTRA ADAMUZ, MACARENA IBARRA ROMERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 39 años que acude por urgencias aquejada de dolor en zona lumbar irradiado a extremidad inferior derecha que no responde bien al tratamiento tras 10 días tomando analgesia y antiinflamatorios.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, acude deambulando pero con dificultad por el dolor. Diuresis y control de esfínteres conservados. Presenta discopatía lumbar diagnosticada aproximadamente desde hace 2 años. Refiere dolor a la palpación a nivel de musculatura paravertebral derecha, no presenta apofisalgias ni deformidades. Visualizamos hematoma en zona glútea superior por punción medicación intramuscular. Pulsos conservados de extremidades inferiores y simétricos, fuerza y sensibilidad de las cuatro extremidades conservada. Signo de Lasègue positivo en lado derecho (dolor en la flexión). No traumatismos ni lesiones visibles.

JUICIO CLÍNICO: Dolor lumbar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Lumbocitalgia aguda resistente al tratamiento.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente tras la canalización de vía periférica y la administración de medicación intravenosa (corticoides metilprednisolona + protector gástrico omeprazol + relajante muscular diazepam) refiere escasa mejoría del dolor. Tras mínima mejoría y dolor severo se decide iniciar perfusión de analgesia con rescates de cloruro mórfico hasta valoración por parte de especialista de traumatología.

CONCLUSIONES: Es de vital importancia la continuación de pruebas complementarias y valoración por especialistas para ofrecer un tratamiento alternativo y unos cuidados de enfermería adecuados evitando que se basen únicamente en la analgesia.

PALABRAS CLAVE: LUMBOCITALGIA, DOLOR, CUIDADOS ENFERMEROS, ENFERMERÍA.

PACIENTE CON REFIRIENDO DOLOR AL NIVEL DE ARTICULACIÓN TEMPORAMANDIBULAR

RAUL GARCES ROMERO, CRISTINA POZO GARCIA, VICTORIA JEAN MARIA BODLAK PRADA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 32 años que acude refiriendo dolor al nivel de articulación temporomandibular izquierda con apertura y cierre completo conservado. Antecedentes: No HTA. No DM.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No puede descartar gestación por lo que se solicita test de gestación y que da positivo. Se pide analítica :hemograma,bioquímica y coagulación.

JUICIO CLÍNICO: Disfunción temporomandibular. Gestación en curso. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Luxación discondilar irreductible. Luxación de la articulación temporo-mandibular. Tetania por hipocalcemia.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico NANDA: 00132. Dolor agudo. Resultado (NOC): 1605 Control del dolor. 2100 Nivel de comodidad. 2102 Nivel del dolor. Intervenciones (NIC): 1400 Manejo del dolor. 2210 Administración de analgésicos.

CONCLUSIONES: Se administra analgesia y se pauta Paracetamol 1 g cada 8 h si dolor. Se manda control por su MAP y seguimiento de gestación por proceso de gestación en su centro de salud.

PALABRAS CLAVE: MANDÍBULA LUXACIÓN, DOLOR, ARTICULACIÓN TEMPORAMANDIBULAR, TEST GESTACIÓN +.

INTERVENCIÓN PROGRAMADA DE HOMBRO DERECHO POR FRACTURA

MERCEDES SIERRA FERNANDEZ, MILAGROSA MUÑOZ RIVERO, ANA CRISTINA GARCÍA MARTÍNEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 60 años remitida desde traumatología tras fractura proximal humero derecho, donde se le realizó una reducción abierta fractura neom con fijación interna a través de una placa atornillada. Antecedentes: Sin endometrio y menopausia precoz.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: BEG. T: 120/78, FC: 62, SatO2: 99%. Rx: antes y después de la intervención. Resonancia Magnética ósea. Se realiza analítica protocolizada. Hemograma, Bioquímica y Coagulación. Extracción de pruebas cruzadas: para el caso de transfusión sanguínea.

JUICIO CLÍNICO: Fractura próxima a húmero derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura tendones del manguito rotador intactos. Fractura cápsula articular. Fractura de periostio.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnóstico NANDA: 00085. Deterioro movilidad física. Resultados (NOC): 0200 Ambular. 0202 Equilibrio. 0208 Movilidad. 0210 Realización del traslado. Intervenciones (NIC): 0221 Terapia de ejercicios: ambulación. 0180 Manejo de la energía. 0140 Fomentar los mecanismos corporales. Diagnóstico NANDA: 00132. Dolor agudo. Resultado (NOC): 1605 Control del dolor. 2100 Nivel de comodidad. 2102 Nivel del dolor. Intervenciones (NIC): 1400 Manejo del dolor. 2210 Administración de analgésicos.

CONCLUSIONES: La operación dura 3 horas. Se resuelve sin complicaciones. Y se pauta Calcio carbonato (colecalférol) 1 comprimido al día, Prolia 60 mg solución inyectable IM cada 3 meses. Si presenta si dolor: Metamizol 575 mg alternando con paracetamol 1G. La paciente se encuentra estable y estabilizada en signos vitales, se da alta y se cita para un mes en consulta de Traumatología.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, FIJACIÓN INTERNA, PLACA ATORNILLADA, PROXIMAL HÚMERO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ARTROSCOPIA DE RODILLA

ELENA SILVA DEL AGUILA, MARÍA CUENDA MIRO, CRISTINA MARIÑO BENZO

INTRODUCCIÓN: Vamos a comentar de forma general la manera de actuar durante un procedimiento que se ha normalizado a lo largo del tiempo dada su frecuencia en los quirófanos.

OBJETIVOS: Analizar cómo ha de llevarse a cabo la técnica.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: La artroscopia de rodilla es una técnica mínimamente invasiva por la cual se procede a explorar la rodilla, realizar diagnósticos y/o técnicas para diagnosticar y tratar lesiones. Se coloca al paciente en decúbito supino con la rodilla a 90°. El personal de enfermería debe estar familiarizado con la técnica a realizar, el instrumental que se necesita, posición, contabilizar la isquemia así como la seguridad del paciente durante y tras la intervención. Para todo esto nos hemos basado en el LVSQ diseñado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía elaborado en base a las recomendaciones de la OMS, Ministerio de Sanidad y Política Social. El paciente tiene que estar durante la técnica en una posición cómoda, la posición es decúbito supino con la rodilla a 90°. Se realiza isquemia a la pierna que se va a intervenir, dato importante que hay que vigilar el tiempo. Optimizar todo lo posible el trabajo del DUE tanto en la intervención como en los cuidados postoperatorios para así confirmar la seguridad del paciente, la correcta realización de la técnica y la recuperación completa del paciente. Completando un análisis de los cuidados dados al paciente aseguramos la correcta realización de la técnica y recuperación del paciente tras la cirugía.

CONCLUSIÓN: Son millones de personas los que necesitan cirugías al año. Queda demostrado que una estandarización de la técnica a realizar asegura la correcta realización de la cirugía y la recuperación del paciente. Es importante también que la enfermería tenga los conocimientos necesarios para la realización y cuidados postquirúrgicos, con ello nos aseguramos calidad y seguridad en la técnica.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ARTROSCOPIA, RODILLA, QUIRÓFANO.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LAS FRACTURAS DE CADERA

MARÍA JOSÉ BERNABE NUÑEZ, SANDRA JIMÉNEZ MORÍNIGO, ANGELES PUERTO VIDAL

INTRODUCCIÓN: Las fracturas de cadera son una gran fuente de mortalidad de los ancianos originando así una marcada incapacidad. Este problema ha tomado mayor envergadura debido al progresivo envejecimiento de la sociedad en las últimas décadas. De ahí que se cree un conflicto a la hora de decidir si conviene intervenir a pacientes con avanzada edad. Con este trabajo pretendemos valorar la magnitud de este problema.

OBJETIVOS: Valorar los resultados del tratamiento conservador en pacientes mayores de 60 años que han sufrido fractura de cadera.

METODOLOGÍA: Estudio de 809 pacientes con fractura de cadera de los cuales 156 fueron tratados de forma conservadora con un periodo de seguimiento de 1 año en el Hospital universitario “La fe” de Valencia.

RESULTADOS: Al año de estudio, estos 156 pacientes demostraba un marcado deterioro funcional y mental, con respecto a su estado previo, y el 60% manifestaba descontento con respecto al tratamiento conservador. La mortalidad fue máxima en los dos primeros meses, donde el 54% de estos pacientes fallecieron.

CONCLUSIÓN: Todo esto nos lleva a la reflexión de que aunque el riesgo que una intervención supone es indudable, tal vez esos pacientes que fueron operados podrían realizar una rehabilitación precoz que les permitiera una rápida y mayor recuperación funcional.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, ESTUDIOS, ENVEJECIMIENTO, CADERA.

ROTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR: A PRÓPOSITO DE UN CASO

LUIS MIGUEL SANCHEZ PEREZ, MANUEL LUNA RUIZ, HECTOR PERALTA SOLER

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 24 años futbolista es atendido por el DCCU en mitad de un partido a causa de un intenso dolor en la rodilla derecha tras sentir un chasquido al hacer una parada es seco mientras corría; tras valoración se decide traslado a hospital de referencia. AP: NoRAM, fumador social.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Afebril, TA (130/85 mmHg) Fc: 110lmp Sat: 99% T° 36,7. Tras la llegada al hospital es valorado por un traumatólogo y procede con la prueba del cajón; Con la rodilla flexionada a 30 grados, el médico se arrodilla junto a la parte externa de la pierna afectada, con una mano estabilizando el muslo y con la otra realizando una tracción suave sobre la región proximal de la tibia, existiendo desgarro del LCA ya que la tibia se desplaza hacia delante; realizada esta prueba de inmediato se procede RMI para una correcta valoración de la lesión.

JUICIO CLÍNICO: Rotura del ligamento cruzado anterior (LCA). **PLAN DE CUIDADOS:** Una vez diagnosticado, se comienza con el protocolo preoperatorio: Canaliza VP nº 18 junto con analítica completa. Realiza EKG y Rx tórax. Tras ingreso en planta el paciente permanece en reposo absoluto con aplicaciones de hielo cada 15 minutos y vendaje compresivo de rodilla para evita posible hinchazón. A las 42h se le realiza la intervención quirúrgica, concretamente una artroplastia siendo la más conveniente en este caso el autoinjerto.

CONCLUSIONES: La rodilla es la articulación más grande del esqueleto humano y sus distintas lesiones son, en principio, las más frecuentes entre los deportistas. En nuestro caso la intervención quirúrgica fue exitosa y se traslada de nuevo a planta para las diferentes fases de recuperación las cuales se le explican minuciosamente al paciente y se le pide paciencia ya que que este proceso es lento puede durar de 4 a 6 meses para su recuperación total.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, INFLAMACIÓN, LIGAMENTO, RMI.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA: FRACTURA EXTREMIDAD DISTAL DE RADIO

FRANCISCO PEREZ BONILLA, FRANCISCO JAVIER PRIETO VICTORIA, JOSE MANUEL MARQUEZ ANEAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 88 años ha sufrido una caída de madrugada con apoyo palmar izquierdo. Presenta dolor, deformidad e impotencia funcional en la muñeca izquierda. Ya hace muchos años sufrió una fractura en esa misma muñeca, por lo que ya presentaba deformidad previa. AP: DM tipo 2, Dislipemia, hiperuricemia, hipertensión ocular, HBP. Tratamiento: Metformina 850mg, Simvastina 10mg, Eutirox25mcg, Tamsulosina 0,4 mg, Tolterodina 4 mg, AAS 300mg, Levobunolol colirio, Omeoprazol 20mg, Diazepan 5mg. Alergia a Furosemida.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tumefacción y deformidad en la muñeca izquierda con impotencia funcional. Neurovascular distal normal. Solicitud Rx.

JUICIO CLÍNICO: Fractura con desviación sobre secuelas de fractura previa. **DIAGNÓSTICO**

DIFERENCIAL: Tras comprobar la desviación de la articulación y realizar la pruebas de Rx se concluye que es una fractura del extremo distal de radio.

PLAN DE CUIDADOS: Pongo yeso cerrado previa reducción. Explico al paciente el pronóstico y que la deformidad previa no se corregirá. El yeso es para aliviar el dolor y dejar la fractura como estaba previamente, el paciente y el familiar que lo acompaña están de acuerdo. Observaciones, tratamiento y recomendaciones Cita en consulta de traumatología en 10 o 12 días con una nueva RX de control. Ap y Lat de muñeca. Paracetamol 1gramo cada 8 horas. Mover con frecuencia los dedos y mantener la mano elevada.

CONCLUSIONES: Remisión del caso a su médico de cabecera para que continúe con el seguimiento del caso.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, DEFORMIDAD, TRAUMATISMO, TUMEFACCIÓN.

PACIENTE ADULTA CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE

LUIS MIGUEL SANCHEZ PEREZ, MANUEL LUNA RUIZ, HECTOR PERALTA SOLER

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 55 años acude a su centro de salud por tener dolor e inflamación en ambos quintos de las manos de 1 años de evolución; la paciente cuenta que trabaja en una cadena alimentaria y que en ocasiones pierde la movilidad en ambos dedos y que el dolor es gradual dependiendo de la actividad que realice ese día, y, que con el reposo relativo ese dolor cesa. Ap: exfumadora, dislipemia leve, menopausia, HTA emocional.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Afebril, TA 135/85 (mmhg) Fc 80 Imp. La medica de familia observa ambos dedos y sobresalta a primera vista la deformidad de éstos; acto seguido deriva la paciente al especialista para que realice las pruebas complementarias oportunas en hospital de referencia. Una vez hecha la visita al reumatólogo: analítica de sangre: factor reumatoideo: positivo conteo sanguíneo completo: anormal, valores altos por encima de lo normal y la tasa de sedimentación eritrocítica elevada. Rx de ambos donde destaca la deformación de nódulos superiores e inferiores, estrechamiento del espacio articular y osteoporosis periarticular.

JUICIO CLÍNICO: Artritis reumatoide, con nódulos reumatoides (Bouchard y Heberden). **PLAN DE CUIDADOS:** El tratamiento de primera línea para la artritis degenerativa incluye: Disminuir o modificar las actividades que están causando dolor. Terapia caliente/fría para reducir el dolor y la hinchazón. AINE'S. Ayuda con fisioterapia.

CONCLUSIONES: La artritis reumatoide es la consecuencia de una inflamación de la membrana sinovial a posteriori el tejido de la membrana crece anormal y terminan atacando el hueso y cartílagos colindantes; se trata de un enfermedad autoinmune en la que su principal síntoma es la inflamación de la articulación y cursa con rigidez y malformación del dedo.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, INFLAMACIÓN, DEFORMIDAD, RADIOGRAFÍA.

TRATAMIENTO DE SECUELA TRAS FRACTURA SUPRASINDESMAL DE TOBILLO MEDIANTE ELONGACIÓN DEL PERONÉ

JUAN MIGUEL GÓMEZ PALOMO, ANA MARTÍNEZ CRESPO, CARMEN MARÍA GÓMEZ PALOMO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Nos encontramos ante un varón de 23 años, sin antecedentes de interés, que acude a consultas externas tras ser intervenido 12 meses antes por fractura de Dupuytren del tobillo derecho, mediante reducción abierta y fijación interna con dos tornillos de esponjosa y rosca parcial en maleolo interno, así como dos tornillos corticales a nivel suprasindesmal por lesión de la sindesmosis tibioperonea, que fueron retirados a los dos meses de la cirugía.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración en consulta, presenta dolor, tumefacción y una deformidad en valgo del tobillo intervenido, que según el paciente se ha incrementado en los últimos meses. En el estudio radiológico convencional se evidencia una consolidación viciosa de la fractura suprasindesmal y acortamiento del peroné, con una apertura de la mortaja tibio-astragalina a nivel medial.

JUICIO CLÍNICO: Valgo progresivo como secuela tras fractura suprasindesmal de tobillo. **PLAN DE CUIDADOS:** Se realizó una osteotomía del peroné a nivel suprasindesmal, distal al foco de consolidación viciosa. Con ayuda de fijación externa, se llevó a cabo una distracción progresiva hasta evidenciar una corrección radiológica del valgo, así como el cierre medial de la mortaja tibio-astragalina. Finalmente, se aportó injerto corticoesponjoso de la cresta iliaca en el gap de la osteotomía y se llevó a cabo la fijación mediante una placa de osteosíntesis. El procedimiento fue realizado con éxito. El paciente evolucionó de forma favorable en lo que respecta al dolor y la limitación, apreciándose una corrección clínica y radiológica de la deformidad en valgo, así como un cierre medial de la mortaja tibio-astragalina.

CONCLUSIONES: El alargamiento de peroné ofrece un procedimiento de rescate en pacientes que presentan fracturas de tobillo en las que se realizó una reducción insuficiente, permitiendo la corrección de la deformidad progresiva en valgo, así como minimizando el riesgo de artropatía secundaria.

PALABRAS CLAVE: TOBILLO, VALGO, MORTAJA TIBIO-ASTRAGALINA, ELONGACIÓN PERONÉ.

BURSITIS TROCANTÉREA TUBERCULOSA EN MUJER ADULTA

GRACIA GARRIDO SÁNCHEZ DE LA BLANCA, MARÍA DE LOS ÁNGELES LÓPEZ ZEA, ANTONIO JESUS ZAMBRANA JIMENEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 35 años que refiere en región trocantérea izquierda e impotencia funcional de 6 meses de evolución. La paciente presenta como único antecedente el contacto con una persona diagnosticada de infección tuberculosa 7 años antes del inicio de los actuales síntomas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En el control analítico se objetivó un recuento linfocitario de 13.000/ μ L y velocidad de sedimentación globular de 35mm en la primera hora. El Mantoux fue positivo. La radiografía de tórax fue normal. A la exploración se observó un aumento de partes blandas a dicho nivel, en ausencia de otros signos inflamatorios, junto a una marcada limitación a la movilización activa y pasiva de la articulación coxofemoral en todos sus planos.

JUICIO CLÍNICO: Bursitis trocantérea tuberculosa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realizaron una ecografía y una resonancia magnética complementaria de dicha cadera en las que se objetivó la presencia de bursitis trocantérea. Se realizó una punción-aspiración guiada por ecografía de la zona abscesificada y se obtuvo de material tipo caseum, por lo que se confirma el diagnóstico y la posible presencia de bursitis trocantérea tuberculosa.

PLAN DE CUIDADOS: En este tipo de patologías es muy importante el trabajo de rehabilitación por parte del fisioterapeuta. Cuando nos encontramos con casos graves se puede realizar tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico se realiza solo en los casos que el resto de tratamientos no surge efecto. Se realiza en muy raras veces y se lleva a cabo la extracción de la bursa, al cabo de un tiempo nacerá otra.

CONCLUSIONES: La bursitis trocantérea puede ser de causa traumática, postural, infecciosa, inflamatoria, tumoral o idiopática. La causa de bursitis tuberculosa en nuestra paciente permanece poco clara, pues no hay datos de diseminación hemática ni afectación local por proximidad.

PALABRAS CLAVE: TURBERCULOSIS, INMUNOCOMPETENCIA, INFECCIOSA, TROCANTÉREA.

CUIDADOS ENFERMEROS EN CIRUGÍA DE COLUMNA

CARLOS ALBERTO GARCIA GALEA, MARIA VICTORIA CABEZAS NAVAS, ALBERTO MELIÁN ORTIZ

INTRODUCCIÓN: La cirugía de columna es una intervención quirúrgica que expone al paciente a posibles riesgos y complicaciones, debido tanto a la posición quirúrgica como al tiempo de la cirugía. Es deber de la enfermera velar por el cuidado y protección del enfermo el tiempo que dure el proceso.

OBJETIVOS: Analizar las posibles complicaciones derivadas de la posición quirúrgica. Analizar los cuidados de enfermería que hay que aplicar.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Es la enfermería quien vela por la seguridad y comodidad del paciente durante el acto quirúrgico. Los cuidados enfermeros irán enfocados a la protección de ojos, cabeza y cuello, tórax, abdomen y extremidades; así como a mantener la temperatura corporal del paciente. Los cuidados de enfermería estarán encaminados a asegurar la integridad del paciente durante el acto quirúrgico. Es necesario conseguir una correcta posición prona en la mesa de operaciones. Para el correcto volteado del paciente se sujetará la cabeza, asegurando la fijación del tubo endotraqueal, y se extenderán los brazos a lo largo del cuerpo, prestando especial cuidado en la correcta alineación del cuerpo en general protegiendo las prominencias óseas.

CONCLUSIÓN: Debido a la complejidad quirúrgica el tiempo de cirugía es elevado, por lo que una buena colocación del paciente es importante para proporcionar un ambiente estable de confort y seguridad disminuyendo las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias.

PALABRAS CLAVE: COLUMNA, PROTECCIÓN, CIRUGÍA, POSICIÓN, CUIDADOS ENFERMERÍA.

DEDO EN RESORTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

FABIOLA CASTAÑO GUIRADO, SONIA NAVARRO MOLINA, VIRGINIA RIPOLL SORBAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 53 años que trabaja como costurera. Acude a la consulta de traumatología por dedo pulgar de la mano derecha atascado en posición doblada, y que tras mantener durante un tiempo tratamiento conservador con férula e inyecciones con corticoides, acude por empeoramiento del cuadro, el dedo se mantiene flexionado, no se puede enderezar dificultando las actividades de la vida diaria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Namc, AP: diabetes. Se realiza exploración física: dedo pulgar con atrapamiento demostrable, Contractura fija en flexión de la IFP, extensión activa y pasiva del dedo no posible.

JUICIO CLÍNICO: Dedo en resorte pulgar mano derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnóstico del dedo en resorte se realiza mediante examen físico y no tiene mayor dificultad, aunque hay una serie de circunstancias que pueden hacer caer en errores diagnósticos como la enfermedad de De Quervain.

PLAN DE CUIDADOS: Se decide intervención quirúrgica ambulatoria.

CONCLUSIONES: El tratamiento conservador ya no es efectivo por lo que el traumatólogo plantea intervención quirúrgica a la paciente. La paciente es intervenida de forma ambulatoria, a través de una incisión en la base del pulgar se libera la polea, se libera el tendón de la vaina que se ha estrechado y que es la causa de la inflamación. Tras la operación la paciente comienza de inmediato con la rehabilitación postoperatoria, manteniendo la mano en movimiento, realizando los ejercicios de gimnasia dirigidos a la rehabilitación del movimiento de los dedos. La evolución de la cirugía es favorable, volviendo a su vida diaria normal en aproximadamente unas cuatro semanas.

PALABRAS CLAVE: DEDO, RESORTE, VAINA, TENDÓN.

PAUTAS DE TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO TRAS UNA MENISCECTOMÍA PARCIAL ARTROSCÓPICA

EVA RANDO TORRES, MARIA ELENA MÉRIDA IMBERLÓN, MARIA DOLORES RUIZ CAMACHO

INTRODUCCIÓN: Los meniscos son estructuras cartilaginosas que proporcionan estabilidad articular, absorben fuerzas de impacto en la articulación, colaboran en la lubricación articular y contribuyen a limitar el movimiento de flexo-extensión, entre otras funciones. Las lesiones de meniscos son unas de las alteraciones más frecuentes de la articulación de la rodilla, ocasionando una disminución de la amplitud articular y atrofia muscular que conlleva a la aparición de dolor y limitación para realizar actividades de la vida diaria. La menisectomía parcial artroscópica es la técnica quirúrgica de elección.

OBJETIVOS: Analizar las pautas de tratamiento fisioterápico posterior a una intervención menisectomía parcial.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos: Medline, PEDro, Cuiden, Scielo y The Cochrane Library, así como el directorio de revistas con acceso abierto, seleccionado publicaciones desde el año 2000 hasta la actualidad. Los descriptores empleados han sido: Modalidades de Fisioterapia, Terapia por Ejercicio, Rehabilitación, Meniscos Tibiales, Lesiones de Menisco Tibial, Procedimientos ortopédicos.

RESULTADOS: La rehabilitación después de una menisectomía parcial tiene como principal objetivo recuperar la máxima función, consiguiendo la amplitud articular completa, fuerza muscular y coordinación neuromuscular, además del manejo del dolor y disminución de la inflamación. No existen protocolos estándar, pero sí un cierto consenso en la delimitación de las fases y el trabajo a realizar en cada una de ellas.

CONCLUSIÓN: Actualmente es reconocida la importante función de los meniscos en la mecánica articular de la rodilla y cómo la menisectomía parcial ha mejorado notablemente los resultados funcionales a largo plazo, favoreciendo el pronóstico de las meniscopatías. Sin embargo, la mejor técnica quirúrgica puede resultar ineficaz por un tardío, inadecuado o incompleto tratamiento fisioterápico, por lo que es necesario respetar los tiempos en las distintas fases de recuperación.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, CIRUGÍA MENISCAL, TRATAMIENTO, MENISCECTOMÍA.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN LAS FRACTURAS DE PELVIS TIPO B EN LA FASE DE INMOVILIZACIÓN

EVA RANDO TORRES, MARIA ELENA MÉRIDA IMBERLÓN, MARIA DOLORES RUIZ CAMACHO

INTRODUCCIÓN: La elevada incidencia de hoy día de los traumatismos de pelvis reside en el incremento de accidentes de tráfico y en la práctica de deportes de riesgo que conllevan caídas desde gran altura, precipitaciones a alta velocidad, así como compresiones y puesta en acción de diferentes fuerzas que comprometen a la cintura pélvica en su conjunto. Las fracturas tipo B (según la clasificación de Tile) son aquellas que presentan estabilidad vertical pero inestabilidad en rotación, recibiendo un tratamiento conservador (siempre que exista solo un mínimo desplazamiento) mediante reposo absoluto y si es necesario un sistema de fijación externa hasta que la fractura consolide.

OBJETIVOS: Identificar las pautas fisioterápicas a aplicar en fracturas de pelvis tipo b en la fase de inmovilización.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica en las bases de datos: The Cochrane Library, Pudmed, PeDRO, SciELO, se incluyeron tesis, libros y disertaciones, estableciendo un límite temporal de 15 años en su publicación. Los descriptores empleados fueron: Modalidades de Fisioterapia, Terapia por Ejercicio, Rehabilitación, Pelvis, Huesos Pélvicos, Fracturas Óseas.

RESULTADOS: El tratamiento fisioterapéutico se puede dividir en tres fases: La fase de encamamiento, fase de levantamiento sin apoyo y fase de apoyo. En la fase de encamamiento realizaremos: ejercicios de perfusión tisular, masaje circulatorio, ejercicios respiratorios, ejercicios activos del miembro inferior sano y de miembros superiores, aprendizaje y realización de ejercicios isométricos de cuádriceps e isquiotibiales y vigilancia de la postura.

CONCLUSIÓN: La duración de la fase de inmovilización absoluta en este tipo de fractura de pelvis va a depender de la consolidación de la fractura. El tratamiento fisioterápico irá encaminado principalmente a evitar secuelas de la inmovilización mediante técnicas de profilaxis antitrombótica, mantenimiento de los arcos articulares libres y tono muscular.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, FRACTURA, PELVIS, CINTURA PÉLVICA, REHABILITACIÓN.

FRACTURA LUMBAR METASTÁSICA VERSUS FRACTURA LUMBAR OSTEOPORÓTICA

SARA MATEO RODRIGUEZ, BEGOÑA FERNANDEZ BERNAL, PAOLA ROMERA GASPARICO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Señor de 70 años que acude a consulta por presentar dolor lumbar de meses de evolución, peor desde hace dos semanas, coincidiendo con sobre esfuerzo al coger una bombona de butano. No RAM, prostatismo en estudio por Urología con valores de PSA ligeramente elevados. Sin tratamiento médico actualmente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Imposibilidad para ponerse de pie por dolor, a la palpación dolor en espinosas lumbares. ROT conservados, lasegue positivo a los 30 grados. Se solicita RX AP y LAT de columna lumbar: se ve fractura aplastamiento de L2L3. Se solicita RMN lumbar sin contraste: se confirma fractura aplastamiento de L2L3 de posible origen osteoporótico sin descartar otras causas debido a la gran desestructuración del cuerpo vertebral. Por ello se solicita valoración por medicina interna para que realice un mapeo consistente en analítica completa con marcadores tumorales y TAC abdominopélvico, torácico y craneal.

JUICIO CLÍNICO: Metástasis ósea. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura osteoporótica.

PLAN DE CUIDADOS: Hasta recibir resultados del mapeo el paciente debe quedar ingresado con corsé dorsolumbar tipo evotec por ejemplo, en reposo. Se confirma metástasis ósea de origen prostático por lo que pasa a cargo de oncología. Por parte de traumatología se interviene quirúrgicamente al paciente realizando resección del cuerpo vertebral y fijando la zona con cuatro tornillos traspediculares.

CONCLUSIONES: Cuando en una fractura de columna, el cuerpo vertebral presenta una desestructuración importante puede ser debido a osteoporosis pero se debe descartar metástasis ósea. Lo da la imagen de resonancia cuando la desestructuración es importante.

PALABRAS CLAVE: METASTASIS, MAPEO, FRACTURA, PROSTASTISMO, LASEGUE, OSTEOPORÓTICA.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA INTERVENIDA

LORENA ZAMORA VALLE, JOSÉ LUIS GARCÍA PEREA, EULALIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 67 años que acude a urgencias con importante dolor a nivel de la cadera derecha. Refieren que ha sufrido una caída en el patio de su casa al resbalar. Inmediatamente después de la caída presenta incapacidad para incorporarse por fuerte dolor por lo que su hija llama a la ambulancia que la traslada al hospital.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración y radiografía que diagnostican la fractura. Imposibilidad de moverse activamente. Movilización pasiva de la cadera muy dolorosa. Buen estado general. Piel y mucosas en buen estado. Eupneica. Herida quirúrgica con buen aspecto. ACR: rítmica a 90 lpm, no soplos. Abdomen no doloroso. Edema en MID por herida con buen aspecto. Hemograma: hb 11,8 hcto 35,3%. PCR 239.59. GSV normal. Afebril.

JUICIO CLÍNICO: Fractura subtrocantérea de cadera. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Deterioro de la movilidad física por falta de fuerza, riesgo de caídas, dolor agudo, riesgo de infección.

PLAN DE CUIDADOS: Para recuperar la movilidad tras la intervención se fomenta la deambulación del paciente y se le explica los ejercicios de flexo-extensión progresivos. Se intenta de prevenir las caídas enseñándole a usar el andador y dando consejos tanto a la paciente como a la familia para evitar factores de riesgo. Se le proporciona la analgesia necesaria para el dolor y se realiza cura plana de la herida cuando corresponda.

CONCLUSIONES: La evolución de la paciente es favorable. Camina con el andador a los pocos días de la intervención y realiza correctamente los ejercicios aprendidos. La herida va cicatrizando sin signos de infección y el dolor disminuye de forma notable. Se deriva a domicilio con el seguimiento por parte de atención primaria y con revisiones periódicas en traumatología.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA CADERA, TRAUMATOLOGÍA, MOVILIDAD, DOLOR.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ESGUINCE

LAURA PARTIDA PACHON, MIRIAM DEL ROCIO INGA MIRANDA, ROSA MARIA CABEZAS MARQUEZ

INTRODUCCIÓN: Las lesiones musculares y ligamentosas van en aumento por el número cada vez más grande de personas que practican actividades deportivas. El esguince es una lesión por rotura o estiramiento que afecta a las estructuras ligamentosas que rodean una articulación pudiendo quedar afectadas otras estructuras adyacentes como son los tejidos blandos y los huesos. El mecanismo de producción es por angulación, rotación o la mezcla de ambos que pueden dotar a una articulación de una mayor amplitud de la que fisiológicamente está dotada.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados de enfermería en los pacientes que presentan un esguince.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de metabuscadores (Google Academy), manuales y webs de enfermería, base de datos Scielo, Cuiden, Elsevier, descartándose aquellas que no tenían relación con el artículo.

RESULTADOS: Los cuidados de enfermería en pacientes con esguinces, van encaminados a la recuperación funcional completa. El tratamiento básico de la lesión de los tejidos blandos consiste en reposo con miembro elevado para favorecer el retorno venoso y reducir el edema, aplicación de frío intermitente 20 minutos cada 3 o 4 horas y cuidado de no poner directo a la piel, ya que puede producir quemaduras. Además de vendaje compresivo para controlar la hemorragia posterior y evitar la tumefacción y administración de analgésicos de tipo antiinflamatorios no esteroideos. Si el esguince es de tercer grado necesitará una inmovilización con venda de escayola o incluso cirugía para reparar el ligamento roto.

CONCLUSIÓN: La revisión de este tema nos permite a las enfermeras conocer los cuidados y tratamientos a aplicar a un enfermo con esguince para su recuperación satisfactoria.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMERÍA, ESGUINCE, MÚSCULO, LIGAMENTOS.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON TRAUMATISMOS ABDOMINALES

MARIA DEL CARMEN PEREZ ARENAS, SILVIA SANTIAGO LOPEZ, ALBERTO MUROS MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: Un traumatismo abdominal es una lesión orgánica que se produce por un agente externo, produciendo a su vez, una reacción dentro del organismo que agrava la lesión, pudiendo verse afectadas múltiples vísceras abdominales. El TCAE como miembro insustituible del equipo sanitario y como principal agente, en lo que a cuidados se refiere debe conocer las características de estas lesiones así como los cuidados pertinentes.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados generales que debe establecer el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante pacientes con traumatismos abdominales.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Por lo que se debe tener la mayor información acerca del traumatismo abdominal, los tipos de lesiones y sus características y las consecuencias funcionales y orgánicas que éstas provocan para desarrollar los cuidados generales para estos pacientes, en función a los protocolos establecidos e informar de los cuidados y atenciones precisas para que la recuperación sea lo más breve y óptima posible. Podemos comprobar que los pacientes a los cuales se les ha practicado una cirugía debido a un traumatismo abdominal, tienen un plan de cuidados individualizados y específicos (en función del tipo de traumatismo y de las complicaciones o consecuencias derivadas de ellos), lo cual permite una pronta y satisfactoria recuperación de los mismos.

CONCLUSIÓN: Por lo que se debe llevar a cabo un plan de cuidados específico e individualizado, dentro de los protocolos de actuación generales establecidos, permite a los pacientes con traumatismos abdominales obtener mejores resultados en su recuperación que si nos ceñimos simplemente a protocolos estándares que no contemplan la individualización.

PALABRAS CLAVE: TCAE, TRAUMATISMO ABDOMINAL, CUIDADOS, TRAUMATOLOGÍA.

TENDINITIS POSTRAUMÁTICA DEL SUPRAESPINOSO EN HOMBRO IZQUIERDO

EVA MARÍA GARCÍA RODRÍGUEZ, JOSEFA CAPARRÓS BELMONTE, MARIA TERESA GARCIA PEREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude a servicio de urgencias tras caída desde 2 metros de altura con apoyo del hombro izquierdo. Presenta dolor importante en brazo izquierdo con rigidez articular.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente consciente y orientado, no presenta focalidad neurológica. Abdomen blando y depresible. Tras revisión de extremidades se confirma lesión en hombro izquierdo, el punto más doloroso lo localiza en zona supero-ext y a punta de dedo en zona superior. Maniobra de jobe negativa. Abducción resistida que se señala en zona media de deltoides. Se realiza Rx de hombro izquierdo y Resonancia magnética.

JUICIO CLÍNICO: Tendinitis del supraespinoso en hombro izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En la resonancia magnética realizada se evidencia incremento del grosor con líquido intratendinoso a nivel del supraespinoso y signo de ruptura parcial intrasustancia.

PLAN DE CUIDADOS: Se realiza infiltración para control del dolor y se receta al paciente medicación al alta. Se prescribe 15 sesiones de fisioterapia con objetivo de aprendizaje de programa de ejercicios de fortalecimiento de manguito rotador y estabilizadores escapulares.

CONCLUSIONES: Al presentar daño de partes blandas ha sido esencial la realización de resonancia magnética. Se da cita para seguimiento en traumatología ya que la lesión puede requerir nuevas sesiones de rehabilitación e incluso es candidata de intervención quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: HOMBRO, DOLOR, TENDÓN, REHABILITACIÓN.

CASO CLINICO DE PACIENTE CON GONALGIA POSTRAUMATICA

MARÍA CUENDA MIRO, CRISTINA MARIÑO BENZO, ELENA SILVA DEL AGUILA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 26 años de edad que acude al servicio de urgencias del centro de salud por presentar dolor de rodilla izquierda, desde el día anterior, que sufrió una caída. Refiere dolor en cara interna de rodilla. Antecedentes personales: no refiere alergias medicamentosas, apendicitis en la infancia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente refiere dolor a la palpación. No se observan hematomas, ni deformidad. No limitación de flexo-extensión, pero si dolor intenso. Maniobras meniscales negativas. Se realiza radiografía de rodilla sin observarse líneas de fractura.

JUICIO CLÍNICO: Gonalgia izquierda postraumática. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, la sospecha diagnóstica fue de gonalgia izquierda tras traumatismo. Tras la exploración y las pruebas complementarias, se confirma el diagnóstico.

PLAN DE CUIDADOS: El plan de cuidados de enfermería irá encaminado al manejo del dolor, así como a la recuperación completa de la articulación.

CONCLUSIONES: Cuando hablamos de gonalgia, nos referimos a dolor en la rodilla. Principalmente, tenemos que diferenciar entre un origen traumático y no traumático. Por eso, es importante hacer un buen diagnóstico, para que el tratamiento sea eficaz.

PALABRAS CLAVE: GONALGIA, RODILLA, DOLOR, TRAUMATISMO.

CIE10 Y CIE9 EN PROCESOS TRAUMATOLOGICOS

MARIA CRISTINA GONZALEZ RAMOS, MARIA VICTORIA JURADO LUCENA, MARIA DOLORES CARRASCO TORRES

INTRODUCCIÓN: La CIE-10 genera el cambio más importante desde la sexta revisión al aumentar el número de códigos, de categorías y de capítulos (grandes grupos de causas o circunstancias del fallecimiento). Implanta la codificación alfanumérica. Varía, agrupa y elimina reglas de selección y modificación de la causa de muerte. Enumera las enfermedades originales por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Da una mayor y mejor información en neoplasias (Tumores). A la vez que actualiza la definición de mortalidad perinatal, entre otros aspectos claves.

OBJETIVOS: Análisis de la codificación alfanumérica en un Servicio de Traumatología.

METODOLOGÍA: Se basa en un estudio estadístico comparando la codificación simultánea de la CIE-9 y la CIE-10 de los informes generados en el Servicio de Traumatología del pasado mes de Enero de 2015. Para un análisis más eficaz de la información se han estructurado los episodios en 5 grupos en función del diagnóstico principal, los grupos son los siguientes: rodilla, cadera, pie, mano, columna vertebral.

RESULTADOS: Se han analizado un total de 230 episodios agrupados en porcentajes de la siguiente manera: rodilla 17'83%, cadera 11'30%, pie 12'30%, mano 13'40%, columna vertebral 5'65%. Para codificar estos episodios según la CIE-9 se han utilizado 79 códigos posibles y utilizando la CIE-10 aumentamos, llegando a utilizar 524 códigos. Detallando los incrementos en función de los grupos estudiados serian: rodilla 655%, cadera 583'83%, pie 1078%, mano 560%, columna vertebral 187'71%.

CONCLUSIÓN: Con este estudio confirmamos el incremento de la complejidad en el trabajo de codificación así como una codificación de los episodios más exhaustiva que va a generar la aplicación de la CIE-10. El Servicio de traumatología concretamente será uno de los menos afectados dado que supone un aumento de códigos del 671'22%, frente a los 1800% que supone la totalidad de la CIE-10 respecto a la CIE-9.

PALABRAS CLAVE: CIE10, CIE9, EN LOS, PROCESOS, TRAUMATOLOGICOS, VERSUS.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE FRÁGIL

VERA LUCIA MAYA FERNANDEZ, FABIOLA DEL VALLE MARAVER, BEATRIZ ARRABAL LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: La incidencia de caídas aumenta entre un 25 y un 35% en pacientes mayores de 65 años. Se trata de un problemática social muy frecuente que acarrea graves consecuencias, principalmente derivadas de las lesiones, hospitalización, limitación de la movilidad e intervenciones quirúrgicas que de ellas se derivan. Su abordaje y prevención debe ser prioridad dentro de la asistencia sanitaria de nuestro país.

OBJETIVOS: Determinar las medidas generales para la prevención de caídas en el paciente frágil.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática llevada a cabo entre los meses de marzo a noviembre de 2017. Las bases de datos analizadas fueron MEDLINE, SCOPUS Y WOS. Los descriptores utilizados fueron: Accidentes por caídas, prevención, lesiones, anciano. La búsqueda se limitó a estudios de naturaleza de ensayos clínicos o metaanálisis publicados entre los años 203 y 2018, ambos incluidos. Se encontraron un total de 9 estudios que cumplían criterios de inclusión.

RESULTADOS: Al ser la primera causa de caídas la medicación administrada, la primera medida que se recomienda es la revisión del tratamiento farmacológico prescrito, limitando el uso de benzodiazepinas o similares. En segundo lugar se recomienda una iluminación adecuada de las habitaciones, y por último el fomentar el uso de medidas mecánicas tales como andador o bastón para la deambulacion por el domicilio.

CONCLUSIÓN: La creciente prevalencia de las caídas en pacientes mayores en nuestro país hace necesario un conocimientos actualizado de las causas y principales factores de riesgo que las provocan. Los profesionales de enfermería de poner a disposición de la población los conocimientos necesarios para evitar y disminuir en la medida de lo posible dicha accidentabilidad.

PALABRAS CLAVE: ACCIDENTES POR CAÍDAS, PREVENCIÓN, LESIONES, ANCIANO.

DISMINUCIÓN DE DOLOR TRAS REALIZACIÓN DE DRENAJE UNGUEAL

ANTONIO BERNAL TORRES, ALEJANDRO RUBIO ALVAREZ, ANA BELÉN BERNAL TORRES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude a consulta tras recibir un traumatismo directo en 1º dedo mano izq. Presenta hematoma ungueal y fuerte dolor.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza RX para descartar posibles fractura en falange distal. Se explora y se observa que paciente tiene movilidad conservada.

JUICIO CLÍNICO: Drenaje ungueal por hematoma. **PLAN DE CUIDADOS:** Tras realizar RX y no encontrar fractura alguna se realiza drenaje ungueal productivo, tras el cual segundos después el paciente refiere mejoría y disminución del dolor. Tras realizar desinfección con clorexidina se coloca apósito oclusivo sobre la herida. Cito al día siguiente para valorar si es necesario repetir el proceso. Se pauta tratamiento con antibiótico mas analgésicos y antiinflamatorios. Tras 4 días el dolor ha desaparecido por completo el paciente puede ser alta.

CONCLUSIONES: Debido a la realización del drenaje ungueal se disminuye el dolor y la tensión en extremo distal, mejorando y agilizando una pronta recuperación.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, DRENAJE, UÑA, TRATAMIENTO, HEMATOMA.

LA CEMENTACIÓN EN LAS PRÓTESIS ARTICULARES

CRISTINA LÓPEZ VILAR, JESICA MARÍA PRIETO AGUILAR, ELISENDA CONSTANZO MONCLUS

INTRODUCCIÓN: El cemento fue la solución a problemas de fijación para los componentes de las prótesis primitivas de cadera. En la actualidad su uso se ha consolidado, extendido y ha estado sujeto a modificaciones y mejoras que han ayudado a evitar errores aumentando el anclaje y la durabilidad de las prótesis cementadas.

OBJETIVOS: Determinar medidas para tener conocimiento sobre la evolución del cemento a lo largo de los años y la influencia de la técnica de cementación en las propiedades del cemento.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio de revisión sistemática, donde se han utilizado diferentes revisiones bibliográficas seleccionando referencias de los últimos años, asegurándonos de la evidencia científica con los operadores booleanos.

RESULTADOS: La evolución del cemento ha sido la siguiente: Primera generación: alta viscosidad, mezcla manual sin presurización. Segunda generación: baja viscosidad, mezcla manual y presurización con pistola. Tercera y cuarta generación: baja viscosidad, centrifugación en vacío, presurización con pistola, aspiración y sellado de la cavidad medular. Esta evolución ha ayudado a evitar errores, haciendo el anclaje más estable y duradero en las prótesis cementadas. Es importante seguir las instrucciones del fabricante para evitar alteraciones en las características físicas y tiempo de fraguado. Las técnicas manuales no son uniformes, produciendo una elevada porosidad (se reduce con la mezcla al vacío y centrifugación). El amasado se debe de mantener unos 90 segundos tras la humidificación del polvo de cemento. Este debe de ser de baja viscosidad para que cuando se aplique bajo presión, rellene la cavidad medular con mayor eficacia. El fraguado depende de la temperatura ambiente.

CONCLUSIÓN: La utilización de cemento en las artroplastias es una técnica ampliamente utilizada que proporciona resultados fiables y reproducibles. La correcta selección de los pacientes y una adecuada técnica son los pilares básicos a la hora de emplear el cemento para implantar una prótesis articular con éxito.

PALABRAS CLAVE: CEMENTO, PRÓTESIS ARTICULARES, EVOLUCIÓN DEL CEMENTO, TÉCNICAS DE CEMENTACIÓN.

ÚLCERA POR PRESIÓN EN PACIENTE HOSPITALIZADO

EVA MARIA TORRALBO CACHINERO, ADRIANA NADINE MÜLLER PUGA, MARIA RUIZ RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que se encuentra hospitalizado en la planta de traumatología del hospital tras ser operado de urgencia de una fractura de cadera sufrida tras caerse por unas escaleras. Varón de 63 años de edad, con antecedentes de hta e hipotiroidismo. En tratamiento con losartan y eurirox. A su llegada se realiza plan de acogida y seguimiento del paciente por parte de enfermería y medico. A los 3 días de la operación, se observa en el talón del paciente una lesión, ulcera por presión (upp) al no moverse el paciente con pérdida de tejido, sin esfacelos, bordes definidos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza radiografía a las 24 horas de la operación. Se toman constantes cada 8 horas (por turno). HORAS (POR TURNO).

JUICIO CLÍNICO: Úlcera por presión. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Úlcera por presión debido a la no movilidad del paciente y a no pautar unos cambios posturales de acuerdo a su edad y estado físico.

PLAN DE CUIDADOS: Se cura al paciente cada 24 horas con aposito de cura en ambiente humedo absorbente "askina". Se produce una evolucion favorable de la herida y se produce el alta medica. Llevando el paciente un informe de enfermeria en el que se indica el plan de actuación a seguir ante la ulcera por presión.

CONCLUSIONES: Hay que saber clasificar bien las úlceras y coger la pauta de curas correcta dependiendo de la humedad, infección, escarceos, exudado, etcetera de la úlcera. Hay que prestar atención a los cambios posturales en los pacientes que no se mueven todo lo necesario ellos solos, debido a que pueden salirle heridas en la piel debido al roce con la sabana.

PALABRAS CLAVE: HOSPITALIZADO, UPP, TALÓN, ÚLCERA POR PRESIÓN.

ESGUINCE DE TOBILLO EN PACIENTE JOVEN DE 29 AÑOS

LUIS MIGUEL SANCHEZ PEREZ, MANUEL LUNA RUIZ, HECTOR PERALTA SOLER

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 29 años acude al servicio de urgencias en silla de ruedas ya que le es imposible apoyar y caminar con el pie derecho: el paciente es un atleta de alto élite dedicado al salto de longitud y nos cuenta que la caída no ha sido la correcta. AP: NoRam, fabismo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Afebril, TA 130/85(mmH) Fc 75 Imp. El médico observa y explora ambos tobillos; tobillo derecho esta bastante inflamado, cursa con hematoma y le impide al paciente andar. Se realiza una Rx de tobillo para descartar fractura o rotura de tobillo.

JUICIO CLÍNICO: Esguince de tobillo, grado 2 (moderado). **PLAN DE CUIDADOS:** Ante tal situación se le recomienda el método DICE: Descanso para su tobillo parcialmente y uso de muletas siempre y cuando sienta dolor al apoyar el pie. Hielo o en su defecto crioterapia durante las primeras 72h para reducir el dolor, hematomas y espasmos musculares. Compresión, vendaje en el tobillo para evitar el hinchazón e inmovilizar el movimiento del tobillo. Elevación del miembro para disminuir la inflamación varias horas al día. Este método ira acompañado del analgesia vía oral (AINES).

CONCLUSIONES: Los esguinces de tobillo son lesiones comunes que ocurren cuando el pie se tuerce o gira más allá de su rango normal de movimiento, causando que los ligamentos del tobillo se sobrecargen o desgarran. Las personas que tienen un mayor riesgo de sufrir un esguince de tobillo son los atletas más jóvenes, o cualquier persona que con frecuencia corre, salta y cambia de dirección rápidamente mientras realiza una actividad atlética. En este caso se le recomendó que la recuperación la hiciese junto con un fisioterapeuta ya que el tiempo de recuperación sería de unas 2 a 8 semanas, diseñando un tto específico que satisfaga sus necesidades y metas como la mejora de la fuerza, resistencia y agilidad.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, HEMATOMA, INFLAMACIÓN, RADIOGRAFÍA.

CORRECTA POSICIÓN QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA ARTROSCÓPICA

JESICA CÓMITRE SERRANO, ANA ROCIO RUIZ MOYA, MANUEL ESCOBAR VILLENA

INTRODUCCIÓN: La enfermera es un miembro más del equipo quirúrgico, tiene responsabilidades conforme a la seguridad del paciente durante la intervención. Estas responsabilidades son: la correcta colocación del paciente en la mesa quirúrgica y un acceso fácil a la zona a intervenir. Ésta cirugía requiere cuidados específicos.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados de enfermería para proporcionarle seguridad al paciente, anticipándose a los riesgos y disminuyendo posibles complicaciones.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y revisiones bibliográficas, en la cual se consultaron diversas bases de datos utilizando los descriptores: correcta, posición quirúrgica, artroscópica.

RESULTADOS: Mayor concienciación de que la colocación del paciente en la mesa quirúrgica es responsabilidad de todo el equipo, y de que la enfermería tiene también su función, adherido al cuidado del paciente. Mejor entendimiento de los principios básicos de posicionamiento quirúrgico, así como una mayor habilidad para colocar a los pacientes en posiciones seguras. El fin será, conseguir una apropiada colocación del paciente, manteniendo su bienestar y su seguridad durante la intervención, a la vez que un correcto desarrollo de la cirugía.

CONCLUSIÓN: Una correcta colocación del paciente antes de la intervención y su control durante la misma, contribuye a prevenir los riesgos de una posición incorrecta, y disminuye las posibles complicaciones en el postoperatorio, además de disminuir tiempos quirúrgicos y de isquemia, al proporcionar abordajes más adecuados.

PALABRAS CLAVE: ARTROSCOPIA, POSICIÓN QUIRÚRGICA, SEGURIDAD, QUIRÓFANO.

PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA

CRISTINA LÓPEZ VILAR, JESICA MARÍA PRIETO AGUILAR, ELISENDA CONSTANZO MONCLUS

INTRODUCCIÓN: La enfermedad tromboembólica venosa es una complicación frecuente en cirugía ortopédica. La profilaxis reduce la morbimortalidad de esta enfermedad que sigue siendo primera causa de muerte en el periodo postoperatorio de cirugía ortopédica.

OBJETIVOS: Identificar métodos mecánicos y farmacológicos para la prevención de la enfermedad tromboembólica.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio de revisión sistemática, donde se han utilizado diferentes revisiones bibliográficas seleccionando referencias de los últimos años, asegurándonos de la evidencia científica de las mismas.

RESULTADOS: Sin las medidas profilácticas adecuadas, hasta un 60% de los pacientes con intervenciones de extremidades inferiores sufren una TVP, sobre todo si están sometidos a largos periodos de reposo en cama. Los factores de riesgo tromboembólico en cirugía ortopédica se han dividido en los propios del enfermo y los derivados del procedimiento quirúrgico. Tan importantes como los métodos mecánicos y farmacológicos son las medidas generales de preparación del paciente, tipo de anestesia, técnica quirúrgica y cuidados postoperatorios. Dentro de los cuidados postoperatorios es importante controlar el estado de salud del paciente evitando la descompensación, manteniendo una buena hidratación y una suficiente analgesia (fundamental para iniciar lo antes posible la movilización). La tromboprofilaxis puede llevarse a cabo a través de métodos mecánicos como uso de medias elásticas, compresión neumática intermitente y bomba venosa plantar (difícil de aplicar con yesos o vendajes) y a través de métodos farmacológicos: Heparina no fraccionada, Anticoagulantes orales, Heparinas de bajo peso molecular o inhibidores directos de la trombina.

CONCLUSIÓN: Según la guía de la SECOT se recomienda mantener la profilaxis antitrombótica entre 4 y 6 semanas en prótesis de cadera, prótesis de rodilla y fractura de cadera. Siempre se deben de individualizar en función del tipo de cirugía, riesgos personales e inmovilización.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, TROMBOPROFILAXIS, CUIDADOS POSTOPERATORIOS, CIRUGÍA ORTOPÉDICA, PREVENCIÓN.

RETARDO DE CONSOLIDACIÓN Y PSEUDARTROSIS EN FRACTURAS

CRISTINA LÓPEZ VILAR, JESICA MARÍA PRIETO AGUILAR, ELISENDA CONSTANZO MONCLUS

INTRODUCCIÓN: El retardo en la consolidación es la alteración evolutiva de una fractura bien reducida e inmovilizada, en la que tras el paso del tiempo suficiente de consolidación (unos 9 meses), no muestra una unión ósea completa y radiológicamente es visible la línea de fractura. Y hablamos de pseudoartrosis cuando una fractura, a pesar de la inmovilización correcta y el paso del tiempo suficiente para la consolidación, nunca llega a consolidarse apareciendo una falsa articulación en el foco de la fractura. Las más frecuentes aparecen en diáfisis.

OBJETIVOS: Identificar la diferencia entre el retardo de la consolidación y la pseudoartrosis en una fractura, factores favorecedores, importancia de un buen diagnóstico y tratamiento.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio de revisión sistemática seleccionando referencias bibliográficas de los últimos años a asegurándonos de la evidencia científica con los operadores booleanos.

RESULTADOS: La incidencia de Pseudoartrosis se estima entorno al 3-4%. La localización más común suele ser en los huesos largos, siendo el fémur, la tibia y el humero los más afectados. La inestabilidad mecánica, un deficiente aporte sanguíneo, infección, alcoholismo, determinados fármacos, tabaco, diabetes o desnutrición son factores favorecedores de retrasos en la consolidación de las fracturas. En la zona de la fractura es importante un buen cuidado del estado de la piel, partes blandas, presencia de drenaje activo, deformidades, alteraciones neurovasculares, detección de movilidad anormal y dolor. También es importante un buen diagnóstico por imagen a través de una radiografía simple, tomografía computarizada y reconstrucción tridimensional, RNM, Gammagrafía nuclear y estudio de laboratorio.

CONCLUSIÓN: Para establecer el tratamiento correcto hay que asegurar una buena estabilidad mecánica, confirmar un buen aporte vascular y en cuanto sea posible añadir un estímulo para la formación ósea.

PALABRAS CLAVE: RETARDO, CONSOLIDACIÓN, PSEUDARTROSIS, FRACTURA, CUIDADOS, FACTORES.

SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

CRISTINA BOFARULL LOPEZ, CARLA CÁCERES MARÍN, MARTA ROSALES LINARES,
CRISTINA FARRE CASAFRANCA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 29 años que consulta por parestesias en EESS. Con antecedentes de latigazo cervical en el último año. No alergias medicamentosas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tras la exploración en la consulta se observa pérdida de fuerza y de sensibilidad en EESS, se decide realizar EMG para confirmar una posible atrapamiento del nervio cubital en el codo. Tras realizar EMG se observa pérdida de fuerza, compresión subclavicular del nervio cubital. Adson positivo por lo que se decide realizar ecografía de la zona subclavicular para descartar estenosis de venas y/o arteria. Ecografía dentro de los parámetros normales. No existe estenosis alguna a nivel vascular.

JUICIO CLÍNICO: Atrapamiento del nervio cubital en el codo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras realizar las distintas pruebas diagnósticas se confirma el síndrome de desfiladero torácico con afectación nerviosa.

CONCLUSIONES: Tras realizar las distintas pruebas diagnósticas se confirma el síndrome de desfiladero torácico con afectación nerviosa. Se deriva al traumatólogo para recomendaciones para tratamiento conservador, que consistirá en : tratamiento farmacológico sintomático; normas posturales; ejercicios enfocados a mejorar las alteraciones posturales y otro tipo de terapias complementarias, como relajación, masajes para mejorar los síntomas.

PALABRAS CLAVE: PARESTESIAS, NERVIO CUBITAL, ESTENOSIS, COMPRESIÓN NERVIOSA.

PROCESO ASISTENCIAL EN FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO

MARIA MOLINA IBAÑEZ, ROSA FELISA LOPEZ RODRIGUEZ, ISABEL LÓPEZ ASTASIO

INTRODUCCIÓN: Las fracturas de cadera son una causa habitual de morbilidad, afecta principalmente a población de edad avanzada. Las causas más frecuentes son las caídas y la osteoporosis. La gestión por procesos asistenciales integrados constituye una herramienta para mejorar la calidad asistencial.

OBJETIVOS: Identificar las causas que las producen y prevención de las mismas. Conocer pautas para la realización de una buena rehabilitación en estos pacientes. Analizar la importancia del papel del Equipo Multidisciplinar en las unidades de ortogeriatría.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio de pacientes con más de 65 años, diagnosticados con fractura de cadera que recibieron tratamiento quirúrgico hospitalario en este período. Se hizo un muestreo aleatorio simple. La muestra fué definida estadísticamente y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión propuestos para estudio.

RESULTADOS: Durante el período de análisis, ingresaron en el hospital 37 pacientes con fractura de cadera. Los pacientes incluidos en el estudio representaron el 19,25% del total. El 93,5% recibieron información adecuada sobre rehabilitación y al 90,8% se les explicó los ejercicios que debían realizar. Al alta, el 80,3% es remitido a su domicilio, el 11,5% pasa a institución. La mortalidad a los 6 meses desde el ingreso fué del 15,58%, incluyendo la intrahospitalaria 2,31%, siendo mayor en los varones 58,3% del total. Antes de la fractura, el 51,8% presentaba marcha independiente, y el resto necesitaba ayuda o no caminaba. En la valoración, a los 6 meses 55,83% realizan algún tipo de marcha.

CONCLUSIÓN: Un 20% fallecen dentro del primer año. La mitad nunca recuperan su nivel prelesional de deambulación y 17% son institucionalizados. La colaboración multidisciplinaria, ha demostrado una mejoría en los resultados del tratamiento, reduciendo la morbilidad perioperatoria, aumentando la función de anciano al año de la operación.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, ANCIANO, MORBIMORTALIDAD, MULTIDISCIPLINAR, CADERA.

ENFERMERÍA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE TRAUMA

ISABEL GARCIA SERRANO, SONIA LUPION MORALES, MARIA DE LA CRUZ PÉREZ GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: Un equipo multidisciplinar puede conseguir prestar una atención al paciente en UCI de trauma de una manera coordinada y con tiempos adecuados para que resulte ser eficaz.

OBJETIVOS: Determinar las funciones del personal de enfermería como miembro dentro del equipo multidisciplinar, en los procesos asistenciales dirigidos al paciente en UCI de trauma.

METODOLOGÍA: La búsqueda se realiza mediante una revisión bibliográfica de los instrumentos de evaluación en la asistencia al paciente traumatizado a través de las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: SCIELO, DIALNET, PUBMED, CINAHL, los criterios de inclusión fueron: artículos publicados en los últimos seis años, escritos en inglés y español, con acceso al texto completo. De un total de 74 publicaciones fueron seleccionadas 20 artículos que cumplen criterios de inclusión establecidos. De los cuales, 10 tratan sobre las funciones de enfermería en la UCI de trauma, 6 artículos tratan sobre la atención al paciente de una manera multidisciplinar, 4 artículos sobre la asistencia a las personas hospitalizadas en la UCI de trauma.

RESULTADOS: Esta revisión bibliográfica se centró en las funciones del personal de enfermería en la UCI de trauma. La mayoría de los autores están de acuerdo en que el papel del enfermero/a en la unidades de cuidados intensivos de trauma es importante ya que forman parte del equipo multidisciplinar y su colaboración en el manejo del paciente es primordial.

CONCLUSIÓN: Se destacan la importancia de la elaboración de los protocolos para UCI y una formación continuada de todos los miembros de todo el equipo multidisciplinar, ya que enfermería cuenta con los conocimientos de las técnicas de movilización, traslado y aseo de los pacientes intubados y sedados que son mayoría en la UCI de trauma.

PALABRAS CLAVE: EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, TRAUMA, CAMBIOS POSTURALES, HIGIENE, ENFERMERÍA.

FRACTURA PERIPROTÉSICA DE RODILLA TRAS CAÍDA CASUAL

ANA MARTÍNEZ CRESPO, JUAN MIGUEL GÓMEZ PALOMO, CARMEN MARÍA GÓMEZ PALOMO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 62 años, intervenida de artroplastia unicompartmental de rodilla derecha 12 años antes, que acude a urgencias de nuestro centro tras caída casual.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración, presentaba dolor e impotencia funcional en rodilla derecha. En la radiología convencional se apreció fractura de meseta tibial periprotésica de rodilla derecha. Se decide ingreso para tratamiento quirúrgico programado y realización de TC, en el que se evidencia una fractura de meseta tibial Schatzker VI con aparente estabilidad de los implantes.

JUICIO CLÍNICO: Fractura periprotésica de rodilla. **PLAN DE CUIDADOS:** Valorada la exploración y las pruebas complementarias, se decide tratamiento quirúrgico mediante reducción abierta y fijación interna. Los hallazgos intraoperatorios revelaron una fractura de meseta tibial con ausencia de signos de movilización de los implantes protésicos. Se realizó doble abordaje, medial y lateral a la meseta, llevándose a cabo reducción y fijación interna con placa LCP y aporte de injerto autólogo de cresta iliaca, y osteosíntesis con un tornillo de esponjosa en platillo tibial interno, con comprobación bajo escopia de adecuada reducción y colocación de material de osteosíntesis. En las revisiones en consultas externas, la paciente evolucionó satisfactoriamente, con un balance articular de 95-0° a los 2 meses de la cirugía, y consolidación de la fractura e inicio de la carga del miembro a los 3 meses.

CONCLUSIONES: La cirugía unicompartmental de reemplazo de rodilla es un procedimiento técnicamente muy exigente, con una curva de aprendizaje pronunciada. Las fracturas periprotésicas tras una artroplastia unicompartmental de rodilla son poco frecuentes, aunque con el aumento de indicaciones de este procedimiento en los últimos años, cada vez nos encontramos casos de mayor complejidad que suponen un reto para el cirujano ortopédico. Las complicaciones intraoperatorias pueden requerir cambiar la osteosíntesis planificada a una artroplastia de revisión, por lo que el cirujano debe estar familiarizado con ambos procedimientos.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, PERIPROTÉSICA, RODILLA, UNICOMPARTIMENTAL, ARTROPLASTIA.

LA OSTEOPOROSIS COMO PATOLOGÍA DEGENERATIVA: PREVENCIÓN Y RECOMENDACIONES MÁS IMPORTANTES

ANTONIO JESUS TRIGUEROS NAVARRO, PATRICIA MURIANA CALLEJON, MARÍA DE LOS ÁNGELES JIMÉNEZ CARRIÓN

INTRODUCCIÓN: La osteoporosis es actualmente es un importante problema de salud pública, ya que es cada vez más habitual. Deteriora la calidad de vida de los pacientes ya que produce dolor, lo cual tiene importantes consecuencias económicas y sociosanitarias. Se trata de una patología esquelética que se caracteriza por una baja masa ósea acompañada de un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo que produce un aumento del riesgo de fracturas debido a que el hueso se va volviendo mas frágil. Las posibilidades de sufrir esta enfermedad dependen en un 40% del estilo de vida y de factores fisiológicos u hormonales, y en un 60% de factores genéticos.

OBJETIVOS: Determinar las causas que producen la osteoporosis y las recomendaciones que podemos seguir para prevenirla.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica limitada a los últimos diez años en bases de datos como Medline, Pubmed y Scielo. Finalmente se revisaron 12 artículos.

RESULTADOS: Puede prevenirse aumentando el consumo de magnesio, vitamina D, calcio, flúor, fósforo, omega-3. Asimismo, deben reducirse los alimentos preparados y la sal, e ingerir de forma moderada proteínas. Como en la mayoría de las patologías, la prevención es el mejor de los tratamientos, por lo que se recomienda aumentar el consumo de lácteos, evitar las caídas, disminuir la pérdida de masa ósea en la edad adulta y favorecer la formación de hueso cuando aún somos jóvenes.

CONCLUSIÓN: Es fundamental adoptar hábitos de vida saludables, como una alimentación equilibrada que asegure el aporte de los nutrientes esenciales para la salud de los huesos y la prevención de la osteoporosis y practicar ejercicio físico adaptado a la edad (y si es posible al aire libre), para mantener un peso adecuado, conservar la masa ósea, fortalecer la musculatura y mejorar el equilibrio, lo que ayudará a disminuir las caídas y por tanto las fracturas.

PALABRAS CLAVE: OSTEOPOROSIS, FRAGILIDAD, FRACTURAS, ALIMENTACIÓN, PREVENCIÓN, RECOMENDACIONES.

ENFERMEDAD DE ESCOLIOSIS EN EDAD ADULTA

OLGA AMALIA SANCHEZ MARMOLEJO, MARÍA ANTONIA MÁRMOLEJO LOPEZ

INTRODUCCIÓN: La escoliosis en adultos es una deformidad rotacional compleja tridimensional de la columna, resultado de la degeneración progresiva de los elementos vertebrales en la edad madura.

OBJETIVOS: Determinar medidas para frenar el progreso de la enfermedad y de enfermedades añadidas.

METODOLOGÍA: Se han revisado bibliografía de artículos relevantes del último lustro de revistas sanitarias y en páginas web. De los más relevantes se seleccionan los que analizan conceptos de deformidad vertebral como de la columna en sí.

RESULTADOS: En la escoliosis se tiene en cuenta cambios degenerativos que originan deformación que habitualmente puede ser progresiva, así como dolor y compresión neurológica. El tratamiento con fármacos y terapias físicas, así como empleo de corsé es una buena alternativa para reducir los efectos de estas dolencias. El empleo de cirugía dependerá de la localización de la curva, el tamaño, entre otros. Estas deformaciones hacen que la columna vertebral se curve hacia los lados alcanzado forma de S o C.

CONCLUSIÓN: Es de gran importancia la rehabilitación dirigida por fisioterapeutas para paliar los dolores y el progreso de la deformidad de la columna vertebral.

PALABRAS CLAVE: ESCOLIOSIS, VERTEBRAL, CURVA, LOCALIZACIÓN, ROTACIÓN, PROGRESIÓN.

CASO DE FRACTURA DE CÚBITO Y RADIO EN GIMNASIO

ANTONIO JESUS UREÑA JIMENEZ, MARIA CARMEN LOPEZ CASTILLA, MARIA JESUS LUQUE MENA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 35 años que acude al centro tras sufrir un golpe en la muñeca derecha en el gimnasio mientras entrenaba. Presenta una contusión en el hombro y cadera derecha al caer tras sufrir un resbalón que le provocó la deformidad y el dolor intenso en la muñeca. No presenta antecedentes de interés y ha sido intervenido quirúrgicamente en dos ocasiones, amigdalectomía y apendicitis.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Ingresa en el servicio de urgencias acompañado por un compañero y presenta los siguientes signos vitales: Tensión Arterial: 135/92, Saturación Oxígeno: 98%, Frecuencia Cardíaca: 82 l', Frecuencia Respiratoria: 18 resp x minuto, Temperatura: 37,2°C. Electrocardiograma: Ritmo sinusal. Radiografía AP y Lateral de muñeca derecha: Fractura cubito y radio sin desplazamiento. Contusiones varias sin importancia.

JUICIO CLÍNICO: Al tener un diagnóstico claro, fractura simple de cúbito y radio sin desplazamiento, y tratarse de una fractura cerrada, se coloca un yeso cerrado para inmovilizar la fractura con el plan de intervenir al paciente 48 horas más tarde. En quirófano se realiza una osteosíntesis abierta con dos placas y tornillos y se coloca un vendaje junto con una férula posterior para conseguir una correcta inmovilización.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Se descarta luxación de muñeca al no observarse desplazamiento entre las superficies articulares.

PLAN DE CUIDADOS: En nuestro plan de cuidados debemos prestar especial atención a los diagnósticos relacionados con el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y el riesgo de infección llevando a cabo intervenciones diversas como las curas de la herida quirúrgica y la educación sanitaria.

CONCLUSIONES: Tras la intervención realizada en quirófano y la aplicación de nuestro plan de cuidados, alcanzamos nuestros objetivos consiguiendo que el paciente no presente ningún tipo de complicaciones y una evolución favorable pudiendo observar a las 20 semanas una franca consolidación de las fracturas y una movilidad completa e indolora tras la recuperación con fisioterapia.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, OSTEOSINTESIS, RADIO, ANTEBRAZO, CÚBITO, QUIRÓFANO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRACCIÓN MECÁNICA DE PARTES BLANDAS

FRANCISCO SAN AGAPITO MARTÍN, COVADONGA SANCHEZ RODRIGUEZ, ANA TERESA SAN AGAPITO PÉREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 84 años que ingresa en planta de traumatología tras colocación de tracción mecánica de partes blandas en el servicio de urgencias por fractura de cadera derecha. Antecedentes de HTA a tratamiento con enalapril 20 mg. No alergias alimentarias ni a medicamentos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Rx AP y lateral. Hemograma: normal; Bioquímica: normal; Coagulación: normal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Fractura subcapital de fémur derecho.

PLAN DE CUIDADOS: Mantener la inmovilización de la fractura y/o extremidad y aliviar el dolor. Favorecer el confort del paciente, proporcionar la mejor calidad en los cuidados de enfermería y observar aparición de complicaciones que pudieran agravar su estado de salud. Valorar la necesidad de analgesia antes de movilizar al paciente para controlar la sensibilidad de la extremidad. Revisar y valorar las zonas de presión cada vez que se moviliza al paciente y facilitar información al paciente y/o familia sobre el uso de la tracción y la forma en la que ellos pueden colaborar.

CONCLUSIONES: La colocación de la tracción mecánica de partes blandas es fundamental en este tipo de patologías, ya que ayuda a prevenir complicaciones vasculares y lesiones en nervios y vasos sanguíneos. Los cuidados de enfermería reducen considerablemente el impacto psicológico y fisiológico en los pacientes durante la espera a la intervención quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMERÍA, TRACCIÓN MECÁNICA, PARTES BLANDAS, CADERA.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN POSOPERATORIO DE PRÓTESIS DE RODILLA

INMACULADA SANCHEZ OSUNA, JOSE MANUEL AFÁN TENA, BEATRIZ DE TORRES NAVAJAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 60 años que ingresa a planta procedente de reanimación tras ser intervenida de prótesis de rodilla derecha. Sube consciente y orientada. Porta redón con aproximadamente 70cc de contenido hemático, vía, sonda vesical y vendaje compresivo desde metatarso a ingle. Alergia Nolotil. No fumadora. HTA. Obesidad grado I. TTo domiciliario: Ramipril 5mg.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tª 35,8°C TA: 128/57 FC: 71 Glucemia: 118 mg/dl Comprobamos si hay solicitud de analítica y radiografía de control.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: 00146 Ansiedad R/C (amenaza) de cambio en el estado 00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C alteración de la circulación 00004 Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo 00132 Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos (proceso quirúrgico) 00085 Deterioro de la movilidad R/C disminución fuerza muscular 00155 Riesgo de caídas R/C alteración de la movilidad.

PLAN DE CUIDADOS: Valoración del dolor, color y estado del miembro intervenido. Valoración de prevención de UPP (Braden o Norton) y de caídas (Morse) - Ayuda con los autocuidados (baño/higiene, aseo, vestir/arreglo personal). Revisamos permeabilidad de la vía IV. Confirmamos micción voluntaria tras retirada de sonda vesical. Revisamos vendaje compresivo y drenajes. Enviamos nuevo tratamiento a farmacia. Administrar medicación según protocolo establecido. Vigilar esquemas de eliminación fomentando el aumento de ingesta de líquidos y fibra.

CONCLUSIONES: La implantación de prótesis de rodilla es una de las cirugías más practicadas por las unidades de traumatología, en especial en personas mayores de 55 años. La artrosis es la indicación más frecuente de artroplastia. En los posoperatorios el papel de la enfermera es muy importante ya que debe proporcionar los cuidados que cubran las necesidades del paciente que ellos mismos no puedan realizar. Debe prevenir los problemas y complicaciones que puedan surgir, para ello debe desarrollar un plan de cuidados y definir las actividades necesarias para unos cuidados integrales.

PALABRAS CLAVE: DIAGNÓSTICO, PRÓTESIS, ARTROPLASTIA, CUIDADOS.

LA INMOVILIZACIÓN EN EL PACIENTE TRAUMATOLÓGICO URGENTE

NIEVES DÍAZ-CANO ALHAMBRA, YOLANDA GONZÁLEZ MOLINA, INMACULADA RODRIGUEZ RAMIREZ, ANA MONTESINOS CLARO

INTRODUCCIÓN: En muchas ocasiones, el tratamiento principal del paciente traumatológico urgente se resume en la inmovilización del miembro afecto y la administración de tratamiento analgésico para aliviar el dolor. La importancia de una correcta técnica de inmovilización reside en las múltiples consecuencias que una inmovilización mal realizada puede conllevar. Desde enfermería, es posible contribuir poniendo especial atención en algunos factores que a largo plazo pueden conllevar cierta mejora en el paciente, en el servicio y en la efectividad del tratamiento.

OBJETIVOS: Determinar una correcta técnica de inmovilización detallando varios factores que previenen la aparición de complicaciones indeseadas.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica de artículos y protocolos relacionados con la técnica de inmovilización traumatológica, hemos usado bases de datos como Pubmed, Medline, Cuiden y Scielo.

RESULTADOS: Se evitarán las múltiples consecuencias que puede conllevar una inmovilización incorrecta. Las más comunes son las siguientes: Riesgo de infección, lesiones en nervios, arterias y vasos sanguíneos, síndrome compartimental, alteraciones en la consolidación y desgaste o atrofia muscular y/o ósea. Además del riesgo de episodio/enfermedad tromboembólica para la disminución de la fuerza y del tono muscular, pseudoartrosis y conseguir minimizar costes hospitalarios y reducir bajas laborales y discapacidades.

CONCLUSIÓN: En la enfermería traumatológica urgente existen técnicas específicas que exigen conocimientos y habilidades en cuanto a sus procedimientos y cuidados. Facilitar la realización de una asistencia de calidad en los procedimientos de enfermería en las urgencias traumatológicas mejora la efectividad de los mismos; potencia una buena praxis, que reduce la probabilidad de la aparición de complicaciones, con lo que se evitan costes innecesarios, un aumento de la calidad asistencial, un aumento de la satisfacción del usuario, y un aumento de la eficiencia de los procedimientos y cuidados de enfermería traumatológica.

PALABRAS CLAVE: INMOVILIZACIÓN, URGENTE, PACIENTE TRAUMATOLÓGICO, EFECTIVIDAD, COMPLICACIONES.

VARIANTE ANATÓMICA DE RICHE CANNIEU: A PROPÓSITO DE UN CASO

JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO, CLARA QUINTERO LÓPEZ, ARACELI QUINTERO LOPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se presenta el caso de un niño de seis años que sufre traumatismo tras accidente de tráfico con fractura abierta grado IIIB de cúbito izquierdo. Durante el proceso quirúrgico se identifica el nervio mediano con una solución de continuidad de seis centímetros, objetivado por imágenes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración postquirúrgica el paciente presenta hipo/anestesia del territorio de la mano del nervio mediano e hipotrofia de la masa tenar. En cuanto a exploración motora, realiza con normalidad la aproximación/oposición del primer dedo, sin mostrar afectación a la hora de realizar la pinza manual. Se sospecha la presencia de una variante nerviosa mediano-cubital y se realiza y se muestra el resultado del estudio electrofisiológico objetivando, mediante electroneurograma y electromiograma, la presencia de la variante anatómica Riche-Cannieu.

JUICIO CLÍNICO: Variante anatómica de Riche-Cannieu. **CONCLUSIONES:** La variante anatómica de anastomosis mediano-cubital Riche-Cannieu, dando doble inervación a la musculatura de la eminencia tenar, es frecuente (48-83%), aunque poco conocida. Por lo tanto es esencial la existencia de esta variable de la normalidad, las anastomosis mediano-cubital en el antebrazo y mano para entender y poder predecir la clínica que presentará el paciente en caso de lesión del nervio mediano como el descrito. La importancia del rol del estudio neurofisiológico, incluyendo electroneurograma y electromiograma, previo a una posible intervención quirúrgica adaptativa, variando esto el pronóstico y las posibilidades terapéuticas. La variabilidad en la inervación de los distintos grupos musculares, constituyen un reto diagnóstico en las radiculopatías. En esencia, estas variantes de la normalidad las descubrimos cuando, a raíz de una lesión en un nervio específico, no acontece el déficit clínico presupuesto, como en el caso que describimos, a partir del cual se muestra una revisión sobre los principales tipos de anomalías de la inervación a nivel mediano-cubital y la importancia del estudio electroneurográfico en su detección y diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: POLITRAUMATISMO INFANTIL, ELECTRONEUROGRAFÍA, RICHE CANNIEU, VARIANTES ANATÓMICAS NERVIOSAS.

ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS DEL ESGUINCE DE TOBILLO

RAFAEL FERNÁNDEZ CAÍNZOS, LOURDES FERNANDEZ FERNANDEZ, FABIAN LEBRON ORTIZ

INTRODUCCIÓN: Los esguinces de tobillo son los traumatismos que con mayor frecuencia afectan a la extremidad inferior (el 75% de las lesiones de estas).

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica de los procesos más utilizados en el tratamiento de estos esguinces, así como saber las novedades en la práctica clínica ya que un diagnóstico y tratamiento incorrectos pueden desembocar en una inestabilidad crónica del tobillo.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos especializadas en revisiones sistemáticas (PubMed y Biblioteca Cochrane Plus) y en bases de datos de artículos originales (Embase, Sport Discuss with Full Text, Cinahl, Clarivate Analytics Web of Science y ENFISPO). Se hallaron 25 resultados, de los que se seleccionaron 10 que cumplían los criterios de inclusión establecidos.

RESULTADOS: La terapia RICE (reposo, hielo, compresión y elevación) se erige como el tratamiento de elección. La crioterapia ayuda a rebajar el edema y disminuir el dolor, reduciendo el tiempo de recuperación, así como los Antiinflamatorios No Esteroideos (AINEs).

CONCLUSIÓN: El tratamiento ortopedológico se lleva a cabo mediante vendajes funcionales y/o tobilleras estabilizadoras. No hay estudios que dictaminen la efectividad del tratamiento quirúrgico sobre el tratamiento conservador.

PALABRAS CLAVE: TOBILLO, CRIOTERAPIA, ANTIINFLAMATORIOS, TRAUMATOLOGÍA.

MANEJO DE URGENCIAS INFANTILES: FRACTURA BILATERAL DE CLAVÍCULA

ARACELI QUINTERO LOPEZ, JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO, CLARA QUINTERO LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Niño de 2 años, sano, 3º hijo, parto a término sin complicaciones en el mismo. Valorado inicialmente por Pediatra, quien, ante sospecha de fractura bilateral de clavícula, deriva a urgencias de Traumatología Pediátrica para valoración de tratamiento de elección y apertura proceso sospecha de maltrato, tras, en examen rutinario percibir bultoma palpable, indoloro, en ambas clavículas que en radiografía simple se correlaciona con imagen de fractura de ambas clavículas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Presentamos un caso clínico de pseudoartrosis bilateral de clavícula analizando el proceso diagnóstico para este proceso tan poco frecuente, que, a su llegada a urgencias requiere diferenciarlos de patología por malos tratos, a sospechar ante fracturas bilaterales.

JUICIO CLÍNICO: Pseudoartrosis congénita bilateral de clavícula. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El diagnóstico diferencial incluye principalmente la pseudoartrosis postraumática, la disostosis cleidocraneal y la neurofibromatosis.

PLAN DE CUIDADOS: Al momento del ingreso, la familia niega traumatismo, haciendo saltar sospecha de maltrato por el pediatra de urgencia, se pone en manos del trabajador social, quien insta a completar el estudio. Se lleva a cabo el estudio conjunto por Servicio de Traumatología, ante la posibilidad de pseudoartrosis. Se realizó un estudio pormenorizado radiológico, completando la serie ósea con una gammagrafía ante la sospecha de pseudoartrosis bilateral de clavícula. Finalmente se confirmó el diagnóstico de pseudoartrosis congénita bilateral de clavículas.

CONCLUSIONES: La pseudoartrosis congénita bilateral de clavícula, es una malformación congénita muy poco frecuente publicados no más de 300 casos, unilaterales y escasa bibliografía con respecto a la bilateralidad. Suele ser unilateral, con afectación mayoritaria del lado derecho. Se presenta en forma de tumoración en el tercio medio clavicular, generalmente asintomática. La radiología simple confirma el diagnóstico, apoyándose en la gammagrafía.

PALABRAS CLAVE: MANEJO URGENCIAS, PATOLOGIA SOCIAL, PSEUDOARTROSIS CONGENITA, PROTOCOLO MALOS TRATOS INFANTILES.

INFLUENCIA DE LA NAVEGACIÓN EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

LOURDES FERNANDEZ IGLESIAS, LUCIA MARIA IBAÑEZ MARTINEZ, FRANCISCO DÍAZ-FAES GONZÁLEZ, ROCÍO VÁZQUEZ SÁNCHEZ, LUCIA NESPEREIRA BAIGORRI

INTRODUCCIÓN: El uso de la cirugía con Navegación para el implante de la prótesis total de rodilla lleva realizándose desde el año 2001 en el Hospital Universitario San Agustín. Aporta unos beneficios que a continuación se detallan.

OBJETIVOS: Conocer si el uso de la Navegación en la artroplastia total de rodilla acorta el tiempo quirúrgico, respecto a la cirugía convencional y qué beneficios aporta.

METODOLOGÍA: Con el uso del Sistema Praxim que se lleva utilizando en los últimos 200 casos para la implantación de prótesis, se evita la colocación de guía intramedular femoral e intra o extramedular tibial, con lo que se reduce el tiempo de intervención, aunque sigue siendo necesaria la colocación de los emisores en fémur y tibia. El tiempo estimado de intervención se recoge de piel a piel con un total de 50 intervenciones con navegación y 50 con cirugía estándar.

RESULTADOS: Se tomó una serie homogénea, donde todos los casos presentaban las mismas características: En ninguno de ellos fue necesario abandonar la técnica de Navegación. La media de tiempo quirúrgico en la serie total fue de 95 minutos, no existiendo diferencias estadísticamente significativas del grupo de la cirugía con Navegación (96 minutos), respecto del grupo de cirugía estándar (91 minutos).

CONCLUSIÓN: La Navegación en las prótesis de rodilla sin deformidades no supone un mayor tiempo quirúrgico que la cirugía estándar. Aporta sencillez a la técnica quirúrgica y por tanto a la instrumentación, pero para poder llevarla a cabo es imprescindible un buen aprendizaje, usar siempre el mismo sistema de navegación y contar con el mismo equipo quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: ARTROPLASTIA, NAVEGACIÓN, TIEMPO QUIRÚRGICO, SENCILLEZ.

ANÁLISIS SOBRE LOS VENDAJES MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

VICTORIA CEVALLOS MARTINEZ, MARIA DEL CARMEN GARCIA GARCIA, JESÚS BALLESTERO CEBRERO

INTRODUCCIÓN: Los vendajes son procedimientos utilizados con mucha frecuencia. La finalidad de este póster es ser útil como guía gráfica rápida.

OBJETIVOS: Determinar los diferentes vendajes que se usan en los pacientes en el servicio de urgencias.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferente base de datos. Los descriptores usados son: Vendajes, inmovilización, urgencias, donde se encontraron los artículos oportunos.

RESULTADOS: Tras el análisis bibliográfico elaboramos un resumen de los vendajes, realizar una acotación de ellos, útil y fácil de visualizar para reforzar conocimientos sobre dicha técnica y procedimiento. Según su forma: Vuelta circular, dar vueltas sobre la anterior. Utilizado para finalizar vendajes y contener hemorragias. La vuelta en espiral cada vuelta debe cubrir 2/3 de la vuelta anterior. Empezar en la parte más distal avanzar a medida que se venda, hacia proximal. La vuelta en espiga para ejercer presión. Empieza en distal hacia superior con inclinación de 45°. Vuelta recurrente: utilizado en dedos, cabeza, muñones (terminaciones). Comienza con una vuelta circular luego se lleva la venda de delante hacia atrás y viceversa. Se termina con dos o tres vueltas circulares en direcciones transversales para fijar. Vuelta en ocho y utilizados en rodillas y codos. Se empieza dando una vuelta circular al inicio, seguido de cruce en forma de ocho. Según su funcionalidad: Vendaje blando para contener el material de una cura o un apósito, sostener otro tipo de inmovilización. Vendaje compresivo para una mayor presión. Compresión progresiva para favorecer el retorno venoso y limitar los movimientos. Vendaje suspensorio para suspender escrotos o mamas. Vendaje funcional para inmovilizar de forma selectiva la articulación afectada y permite cierto grado de movilidad en estructuras musculo-tendinosas no lesionadas.

CONCLUSIÓN: El perfeccionamiento de la técnica mejoran la efectividad de los mismos; disminuye la probabilidad de complicaciones evitando costes innecesarios, aumenta la satisfacción del usuario, a la par que la eficiencia de los tratamientos.

PALABRAS CLAVE: VENDAJES, URGENCIAS, VENDAJES EN URGENCIAS, PACIENTES.

IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA DE URGENCIAS DE FRACTURA DE HOFFA. A PROPÓSITO DE UN CASO

ARACELI QUINTERO LOPEZ, CLARA QUINTERO LÓPEZ, JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: La fractura coronal del cóndilo femoral posterior, también conocida como fractura de Hoffa es rara más frecuente en cóndilo externo. Su mecanismo de producción es una fuerza vertical sobre el cóndilo femoral posterior en flexión de rodilla. Su correcto diagnóstico precoz y tratamiento es vital para la integridad de la articulación. En la literatura , los resultados de los pacientes sometidos a reducción abierta y osteosíntesis con tornillos son mejores que los que siguen con tratamiento ortopédico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se presentan dos casos de pacientes que llegan a urgencias, atendidos por enfermería de triaje, quien indica paso a sala de trauma. Ambos con fractura de Hoffa por traumatismos de alta energía. Se visualizan las fracturas mediante radiografía simple en ambos casos, y se amplía el estudio con TAC.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de cóndilo femoral posterior. **PLAN DE CUIDADOS:** Ambos casos se trataron con abordaje parapatelar externo y reducción y osteosíntesis con dos tornillos. A los 15 días postoperatorios se comenzó con fisioterapia pasiva y activa hasta las 12 semanas. En ambos casos a los seis meses se reintrodujo la actividad deportiva tras consolidación completa de las fracturas.

CONCLUSIONES: La importancia de este tipo de fractura infrecuente, es tenerlas presentes para poder diagnosticarlas y enfocar su tratamiento correctamente. Un diagnóstico precoz va a permitirnos un estudio ampliado con TAC y una cirugía precoz, va a mejorar el pronóstico obteniendo buenos resultados.

PALABRAS CLAVE: CONDILO FEMORAL, FRACTURA HOFFA, MANEJO URGENCIAS, TRATAMIENTO ELECTIVO, FRACTURA FEMORAL INFRECUENTE.

FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL IZQUIERDO EN PACIENTE

NURIA TABASCO DE LA TORRE, LUCIA VIZCAINO CASTRO, ROCÍO MOLINA QUESADA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 72 años. Mecanismo de lesión: Contusión directa sobre hombro con dolor e impotencia funcional en brazo izquierdo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: Consciente, orientado, hidratado, afebril, Glasgow 15 puntos. Tumefacción en extremidad proximal de humero izquierdo. Hematoma en cara lateral de brazo y tórax anterior. Dolor a movilización de hombro derecho, en flexo-extensión, abducción y movimientos de rotación. Exploración neurovascular distal conservada para nervios axilar, radial, mediano y cubital. Buen relleno capilar distal. Pruebas complementarias: Rx AP y lateral transtoracica de hombro: FRACTUA DE HUMRO PROXIMAL IZQUIERDO. 3 Fragmentos con ascenso de troquiter y cabeza humeral a posterior. Desplazamiento: si. TAC sin contraste IV realizado. Analítica y ECG.

JUICIO CLÍNICO: Reducción cerrada fractura humero con fijación interna. Fecha de la intervención 13/12/2017 10:45 h. Reducción abierta y osteosíntesis con placa PHILOS y aporte de injerto esponjosa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Antecedentes: HTA. Crisis convulsiva parciales. Rino conjuntivitis estacional. Depresión. IQ el pasado 4 de Mayo de 2016: ADENOCARCINOMA ENTEROIDE de colon, a 15 cm del año, moderadamente diferenciado. Alergia a paracetamol y amoxicilina. Tratamiento con: CLORAZEPATO DIPOTASICO, LORMETAZEPAN, AAS 300, CITALOPRAM, ENALAPRIL.

PLAN DE CUIDADOS: Pedir cita consulta externa de Traumatología en dos semanas con control de rayos. Metamizol 1 cap/8h+dexketoprofeno 25mg cada 8-12 h si dolor no control con metamizol, omeprazol 40 ml cada 24h. Brazo izquierdo en cabestrillo sin hacer esfuerzos físicos pero moviendo la muñeca y el codo con frecuencia. Mover los dedos libremente. Iniciar movimiento de penduleo a la semana. Si presenta manchado del vendaje, fiebre o mal estado general acudir a urgencias.

CONCLUSIONES: El húmero es un hueso largo que forma parte del esqueleto apendicular superior, ubicado exactamente en la región del brazo. Se articula a superior con la escápula, a inferior con el cúbito y con el radio. La fractura del húmero proximal se observa son más frecuentes en los pacientes de edad avanzada.

PALABRAS CLAVE: PROXIMAL, IZQUIERDO, HÚMERO, LESIÓN.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA

MARIA ADELA PEREZ SERRANO, ANGELA GONZALEZ JUSTO, VERONICA ARIAS MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 70 años derivado por su médico de cabecera al servicio de traumatología por dolor de tobillo izquierdo de meses de evolución (desde verano). Inflamación y calor en la zona. No refiere dolor en reposo ni limitación funcional importante.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En RM se aprecia visible intenso edema óseo en astrágalo sobre todo en cuello y cabeza del mismo, en cuña lateral y muy tenue en diálisis del primer metatarsiano, con cambios inflamatorios en los tejidos blandos de vecindad y TCS perimaleolar bilateral. Mínima cantidad de líquido en el receso posterior de la articulación tibioastragalina y en el seno del tarso. Hallazgos que en ausencia de antecedentes traumáticos, sugieren posibilidad de un SDRC versus osteoporosis transitorio migratoria. Túnel del tarso y espacio de Kager dentro de la normalidad. La fascia plantar no presenta engrosamiento patológico ni otros hallazgos asociados.

JUICIO CLÍNICO: SDRC versus osteoporosis transitorio migratoria. **PLAN DE CUIDADOS:** Magnetoterapia. Masoterapia para descarga parcial del miembro y antiinflamatorios.

CONCLUSIONES: Al paciente se le pauta medicación y tratamiento de rehabilitación, en la próxima RM a los 3 meses.

PALABRAS CLAVE: TOBILLO, SDRC, OSTEOPOROSIS, EDEMA ÓSEO.

MANTENIMIENTO DE LA VÍA AÉREA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

MARIA DEL MAR MORALES GARRIDO, JESÚS LINARES QUERO, RAFAEL RINCÓN ESTRADA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad traumática representa una importante causa de morbimortalidad entre la población más joven. La atención inicial al paciente traumatizado es primordial para reducir esa morbimortalidad. La vía aérea es la primera prioridad en todo paciente con traumatismo debido a que una obstrucción completa o parcial es la causa de muerte más evitable.

OBJETIVOS: Determinar los principales mecanismos implicados en la obstrucción de la vía aérea.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica basada en la evidencia científica. Para ello se ha realizado un análisis y una comparativa de artículos en bases de datos como MedlinePlus, PubMed y Scielo escogiendo artículos con descriptores: Vía aérea trauma, ventilación en traumatismos, atención al paciente traumatizado, vía aérea mantenimiento, vía aérea con control cervical. Seleccionando artículos completos en español e inglés.

RESULTADOS: Los principales mecanismos implicados en la obstrucción de la vía aérea comprende una caída posterior de la lengua ya sea por pérdida del tono muscular en pacientes con un nivel bajo de conciencia o por algún trauma facial, lesión de estructuras de la vía aérea por trauma o el alojamiento de cuerpos extraños en orofaringe. Es necesario tener en cuenta que cualquier maniobra encaminada a evaluar o la permeabilidad de la vía aérea debe de realizarse con un estricto control de columna cervical. Debemos de actuar ante una obstrucción de la vía aérea no resuelta, apnea, hipoxemia grave a pesar de O₂ complementario, una puntuación menor de 8 en la escala coma de Glasgow, parada cardíaca y shock hemorrágico grave.

CONCLUSIÓN: Una adecuada valoración de la permeabilidad de la vía aérea y manejo de ésta con control cervical es necesario para poder reducir la morbimortalidad de la población con traumatismo. Una vez realizado ésto procederemos al aislamiento mediante tracción mandibular para conseguir una buena respuesta ventilatoria.

PALABRAS CLAVE: VENTILACIÓN EN TRAUMATISMOS, ATENCIÓN AL PACIENTE TRAUMATIZADO, VIA AÉREA MANTENIMIENTO, VÍA AÉREA CON CONTROL CERVICAL.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE FRACTURA DE CADERA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

ANGELA RUIZ QUESADA, ANA CRISTINA MARTIN PACO, MARÍA DOLORES CÁTEDRA LOPEZ

INTRODUCCIÓN: La fractura de cadera es uno de las lesiones más prevalentes en pacientes mayores, de los que el 90% de los pacientes con fractura de cadera tienen 65 o más años de edad y múltiples problemas de salud. El Proceso Asistencial Fractura de Cadera en el Anciano se inicia en el año 2002 y en la última edición del Proceso Asistencial, describe los componentes que forman parte del tratamiento considerado más idóneo, durante el periodo de estancia hospitalaria.

OBJETIVOS: Evaluar la calidad de la práctica de TCAE la atención al paciente y su contribución al proceso de fractura de cadera, en pacientes hospitalizados por esta causa.

METODOLOGÍA: Grupo de expertos TCAE del servicio de Traumatología. Se exponen la participación de los TCAE en el proceso de fractura de cadera y tormenta de ideas sobre la participación y medidas de mejora.

RESULTADOS: La participación de los TCAE consiste en recepcionar e identificar al paciente, registrar la valoración, asignarle una auxiliar de enfermería de referencia, elaborar un plan de cuidados, informar a los familiares de las actuaciones a seguir en el aseo, comida y medicación a tomar, hacer un registro en el programa Azahar de toda su evolución.

CONCLUSIÓN: Es importante llegar a acuerdos y consensuar la práctica profesional como medio de reducción de variabilidad que permite evaluar y mejorar la calidad.

PALABRAS CLAVE: TCAE, CUIDADOS, FRACTURA CADERA, TRAUMATOLOGÍA.

LUXACIÓN DE HOMBRO: INTERVENCIÓN ENFERMERA

JAVIER ISERN FARGAS, ROCIO BARBEYTO SANCHEZ, MARIA NIEVES RAMIREZ ZARAGOZA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 23 años, trasladado por DCCU, tras traumatismo por caída mientras realizaba ciclismo. El paciente presenta múltiples erosiones y deformación de la articulación acromio-clavicular.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: NAMC. No antecedentes patológicos de interés. Presenta deformación de la articulación acromio clavicular izquierda, impotencia funcional del miembro superior izquierdo. Dolor grado 8 según escala numérica. Pulsos periféricos (radial y cubital) conservados. Se realiza Rx AP y L de MSI. Se canaliza vía venosa periférica en miembro superior derecho y se procede a administración de analgesia para proceder a maniobra de reducción y posterior control radiográfico.

JUICIO CLÍNICO: Luxación hombro izquierdo. **PLAN DE CUIDADOS:** Dolor relacionado con traumatismo de hombro. Riesgo de infección relacionado con dispositivo de acceso venoso. Riesgo de disminución del nivel de consciencia relacionado con administración de analgésicos/sedación. **OBJETIVOS:** Control del dolor. Ausencia de infección. Recuperación de independencia con respecto a las necesidades de movilización. **INTERVENCIONES** Administración de analgesia-sedación para reducción de luxación. Vigilar nivel de consciencia tras administración de analgesia. Sedación. Inmovilización del miembro superior izquierdo tras reducción con cabestrillo con antirotatorio. Vigilar aparición de signos de infección, extravasación o flebitis por dispositivo de acceso venoso periférico. Control de pulsos periféricos tras reducción de luxación.

CONCLUSIONES: El paciente es dado de alta del centro hospitalario tras reducción de luxación. Mantendrá el miembro inmovilizado hasta revisión en consultas externas de traumatología en 15 días.

PALABRAS CLAVE: LUXACIÓN, TRAUMATOLOGÍA, INMOVILIZACIÓN, ANALGESIA.

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

ELENA CALPE PUIG, JOAN BAÑUELOS PAGO, CRISTINA GARCIA RODRIGUEZ, ANA CASTILLO IBÁÑEZ, JENNIFER ORTEGA CONDES, LUCIA BELTRAN FOLCH

INTRODUCCIÓN: El TCEG se define como una alteración en la función cerebral originada por una fuerza externa, presentando alteración de la consciencia o amnesia, diagnóstico de fractura de cráneo o lesiones intracraneales y en los peores casos, la muerte. El daño neurológico secundario, es el que se produce en las horas siguientes y días después de la lesión primaria, siendo un aumento de la presión intracraneal (PIC), la principal causa de lesión secundaria. Por todo esto, es importante destacar el papel de enfermería que acompaña a estos pacientes durante todo el proceso, centrando sus cuidados en asegurar una buena perfusión cerebral, el control de la PIC, la presión arterial media (PAM) y la presión de perfusión cerebral (PPC), que resulta de restar la PAM de la PIC.

OBJETIVOS: Determinar las intervenciones enfermeras más adecuadas en el manejo del TCEG en la UCI.

METODOLOGÍA: He utilizado las bases de datos de Pubmed, Cuiden, Cochrane library y Cinahl complete.

RESULTADOS: Las intervenciones enfermeras más eficaces para controlar la PIC y asegurar una buena PPC son: Reposicionar al paciente en la cama, colocarlo alineado en cara, cuerpo y tronco, evitando la rotación y flexo extensión del cuello. Además de controlar los drenajes, la temperatura, ajustar la sedo analgesia y hacer una correcta valoración neurológica. También mantener las vías aéreas permeables y la adaptación del paciente al respirador; la monitorización invasiva de presiones y la administración de soluciones hiperosmolares como el manitol y el suero salino hipertónico.

CONCLUSIÓN: Enfermería tiene un papel clave en el cuidado de personas con TCEG, están las 24 horas del día con el paciente y su principal intervención es valorar de manera holística a la persona, se trata de un proceso continuo, y el pronóstico variará dependiendo de la fisiología del traumatismo y sobre todo, de los cuidados enfermeros junto con medicina, en la UCI.

PALABRAS CLAVE: TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL, CUIDADOS CRÍTICOS, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

DOLOR AGUDO EN LA FRACTURA DE PELVIS

GLORIA MARÍA RAMOS VENEGAS, JUANA MARIA GUERRERO ROJAS, MARÍA DEL CARMEN VALLE CRUZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 68 años trasladada por el 061, que tras caída accidental en su baño es trasladada al hospital de referencia, se le realiza radiografía, presenta fractura de pelvis. Se pasa a planta de traumatología para continuar con los cuidados. TA: 140/60. FC: 101pmm, T° 36, 1°C. SAT: 98%. La paciente refiere mucho dolor, y se muestra muy ansiosa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Procedemos a una valoración de la paciente según el modelo de las 14 Necesidades Básicas de V. Henderson, encontrándose afectadas las siguientes: Eliminación: determinar estreñimiento provocado por la inmovilidad o hábitos alimentarios. Movilidad/postura: alteración de la ambulación, marcha y mantenimiento de la posición corporal. Dormir/descansar: dificultad de conciliar el sueño. Vestirse/desvestirse: dificultad para preparar vestimenta y vestirse. Higiene/integridad piel y mucosas: incapacidad para realizar las actividades de baño higiene. Evitar peligros: determinar el grado del dolor.

JUICIO CLÍNICO: Dolor e inmovilidad producidos por la fractura de pelvis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dolor agudo r/c fractura de pelvis m/p la respuesta verbal del paciente.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: 1605 Control del dolor. Indicadores: 160502. Reconoce el comienzo del dolor. 210201 Dolor referido. NIC: 2210 Administración de analgésicos. 1400 Manejo del dolor. Actividades: Comprobar el historial de alergias a medicamentos. Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. Observar las claves no verbales de molestias. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.

CONCLUSIONES: La elaboración de un plan de cuidados estandarizados mejora la calidad asistencial y asegura la continuidad de los cuidados, disminuyendo el tiempo de actuación y aumentando la calidad del proceso enfermero. Así en la fractura de pelvis hay que actuar disminuyendo el dolor.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, DOLOR, PELVIS, MOVILIDAD.

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE FRACTURAS DE CADERA

MARIA TERESA ALVAREZ TESTON, INES RIOS ALVAREZ, MARIA CONCEPCION GUTIERREZ ALVAREZ, MARIA CRUZ GIL MACHADO, JOHANA MIRANDA MORAIS, ANA ISABEL FERNANDEZ MENENDEZ

INTRODUCCIÓN: Una de las patologías más habituales en la población de 60 años o más, es la fractura de cadera. La osteoporosis que afecta mayormente a las mujeres, hace que la incidencia de esta patología sea de 4/1 entre mujeres y hombres. Además conlleva un gran impacto económico, sanitario y social. La previsión para los años venideros será de aumento de esta patología ayudada por el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento poblacional, y la mayor posibilidad de aparición de enfermedades crónicas. Por ello es importante la prevención, papel en la que la Auxiliar de Enfermería se hace primordial. El hecho de que el 50% de los pacientes no recuperen su capacidad funcional previa, influye directamente en el aumento de la morbilidad. Además provoca un gran número de reingresos debido a sus pluripatologías, y se produce con frecuencia reagudizaciones de sus enfermedades.

OBJETIVOS: Corroborar un cuidado adecuado de los Auxiliares de Enfermería al paciente y la mejora de la prevención, disminuyen los reingresos. Analizar la bibliografía acerca del manejo de la tracción en fracturas de caderas y los cuidados necesarios para mejorar la calidad asistencial al paciente.

METODOLOGÍA: Realizar una meta-énfasis comparando los estudios más relevantes publicados en diferentes bases de datos de ciencias de la salud en los últimos años: pubmed, medline, scielo, google académico.

RESULTADOS: Protocolizar los cuidados para disminuir el número de complicaciones, aumentar la seguridad del paciente y garantizar una calidad asistencial.

CONCLUSIÓN: Es fundamental que el personal de Auxiliar de Enfermería comprenda y adquiriera los conocimientos necesarios para la realización temprana y eficaz de los cuidados, logrando un aumento sustancial de la calidad y la consiguiente satisfacción del usuario.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, CADERA, CUIDADOS, INMOVILIZACIÓN.

VENTAJAS DEL VENDAJE FUNCIONAL PARA EL ESGUINCE DE TOBILLO: VENDA

RICARDO OLIVERA VAZQUEZ, MARIA VIRGINIA DONOSO CUENCA, ANA ESTHER GARCIA MELGAR

INTRODUCCIÓN: El esguince de tobillo hace referencia a un desgarro de los ligamentos del tobillo. Generalmente se produce cuando dichos ligamentos sufren una elongación, causando una inflamación y dolor mayor en un principio, provocando impotencia funcional e incluso parálisis temporal. La utilización de los vendajes funcionales con vendas tipo tensoplast, han supuesto una mejora importante en la evolución de esta patología así como una disminución en los tiempos de recuperación. Como ventajas encontramos: movilización temprana del pie tras el esguince, evitar pérdidas de condiciones del tobillo y evitar el bloqueo articular.

OBJETIVOS: Conocer la fisiopatología del esguince. Identificar ventajas del uso de la venda tensoplast.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de diferentes bibliotecas virtuales como Cecova, Picuida y el buscador Google Académico.

RESULTADOS: La colocación de un vendaje funcional con venda tipo tensoplast, permite comenzar a caminar incluso desde el primer día, lo cual hace que el hematoma producido por el desgarro se reabsorba rápidamente y de forma completa, de tal manera que el dolor y la impotencia funcional durarán pocos días. Por otro lado, el ligamento cicatriza con ciertos estímulos por el movimiento consiguiendo una cicatriz más elástica. También cabe destacar que los bloqueos articulares que se producen tras esguince, van desapareciendo en los días posteriores a la colocación de la venda gracias a la movilidad.

CONCLUSIÓN: Las vendas tipo tensoplast en el esguince de tobillo reducen los tiempos de espera de recuperación. Favorecen la movilización temprana Evitan efectos secundarios como los bloqueos articulares Suponen una técnica fácil de manejar y poco costosa, con lo cual el costo-beneficio para el paciente es totalmente rentable.

PALABRAS CLAVE: VENDAJES, TENSOPLAST, ESGUINCE TOBILLO, URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS.

QUISTE POPLÍTEO O QUISTE DE BAKER

ANA JIMENEZ MOTA, JENNIFER BAREA MACHADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer con 38 años de edad que acude a su médico de cabecera porque le duele mucho la rodilla derecha, ha presentado fallos en dos ocasiones, y aumenta el dolor cuando se pone de cuclillas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Una vez que visita a su médico de cabecera, este le manda a hacerse la siguientes pruebas: Analíticas, Rx e IRM.

JUICIO CLÍNICO: La paciente tiene rotura de trazo inicialmente radial, sigue con trazo vertical y finalmente horizontal en el menisco externo que comunica con formación quística en la rodilla derecha. Pasa a ser ingresada en la planta de traumatología, es operada para quitar ese quiste. Una vez operada se queda ingresada 48 horas, se le da el alta. Una vez recuperada pasa a hacer rehabilitación para su completa recuperación. **CONCLUSIONES:** Cuando se note dolor en la rodilla, acuda a su médico, no es peligroso pero puede llegar a ser muy molesto. El quiste de Baker es una acumulación de líquido articular, y este se forma detrás de la rodilla, formando un quiste poplíteo, que llamamos “corva”. Las causas de estos quistes dependen de la edad del paciente. En los adultos mayores puede ser debido a la artrosis o artritis reumatoide. Y en los adultos jóvenes puede ser por lesión de ligamentos de la rodilla, rotura de menisco, desgaste del cartílago.

PALABRAS CLAVE: QUISTE POPLÍTEO, QUISTE DE BAKER, TCAE, TRAUMATOLOGÍA.

PACIENTE JOVEN CON INFLAMACIÓN DE MUÑECA Y MANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ROCÍO MOLINA QUESADA, NURIA TABASCO DE LA TORRE, LUCIA VIZCAINO CASTRO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer con 34 años de edad, trabajadora en fábrica de cárnicos, acude a consulta con antecedentes de tumefacción dolorosa en la muñeca y mano derecha, dos años de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente presenta tumefacción y dolor a la palpación volar de la muñeca y de la mano a la altura del primer y del quinto dedo derecho. Refiere dolor al estiramiento pasivo de los mismos dedos. Dificultad para la flexión activa del pulgar y del meñique. Se observan pocos signos de inflamación. La exploración neurológica normal y la basculación distal de los dedos conservada. RX simples de mano y muñeca: sin hallazgos significativos, analítica general normal. Prueba de Mantoux, dando negativo. Ecografía: dilatación de toda la vaina tendinosa flexora por derrame y engrosamiento. RM extensa y difusa.

JUICIO CLÍNICO: Después de la realización de pruebas y ante hallazgos de enfermedad granulomatosa, se decide programar la realización de una sinoviectomía biopsia a cielo abierto. La intervención se lleva a cabo mediante un abordaje volar de la muñeca ampliado atreves de la mano hasta el quinto dedo. Se abre el ligamento anular del carpo y se observa la presencia de una sinovial exuberante con un liquido sinovial espeso y amarillento en su interior que contenía múltiples granos en forma de “granos de arroz”. Quinto dedo esta igualmente afectada, extirpándose todo el tejido de granulación y se envía todo el material a Anatomía Patológica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Sin antecedentes personales de interés.

PLAN DE CUIDADOS: Se inicia antibioterapia tan pronto como se confirman los resultados serológicos. Diez días después férula de yeso, retirada del yeso e inicio de fisioterapia.

CONCLUSIONES: La brucelosis es una enfermedad animal, se puede transmitir entre humanos que trabajan en contacto con los animales infectados.

PALABRAS CLAVE: INFLAMACIÓN, MUÑECA, MANO, BRUCELOSIS.

RECONSTRUCCIÓN DE LESIÓN DESGUANTAMIENTO EN EL PRIMER DEDO

ROCÍO MOLINA QUESADA, NURIA TABASCO DE LA TORRE, LUCIA VIZCAINO CASTRO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 50 años acude a urgencias tras sufrir con una maquina el atrapamiento del primer dedo de la mano derecha, no refiere alergias, pero si hipertensión arterial.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente presenta desguantamiento cutáneo del primer dedo desde la articulación metacarpo falángica hasta el pulpejo, con exposición osteotendinosa. Se observa la completa avulsión de ambos paquetes neurovasculares. Movilidad limitada Se realiza prueba RX de la mano derecha; no evidencia de lesiones óseas agudas.

JUICIO CLÍNICO: El paciente presenta una lesión de tipo desguantamiento del primer dedo, con avulsión de los paquetes neurovasculares e integridad osteotendinosa, se procederá a cirugía e injerto de piel.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Se decide a realizar una primera cobertura cutánea con colgajo ilioaabdrominal siguiendo la técnica descrita por McGregor, aunque se plantea otra intervención para obtener mas sensibilidad en la zona.

PLAN DE CUIDADOS: A la llegada a urgencias se procese una cura con tules grasos, hasta que se interviene quirúrgicamente. Se inmoviliza el brazo con malla elástica de forma que permita cierta movilidad del hombro. Curas periódicas de la heridas y rehabilitación para la reeducación sensitiva.

CONCLUSIONES: Esta lesión consiste en la perdida completa de las coberturas cutánea y subcutánea de una localización anatómica. Es relativamente frecuente encontrar este tipo de lesiones en trabajadores manuales.

PALABRAS CLAVE: RECONSTRUCCION, LESION, DEDO, MAQUINARIA.

ESGUINCE DE LIGAMENTO LATERAL EXTERNO DE TOBILLO

ANA RODRÍGUEZ MUÑOZ, NATALIA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, BELÉN MUÑOZ OVEJERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Atletas de alto rendimiento de 23 años que acude al servicio de urgencias por accidente deportivo. Refiere que al saltar, sintió un leve mareo y al caer, pisa a una compañera. Se encontró desorientada unos segundos y experimentó un gran dolor en el tobillo izquierdo que imposibilita la marcha. Refiere descansar poco a causa del ritmo de entrenamientos y no haber ingerido ningún alimento desde el desayuno.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: Consciente, orientada, colaboradora. Bien nutrida e hidratada. Buena coloración de piel y mucosas. No exantemas ni Petequias. No RAMS. Inflamación y dolor a nivel del maleolo peroneo y del LLE del tobillo izquierdo. Pruebas complementarias: EKG: bradicardia sinusal. Analítica completa sin hallazgos de interés. RX del tobillo que no revela lesiones óseas.

JUICIO CLÍNICO: Esguince de LLE de tobillo izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tendinitis, inflamación de la articulación, rotura o fisura ósea.

PLAN DE CUIDADOS: 00146 Ansiedad r/c dolor, nerviosismo; m/p cambios en el estado de salud, expresiones verbales de ansiedad. NOC: 1205 Autoestima. 1211 Nivel de ansiedad. 1212 Nivel de estrés. 1302 Afrontamiento de problemas. 1402 Autocontrol de la Ansiedad. NIC: 5230 Aumentar el afrontamiento. 5360 Terapia de entretenimiento. 5820 Disminución de la ansiedad. 5880 Técnica de relajación. 6040 Terapia de relajación simple.

CONCLUSIONES: Se coloca vendaje inmovilizador y se recomienda uso de muletas. Se pauta Ibuprofeno de 600 mg cada 8 horas. Se aconseja hielo local y tener el pie en alto siempre que sea posible. También se aconseja a la paciente dormir 8 horas diarias para garantizar un buen rendimiento deportivo y se le explica la importancia de una buena alimentación. Revisión en diez días por médico de la federación deportiva.

PALABRAS CLAVE: ESGUINCE, LIGAMENTO, INFLAMACIÓN, TOBILLO.

COJERA EN NIÑO DE 2 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

ROCÍO MOLINA QUESADA, NURIA TABASCO DE LA TORRE, LUCIA VIZCAINO CASTRO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Niño de 2 años de edad que es traído al servicio de urgencias, por presentar cojera del miembro inferior derecho de diez días de evolución, sin referir un antecedente traumático previo. No presenta antecedentes de interés, de enfermedades, alergias ni intervenciones.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración el paciente presenta una marcha de trendelenburg, sin dolor a la movilización activa ni pasiva de los miembros inferiores a la de ambulación ni a la carrera. Se evidencia una marcada limitación de la abducción y ante versión femoral, con una leve disimetría de los miembros inferiores. RX antero posterior de la pelvis: se evidencia que la fisis de la cadera derecha se encuentra verticalizada y acortamiento del cuello femoral y en la cadera contra lateral no se observan alteraciones evidentes

JUICIO CLÍNICO: Después de las pruebas pertinentes el paciente presenta una deformidad infrecuentemente del cuello femoral (la cosa vara congénita), se caracteriza por un defecto radiológico y anatomopatológico. La lesión debe ser sospechada en cualquier niño que nazca con una disimetría o cojera al iniciar la marcha **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El paciente no presenta antecedentes anteriores de interés.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente sigue con control en consultas externas, cuando cumple los tres años de edad se programa para cirugía y se inmoviliza durante dos meses con yeso pelvipédico, tras el periodo de inmovilización se procede la de ambulación con carga progresiva. Se sigue control de evolución.

CONCLUSIONES: La coxa vara congénita es una patología infrecuente pero de importancia, ya que, en función de su gravedad, precisara tratamiento quirúrgico para evitar el desarrollo de coxartrosis o fractura de estrés en el adulto joven.

PALABRAS CLAVE: COJERA, NIÑO, CONGENITA, FEMUR.

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE FRACTURA, LOS FACTORES DE RIESGO Y EL FALLECIMIENTO DE PACIENTES CON FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS DE CADERA

MARIA DOLORES MARTINEZ TRINIDAD, MARIA JULIA HERNANDEZ VIDAL, MARIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, JOSEFA CANOVAS URREA, ANA ELISABET LOPEZ LOPEZ, ANA BELÉN GARCIA NICOLÁS, PEDRO JOSE MORENO FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: La fractura de cadera es una patología muy frecuente en una población pluripatológica y mayor de 65 años y conlleva una morbimortalidad elevada.

OBJETIVOS: Determinar los factores de riesgo y el pronóstico asociados a los distintos tipos de fractura de cadera.

METODOLOGÍA: Estudiamos de relaciones entre edad, sexo, tratamiento osteoporótico y corticoideo prefractura y el tipo de fractura y la relación entre tipo de fractura y fallecimiento, en fracturas de cadera atendidas en un hospital durante 2 años. Los datos son obtenidos de las historias clínicas y sistematizados mediante el programa SPSS.

RESULTADOS: La edad medias de las fracturas pertrocantéreas fue de 82+/- 8,97 años; 78,7+/-10,3 años en las subcapitales y 80,9+/-9,5 en las subtrocantéreas ($p<0,002$). A pesar del predominio femenino entre estos pacientes; el 59,6%, 36,8% y 1,3%, de pertrocantéreas, subcapitales, y subtrocantéreas, respectivamente, son comparables con los obtenidos para los varones, 54,9, 44% y 3,7%. De los tratados con corticoides el 69,2% presentó fractura pertrocantérea y el 30,8% subcapital; 58% y 38,9% de los pacientes sin corticoterapia previa. No hubieron casos de subtrocantéreas con corticoterapia. El 58,4% de los que presentaban tratamiento osteoporótico sufrieron fracturas pertrocantéreas, 38,6% de subcapitales y un 3% de subtrocantéreas. De los fallecidos por esta causa el 72,3% correspondían a fracturas pertrocantéreas frente a un 26,8% de subcapitales ($p<0,001$).

CONCLUSIÓN: De nuestros pacientes con fractura podemos afirmar que las pertrocantéreas acontecen en pacientes más jóvenes y presentan mayor mortalidad. No existen, diferencias entre el sexo y el tipo de fractura, ni relación entre el consumo de corticoides ni tratamiento de osteoporosis previo al traumatismo con el tipo de fractura.

PALABRAS CLAVE: FRACTURAS CADERA, TIPOS, FACTORES DE RIESGO, FALLECIMIENTO.

COMPLICACIONES DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA Y ANTICOAGULACIÓN

MARIA DOLORES MARTINEZ TRINIDAD, MARIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, MARIA JULIA HERNANDEZ VIDAL, PEDRO JOSE MORENO FERNANDEZ, ANA ELISABET LOPEZ LOPEZ, ANA BELÉN GARCIA NICOLÁS

INTRODUCCIÓN: La fractura de cadera (FC), entre todas las osteoporóticas, es un problema de importancia asistencial, económico, social y sanitario. Además, es causa de una morbimortalidad elevada, debido a la pluripatología de los pacientes.

OBJETIVOS: Analizar las complicaciones ocurridas en pacientes con FC anticoagulados.

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo de 363 pacientes ingresados por FC en un período de 2 años. Analizamos los pacientes anticoagulados y estudiamos sus complicaciones con respecto a los no anticoagulados. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica y sistematizados mediante el programa SPSS.

RESULTADOS: De nuestros pacientes un 16% permanecían anticoagulados al ingreso, principalmente por fibrilación auricular. Un 7% presentaban tratamiento antiagregante. De las 18 infecciones de herida quirúrgica ocurridas durante el primer mes sólo un 3,5% tenían lugar en pacientes anticoagulados, infectándose en los no anticoagulados un 5%. Durante el primer año sólo 1 paciente anticoagulado, de un total de 5, presentó infección. Los pacientes anticoagulados precisaron transfusión en un 31% de las ocasiones mientras que los no anticoagulados lo hicieron en un 24,4%. La terapia con hierro intravenoso en pacientes anticoagulados fue precisa en un 30,5% de los casos frente a 23,7% de los no anticoagulados. Los anticoagulados presentan tasas de éxitos similares a los no anticoagulados (30-32%). Los pacientes con anticoagulación presentaron 3 días más de estancia media hospitalaria con respecto al resto.

CONCLUSIÓN: Un 16% del total de los ingresos por fractura de cadera permanecen anticoagulados. No existe evidencia que los pacientes anticoagulados presenten mayores tasas de infección de la herida quirúrgica a corto ni largo plazo, mayor necesidad de transfusión o terapia con hierro, ni mayores cifras de éxitos en comparación con los no anticoagulados. Sí que presentan una estancia media hospitalaria mayor sin que sea estadísticamente significativa.

PALABRAS CLAVE: ANTICOAGULACIÓN, FRACTURAS CADERA, OSTEOPORÓTICAS, RELACIÓN.

ROTURA EN ASA DE CUBO DE MENISCO EXTERNO

MARIA BENVENUTY ALONSO, ALBA BUSTAMANTE HERNANDEZ, ANTONIA GARCÍA ROPERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 27 años que acude a urgencias con dolor e impotencia funcional en rodilla derecha tras giro brusco jugando al fútbol. Refiere no poder estirar la rodilla.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Derrame articular, dolor en interlinea externa, cajón anterior positivo, crepitación, flexo de 20 grados irreductible, rodilla estable al forzar varo-valgo. RMN: Derrame en fosa suprapatelar, lesión contralor en condilo femoral externo y rotura en asa de cubo de menisco externo. LCA conserva su longitud y espesor.

JUICIO CLÍNICO: Rotura en asa de cubo de menisco externo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Rotura en asa de cubo de menisco externo Cuerpo libre intraarticular Rotura ligamento cruzado anterior con lesión en cóclope.

PLAN DE CUIDADOS: Se recomienda mediante artroscopia una sutura meniscal o si no es posible se realiza una meniscectomía parcial .

CONCLUSIONES: El bloqueo articular es un motivo de consulta en urgencias frecuente en pacientes deportistas que sufren una rotura meniscal o lesión condral tras saltos o giros bruscos.

PALABRAS CLAVE: RODILLA, DERRAME, DOLOR, IMPOTENCIA FUNCIONAL.

ROTURA TRAUMÁTICA MANGUITO DE LOS RODADORES

MARIA BENVENUTY ALONSO, ALBA BUSTAMANTE HERNANDEZ, ANTONIA GARCÍA ROPERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 55 años que sufre caída accidental acudiendo a urgencias por dolor e impotencia funcional en hombro derecho. Refiere caída sobre hombro con traumatismo directo. No puede levantar el brazo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física del hombro es especialmente relevante en la patología de partes blandas. Una correcta exploración puede evitar la realización de pruebas costosa. Con la exploración podemos comprobar si hay compromiso subacromial y rotura del supraespinoso por dolor y debilidad. También se pueden utilizar métodos por imagen como la ecografía, radiografía, o una resonancia magnética en la que se aprecia la rotura fácilmente y el alcance de la lesión.

JUICIO CLÍNICO: Rotura traumática manguito de los rodadores. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura húmero proximal. Luxación glenohumeral. Luxación Fractura de clavícula. Lesión tendones manguito rotador.

PLAN DE CUIDADOS: Dada la edad del paciente se recomienda tratamiento quirúrgico mediante artroscopia y sutura del supraespinoso y posterior rehabilitación.

CONCLUSIONES: Las lesiones del manguito rotador son muy prevalentes en la población por encima de los 50 años, pudiendo ser degenerativas o traumáticas. Generan gran incapacidad funcional y es la segunda causa de absentismo laboral en Traumatología tras la lumbalgia.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, HEMATOMA, DERRAME ARTICULAR, INFLAMACIÓN.

INSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA EN LA PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

SEBASTIÁN PÉREZ OLIVO, MARIA DEL CARMEN TORREJON DELGADO, PATRICIA RUIZ GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: El personal de enfermería de quirófano posee una amplia noción a la hora de instrumentar intervenciones quirúrgicas, en la mayoría de los casos, por el bagaje, la experiencia y los conocimientos previamente adquiridos. Pero, ¿qué ocurre ante técnicas nuevas? ¿Cómo afrontar la complejidad de una intervención como la prótesis total de rodilla y sus pasos en el montaje de cortes de tibia y fémur, mediciones, y piezas de muestra y definitivas? La falta de conocimiento y dominio puede llevar al incremento del tiempo operatorio, ansiedad del equipo quirúrgico, errores, falta de confianza, etc.

OBJETIVOS: Determinar los procesos de instrucción quirúrgica en la prótesis total de rodilla.

METODOLOGÍA: Taller práctico con miembro inferior sintético para visualizar la intervención quirúrgica completa. Manipular el contenido de las cajas de instrumental, practicando el ensamblaje de piezas hasta mecanizar los movimientos. Dotación de la guía de prótesis total de rodilla, con los distintos estadios de la operación, así como las instrucciones de ensamblaje previas. Visualización, in situ, de una intervención real previa a la instrumentación.

RESULTADOS: La integración de los conocimientos necesarios previos a dicha intervención quirúrgica, así como la práctica simulada, convierte al enfermero/a instrumentista en alguien capacitado para afrontar con garantías el protocolo quirúrgico del sistema de rodilla, reduciendo el estrés, y evitando que un enfermero - independientemente del grado de experiencia- poco cualificado en la nueva técnica, tenga que afrontar una situación complicada que afecte tanto al paciente como al resto del equipo quirúrgico.

CONCLUSIÓN: Es vital que en procedimientos tan sofisticados de carácter quirúrgico, el/la enfermero/a de quirófano, adquiera teoría y práctica acerca de los mismos, previa instrumentación.

PALABRAS CLAVE: DOTACIÓN, TALLER PRÁCTICO, INSTRUMENTISTA, PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA.

PACIENTE CON MOVILIDAD FÍSICA REDUCIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARÍA NIEVES RODRÍGUEZ DÍAZ, PABLO MARTÍNEZ LÓPEZ, CRISTINA ALONSO OLIVARES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 59 años que sufre una caída en un emplazamiento público. Traslada en ambulancia al Servicio de Urgencias debido a la imposibilidad de moverse del suelo por sí misma. Tras el diagnóstico radiológico, el traumatólogo considera que tiene una fractura rotuliana en la pierna derecha y que debe ser intervenida quirúrgicamente de urgencia. Motivo del ingreso: fractura rotuliana pierna derecha Tipo de ingreso: urgente Fuente de datos: el paciente Cuidador principal: esposo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Extracción de sangre, electrocardiografía, pruebas radiológicas en pierna derecha, toma de constantes vitales. PA: 148/89. MmHg; F. C. : 89; Sat:97% en O₂ al 21%. T^o: 36.8°C. Glicemia: 78 mg/dl. Lectura del ECG: ritmo sinusal a 89 PPM.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Fractura de rótula.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente presenta el diagnóstico Pre-quirúrgico: Ansiedad r/c intervención quirúrgica m/p expresión de preocupación, temor, palpitaciones. Nivel de ansiedad con unos indicadores: Impaciencia, inquietud. Ansiedad verbalizada: Intervenciones que realizamos con disminución de la ansiedad. Tras la intervención identificamos otro diagnóstico: Dolor agudo r/c intervención quirúrgica pierna derecha m/p informe verbal de dolor, y gestos de protección. Control del dolor: Indicadores reconoce el comienzo del dolor. Utiliza medida de alivio no analgésicas. Refiere dolor no controlado, administración de analgésicos. Diagnóstico postquirúrgico, riesgo de infección r/c intervención quirúrgica con control de infecciones.

CONCLUSIONES: La paciente se va de alta sin haber resuelto los diagnósticos que presenta después de la cirugía. La paciente se siente satisfecha con la intervención quirúrgica. Sigue con ansiedad debido a la inmovilización y riesgo de infección, el dolor no está aún controlado antes del alta. Las recomendaciones de enfermería al alta, es acudir diariamente a su centro de salud para realizar curas, cambio de apósito si está húmedo o tras higiene personal, controlar la temperatura durante una semana por la mañana.

PALABRAS CLAVE: MOVILIDAD REDUCIDA, DOLOR, ANSIEDAD, FRACTURA DE RÓTULA.

PACIENTE CON HERIDA INCISA: A PROPÓSITO DE UN CASO

YOLANDA QUINTANA DOMINGUEZ, MARIA INMACULADA VAZQUEZ MARQUEZ, CRISTINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 69 años que acude a su centro de salud para la realización de la cura de una herida, producida por una caída en la calle a causa de la inestabilidad del terreno. La herida se suturó con puntos internos y externos, la cual presenta buen aspecto.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Realizamos el test de Pfeiffer con una puntuación de 10 y el Test Barthel con puntuación 100; por lo que el paciente no tiene ningún deterioro cognitivo e independencia total.

JUICIO CLÍNICO: Herida incisa contusa en zona II flexora de mano izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Herida incisa contusa en zona II flexora de mano izquierda.

CONCLUSIONES: Tras hablar con el paciente comenta que acude todos los días a su huerto y que tiene ciertas dudas sobre cómo actuar por la herida, aunque está convencido de que sanará pronto. Detectamos una complicación potencial que es riesgo de infección de la herida; también encontramos el diagnóstico de incumplimiento relacionado con las creencias sobre la salud manifestada por la conducta indicativa de incumplimiento. Ya que el paciente está confiado en que la herida sanará pronto sigue acudiendo a su huerto, por lo que ésta puede infectarse o incluso abrirse la sutura si realiza las tareas que antes realizaba. Le explicamos cómo evitar la infección de la herida y a identificar los riesgos; y sobre todo a que busque ayuda para realizar ciertas tareas para evitar cualquier complicación.

PALABRAS CLAVE: HERIDA, INFECCIÓN, INCUMPLIMIENTO, SUTURA.

EL DRENAJE AUTOTRANSFUSOR EN LAS CIRUGÍAS DE RODILLAS

MARIA DE LOS ANGELES ROSA RODRIGUEZ, VANESA HIDALGO GIRELA, MAGDALENA LEIVA ROBLES

INTRODUCCIÓN: Los drenajes de autotransfusión son sistemas que sirven para recuperar la sangre que se ha perdido durante el procedimiento quirúrgico y se utiliza principalmente en cirugías de prótesis de rodillas y caderas. Es fácil de manejar y el circuito por el cual se transfunde la sangre es cerrado y estéril, por lo que los riesgos de contaminación e infección son muy reducidos.

OBJETIVOS: Analizar el número de transfusiones por pacientes estudiando si el drenaje autotransfusor es eficaz o no y reducir los costes económicos.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando bases de datos como Google Académico o PubMed. Hemos restringido el idioma al castellano y hemos usado palabras clave como drenaje recuperador, cirugía de prótesis de rodilla o sistema de autotransfusión.

RESULTADOS: Se ha comprobado que con esta técnica no se produce una caída de la hemoglobina como consecuencia de la intervención quirúrgica y por lo tanto se reduce el número de transfusiones.

CONCLUSIÓN: En España, hoy en día se intenta cada vez más que la pérdida de sangre intraoperatoria sea menor, utilizando métodos como acortar el tiempo quirúrgico o una correcta hemostasia. Todo esto no impide el sangrado postoperatorio, es por ello por lo que se utiliza el drenaje de recuperación sanguínea, reduciendo así las necesidades de transfusión. Aunque la sangre recuperada es una sangre de alta calidad, existen algunos riesgos de infecciones postquirúrgicas.

PALABRAS CLAVE: AUTOTRANSFUSIÓN, TRANSFUSIONES, DRENAJES, CIRUGÍA RODILLAS.

CASO CLÍNICO: TRAUMATISMO FACIAL EN PACIENTE ANTICOAGULADA

CARMEN RANEA TORREGROSA, CARMEN MARIA SANCHEZ PEREZ, SILVIA MANCEBO TORRES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 83 años con antecedentes HTA, DLP, osteoporosis, cardiopatía hipertensiva hipertrófica, insuficiencia mitral, síndrome depresivo, artrosis, anemia, FA, anticoagulación con apixaban. Remite de DCCU, mientras estaba en su silla de ruedas queda dormida y cae hacia delante sufriendo traumatismo facial. No pérdida de conocimiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada y colaboradora. Exploración neurológica con Glasgow 15, no focalidad. Gran hematoma pirámide nasal y órbitas con epistaxis y sagrado activo por boca. Corazón rítmico, soplo sistólico en ápex. EKG ritmo sinusal a 65lpm. Analítica de sangre: hb 9,5, hto 31, vcm 97, leucos normales, coagulación INR 1,28, bioquímica gluc 113, creat 1,78, filt glom 28, Na 136, K 4.7. Tac de cráneo y cara con fractura de huesos propios y de fosas nasales.

JUICIO CLÍNICO: Traumatismo facial, fractura nasal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** No procede ya que se diagnostica y trata de manera urgente con taponamiento nasal bilateral.

PLAN DE CUIDADOS: Plan de cuidados: -NANDA: Riesgo de caída relacionado con alteración del equilibrio, deterioro de la movilidad física. -NOC: Equilibrio: equilibrio en sedestación -NOC: Conocimiento prevención de caídas: descripción del uso correcto de dispositivos de ayuda NIC: Ayuda al autocuidado.

CONCLUSIONES: Paciente recibe el alta hospitalaria con antibioterapia, retirar taponamiento en dos días, suspensión de anticoagulación oral hasta nuevo aviso por parte de su médico.

PALABRAS CLAVE: URGENCIAS, TRAUMATISMO, FACIAL, ANTICOAGULADO, SALUD.

LUXACIÓN DE LAS ARTICULACIONES IFP ASOCIADO A FRACTURA DIAFISARIA OBLICUA EN METACARPIANO

ANA MARÍA ALBALADEJO RUBIO, AMPARO SÁNCHEZ ROMERO, MARÍA KORINA MAGDALENA BETHENCOURT, LORENA RODRÍGUEZ QUIJANO, PALOMA INMACULADA SORIA CANDELA, MARÍA INÉS VILANOVA BARCELÓ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente hombre de 25 años que acude a urgencias por dolor en mano izquierda, tras caída de altura apoyando la mano, mientras realizaba ejercicios en barra de altura (pruebas de preparación para el ingreso en la Policía Nacional).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: EF: Deformidad de los dedos 3º-4º de la mano izquierda a nivel de las articulaciones interfalángicas proximales, dolor severo e impotencia funcional de la mano izquierda. Rx de la mano izquierda en proyecciones AP y L. : Muestra luxación de las articulaciones IFP del 3º-4º dedos de la mano izquierda, asociado a una fractura diafisaria oblicua y con 3º fragmento del 3º metacarpiano.

JUICIO CLÍNICO: Luxación de las articulaciones IFP del 3º y 4º dedos de la mano izquierda, asociado a una fractura diafisaria oblicua y con 3º fragmento del 3º metacarpiano. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Esguinces. Fracturas. Roturas fibrilares. Roturas tendinosas.

PLAN DE CUIDADOS: Reducción y férula dorsal de yeso, asociando sindactilia del 3º y 4º dedos. Intervención quirúrgica diferida de la fractura del 3º metacarpiano.

CONCLUSIONES: Las luxaciones de los dedos es una patología traumática frecuente en la puerta de urgencia de los hospitales, y debe ser conocido su tratamiento urgente, para evitar las complicaciones posteriores en caso de tratamiento inadecuado. La importancia del tema radica en reducir de forma urgente las luxaciones de las articulaciones interfalángicas de los dedos, y permitir la movilización precoz, protegida con una sindactilia, porque la inmovilización rígida con férulas de yeso, desarrollan un cuadro de rigidez de dichas articulaciones por retracción de los ligamentos colaterales de dichas articulaciones y acortamiento de la placa palmar, difícil de solucionar tras la retirada de la inmovilización. En los casos que existan fracturas asociadas del esqueleto de la mano, estas deben tratarse mediante reducción abierta y osteosíntesis interna estable, para permitir el principio básico de movilización precoz.

PALABRAS CLAVE: LUXACIÓN, FRACTURA, IFP, METACARPIANO, MANO.

BLOQUEO EPIDURAL EN EL CONTROL DEL DOLOR

SERGIO FRANCISCO RODRÍGUEZ PEREZ, MARIA DEL CARMEN ROSA GARCIA, JESÚS MARTÍN HUMANES

INTRODUCCIÓN: El bloqueo epidural constituye en la actualidad una de las técnicas de analgesia regional que se utiliza con más frecuencia para el control del dolor durante intervenciones quirúrgicas, así como también para el tratamiento del dolor post-operatorio y crónico.

OBJETIVOS: Determinar la eficacia de la analgesia postoperatoria con el catéter epidural frente a la analgesia intravenosa con AINES y opiáceos.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo. Para ello se seleccionan pacientes intervenidos de cirugía traumatológica (prótesis de cadera y rodilla) con analgesia posquirúrgica epidural, portadores de un catéter epidural con una bomba de Ropivacaína, intervenidos en el Hospital Comarcal de Melilla durante el 2017.

RESULTADOS: Tras el seguimiento del postoperatorio inmediato (primeras 5 horas), en la Unidad de Reanimación, se observa que los pacientes con analgesia epidural, además de mejor calidad de la analgesia, presentan una movilización precoz y temprana, disminuyendo los efectos adversos de los analgésicos endovenosos tales como déficit neurológico, problemas gastrointestinales, efectos adversos respiratorios.

CONCLUSIÓN: El catéter epidural permite una analgesia selectiva, precisando dosis inferiores que las administradas por otras vías, reduciendo los efectos secundarios que aparecen con los analgésicos endovenosos y la estancia hospitalaria.

PALABRAS CLAVE: BLOQUEO EPIDURAL, DOLOR, ANALGESIA, ROPIVACAÍNA.

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA FIBROMIALGIA

ANA BELEN MARTINEZ RODRIGUEZ, MARÍA ROSA CAMACHO ABOLAFIO, VANESA CAMACHO ABOLAFIO

INTRODUCCIÓN: La fibromialgia es una alteración crónica que se caracteriza por el dolor a la presión y palpación en localizaciones del cuerpo definidas. Este tipo de dolor es músculo-esquelético crónico y afecta a zonas tendinosas, músculos y articulares. Además también puede ir asociados la cefalea, alteraciones del sueño, tumefacción, parestesia y trastornos psicológicos como ansiedad y depresión, etc.

OBJETIVOS: Identificar las principales afectaciones que presentan los pacientes con fibromialgia y determinar la importancia de un diagnóstico precoz

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos en ciencias de la salud, haciendo uso de nuestras palabras claves. Tanto PubMed, Medline, y Cochrane library, utilizando combinaciones de los buscadores booleanos. En la revisión se han observado 20 artículos, de los cuales has seleccionado 4, incluyendo 2005 - 2016 y excluyendo todos los anteriores.

RESULTADOS: Se piensa que la etiología de la fibromialgia puede tener un condicionante genético, también se cree que puede ser debido a cambios en los neurotransmisores ya que la serotonina es un importante modulador del sueño, de dolor y de humor. Es característico que los pacientes con fibromialgia presenten mala tolerancia al esfuerzo muscular, dolores articulares, cansancio que aparece en la mañana y que va mejorando a lo largo del día, alteraciones del sueño (siendo superficial, no reparador y de corta duración), colon irritable, ansiedad, depresión y cefalea. Además estos síntomas empeoran en situaciones de estrés, etc.

CONCLUSIÓN: Es de suma importancia que los profesionales de enfermería de atención primaria conozcan los rasgos de esta enfermedad ya que es una de las enfermedades en la que los pacientes se encuentran incomprendidos debido al desconocimiento de ella y de las pocas pruebas que su diagnóstico. En muchos casos los profesionales confunden los síntomas de la fibromialgia con trastornos emocionales del propio paciente y no consideran que sea una causa fisiológica, etc.

PALABRAS CLAVE: FIBROMIALGIA, DOLOR, REUMATOLOGÍA, ENFERMERÍA EN SALUD COMUNITARIA.

EL SÍNDROME DE IMPLANTACIÓN ÓSEA EN ARTROPLASTIA DE CADERA

ANA BELEN MARTINEZ RODRIGUEZ, MARÍA ROSA CAMACHO ABOLAFIO, VANESA CAMACHO ABOLAFIO

INTRODUCCIÓN: La artroplastia total de cadera es una de las intervenciones más frecuentes en los quirófanos de traumatología. Las prótesis que se utilizan para este tipo de intervención pueden ser cementadas, no cementadas o híbridas, el empleo de éstas dependerá de la edad y las características del paciente. A pesar de los riesgos generales, lesiones vasculares o nerviosas, trombosis e infección, esta intervención presenta otros riesgos específicos como puede ser la aparición del colapso cardiopulmonar, producido durante la implantación de la prótesis, lo que se denomina síndrome de implantación de cemento óseo.

OBJETIVOS: Identificar los signos del síndrome de implantación de cemento y el plan de actuación.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos en ciencias de la salud, haciendo uso de nuestras palabras claves. Tanto PubMed, Medline, y Cochrane library, utilizando combinaciones de los buscadores booleanos. En la revisión se han observado 20 artículos, de los cuales has seleccionado 4, incluyendo 2005 - 2016 y excluyendo todos los anteriores.

RESULTADOS: El uso del cemento óseo quirúrgico puede conllevar a una serie de efectos, los cuáles han sido ampliamente estudiados. Entre ellos se incluyen la disminución del gasto cardíaco, el aumento de la presión arterial pulmonar, presencia de hipotensión sistémica y arritmias. Cuando se produce un colapso cardiovascular irreversible, podemos clasificarlo dependiendo la severidad del paciente en: Grado 1: Hipoxia moderada, SpO₂: <94% o hipotensión, caída PAS: >20%. Grado 2: Hipoxia severa, SpO₂: <88% o hipotensión, caída PAS: >40% o pérdida del conocimiento. Grado 3: Colapso cardiovascular que requiere resucitación cardiovascular. Nuestro plan de actuación será: Apoyo del sistema cardiovascular administrando O₂:100 %, y manteniendo el volumen sanguíneo ... ETC.

CONCLUSIÓN: La coordinación entre el enfermero anestesista y el médico anestesista es muy importante a la hora de actuar frente a un riesgo como el que se ha descrito...

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, QUIRÓFANO, ARTROPLASTIA, REEMPLAZO DE CADERA, TRAUMATOLOGÍA, PARO CARDÍACO.

CUIDADOS AL ALTA TRAS UNA PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

ANDRES GONZALEZ URIA, DOLORES ALTAVA BLANCO, MARIA REYES MORTERA PALMEIRO, MARIA DEL CARMEN IGLESIAS FARIZA, MARIA PILAR GARCIA ANDRES, ROSA MARIA RODRIGUEZ FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: Un paciente, tras una prótesis total cadera (artroplastia de cadera) debe tener algunos cuidados en su vida diaria. La prótesis total de cadera puede ponerse por artrosis (desgaste) o por fractura de cadera. Las prótesis constan de varios elementos: parte femoral (vástago), cabeza y cotilo.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados que se deben establecer en el alta del paciente con artroplastia de cadera.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de artículos científicos y bibliográficos. Utilizando los descriptores artroplastia de cadera, infección, luxación y prótesis total de cadera.

RESULTADOS: Después de una artroplastia de cadera se deberá tener cuidado con la forma de mover la cadera, sobre todo durante los primeros días post intervención. Con el tiempo deberán volver a su nivel de actividad, pero incluso cuando haga actividades de la vida normal, deberá moverse cuidadosamente para prevenir la dislocación de la cadera. Se deberá evitar complicaciones principales que son: La luxación y la infección. Las luxaciones las evitaremos: Evitar sentarse en sillas bajas que obliguen a flexionar la cadera mas de 90° y sentarse siempre con las rodillas mas bajas que la cadera o a la misma altura. Evitar abducir o aproximar la pierna operada y rotar la cadera hacia adentro. En domicilio: poner zapatillas cerradas que sujeten el pie. Si se tienen escaleras usar barandilla, vigilar el peso y no cruzar las piernas. No inclinar ni girar excesivamente la cadera operada. Dar consejos adecuados al alta para vestirse, dormir, uso de retrete y montar en coche, evitar focos infecciosos y realizar ejercicios para fortalecer la cadera (al tercer día).

CONCLUSIÓN: Una buena guía y una buena educación sanitaria evitará una posible luxación de cadera y riesgo de infecciones y posibilitará el autocuidado del paciente en su domicilio fomentando su independencia, su autonomía y disminuyendo la ansiedad generada a él y a su familia, creándose un vinculo de confianza entre el paciente y el personal sanitario.

PALABRAS CLAVE: ARTROPLASTIA DE CADERA, INFECCIÓN, LUXACIÓN, PRÓTESIS TOTAL DE CADERA.

DOLOR A LA PALPACIÓN EN ARTICULACIÓN TRAPECIO-METACARPIANA

MARIA BENVENUTY ALONSO, ALBA BUSTAMANTE HERNANDEZ, ANTONIA GARCÍA ROPERO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 58 años que acude a consulta de Traumatología por dolor en primer dedo de la mano derecha y varios episodios de bloqueo articular. Costurera de profesión, refiere dolor de dos años de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Dolor a la palpación en articulación trapezio-metacarpiana. Bloqueo en flexión tras varias repeticiones. Pérdida de fuerza en pinza. Rx simple Ap y Oblicua de mano: se aprecia artrosis en trapezio-metacarpiana con osteofito lateral, pinzamiento articular y subluxación.

JUICIO CLÍNICO: Rizartrrosis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Artrosis de articulación trapezio-metacarpiana Rotura ligamento colateral mediano del pulgar. Lesión del guardabosques. Dedo en resorte..

PLAN DE CUIDADOS: Se recomienda reposo con tratamiento analgésico y antiinflamatorio. A veces necesitan infiltración. Y en algunos casos rehabilitación.

CONCLUSIONES: La artrosis de la articulación t-m es frecuente en pacientes que realizan trabajo manual con maniobras de repetición como costureras, hilanderas, chapistas y mecánicos.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, BLOQUEO, DEDO, ARTICULACIÓN.

SUPLEMENTACIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN OSTEOARTROSIS DE RODILLA; UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

ABRAHÁN JOFRÉ PERALTA, FERMIN AVILA CABRERA, MARIA AZNAR GARCIA

INTRODUCCIÓN: El tratamiento de la osteoartritis de rodilla consiste en medidas no farmacológicas, farmacológicas y quirúrgicas dirigidas a aliviar el dolor, mejorar la función articular y modificar los factores de riesgo para la progresión de la enfermedad. Existe controversia con los tratamientos empleados en esta enfermedad. El ácido hialurónico intraarticular es uno de los tratamientos más empleados y su eficacia es de dudosa evidencia científica además de tener un precio elevado.

OBJETIVOS: Determinar en bases de datos científicas la reducción del dolor con ácido hialurónico intraarticular en la osteoartritis de rodilla y efectos adversos.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed y Trip Database con los descriptores “osteoarthritis”, “hyaluronic acid”, “intraarticular”, “efficacy” y “knee”. Se seleccionaron aquellos estudios en adultos aleatorizados que evaluaron reducción del dolor en pacientes sin suplementación de ácido hialurónico y en pacientes que recibieron ácido hialurónico intraarticular.

RESULTADOS: Se analizaron 42 estudios y se seleccionaron 18 estudios que cumplieron los criterios de inclusión. Hubo un total de 5094 pacientes mostraron un efecto clínico de -0,11 (IC: -0,18 a -0,04). La administración de ácido hialurónico presentó un riesgo de eventos adversos graves (riesgo relativo, 1,41 [IC: 1,02 a 1,97]).

CONCLUSIÓN: La suplementación con ácido hialurónico aumenta el riesgo de padecer efectos adversos graves. La viscosuplementación supuso un pequeño beneficio que se considera irrelevante.

PALABRAS CLAVE: OSTEOARTROSIS, ÁCIDO HIALURÓNICO, EFICACIA, INTRAARTICULAR.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR

FRANCISCO JOSÉ HIDALGO LUNA, ANTONIO GABRIEL GARCIA OCAÑA, MARIA JOSE HERNANDEZ GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 80 años que acude al servicio de urgencias tras caída casual con traumatismo sobre cadera derecha con mucho dolor e impotencia en el miembro. HTA. Diabetes mellitus tipo II. EPOC. ASMA BRONQUIAL. Depresión. Hipotiroidismo. Tto habitual: enalapril, lansoprazol, amitriptilina, eutirox, AAS 100, lorazepam.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 142/79. CyC. BEG. Afebril. Normotensa. Dolor en región inguinal derecha. MID acortado y en rotación externa. NVD conservado. Dolor controlado con analgesia. Rx: fractura subcapital evolucionada de cadera derecha. Preoperatorio. Analítica: hemograma (HB 13.3 Gr/dl), bioquímica (GB: 179 mg/dl) y coagulación sin alteraciones.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de cuello de fémur derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura de cuello de fémur derecho. HTA. Diabetes mellitus tipo II. EPOC. ASMA BRONQUIAL.

CONCLUSIONES: La fractura de la cabeza del fémur es una de las patologías más frecuentes que ocurren en los ancianos; mayormente es debido a las caídas accidentales y también se observa que es debido a que en la edad empiezan a ser más frágiles los huesos. En la amplia mayoría se realiza una intervención quirúrgica que hace que el paciente se quede bien. El papel de la enfermería es frecuentemente indicado a realizar los cuidados pre y post quirúrgicos y así mejorando la perspectiva que tiene el paciente en esta patología traumatológica. Los profesionales de enfermería actuarán encaminados a realizar las curas determinadas de la intervención quirúrgica como posteriormente explicarle cuales son los ejercicios fundamentales para adaptarse los pacientes tras la patología que eso conlleva.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, CUIDADOS ENFERMEROS, DOLOR, TRAUMATOLOGÍA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN ARTROPLASTIA DE RODILLA

ANA MARÍA ANASTASIO ALONSO, ANGELA RUIZ GELO, MARIA CRISTINA BALONGO GÓMEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 55 años ingresa de forma programada para intervención quirúrgica de prótesis total de rodilla derecha.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente obeso, fumador. Constantes normales. Escoliosis lumbar. EKG/RX tórax/análisis sanguíneo normales. Clasificación ASA II. RX rodilla derecha: osteofitos/estrechamiento articular. Pruebas cruzadas/reserva de sangre.

JUICIO CLÍNICO: Osteoartritis de rodilla derecha: tratamiento quirúrgico con sustitución total de articulación por prótesis. Técnica Zimmer/Modelo NexGen. **PLAN DE CUIDADOS:** Intervenciones/prequirúrgicas: Identificar paciente, miembro a intervenir y rasurar la zona. Verificar firma del consentimiento informado/pruebas preoperatorias/ayunas. Extraer prótesis/alhajas. Intervenciones/postquirúrgicas: Diagnóstico de enfermería (DE): dolor agudo NIC: manejo del dolor. Cambiar de posición para aliviar tensión en la incisión. Notificar si las medidas no tienen éxito/aumenta el dolor. NIC: administración de analgésicos. Valoración intensidad del dolor antes/después de analgesia (eficacia). Escala EVA. Vigilancia sobre posibles efectos adversos DE: riesgo de infección NIC: protección/control de infecciones. Control de constantes/signos de shock séptico. Instruir al paciente/familia sobre los signos/síntomas de infección. DE: riesgo de caídas. NIC: prevención de caídas. Identificar características del ambiente que pueden aumentar las posibilidades de caídas. Proporcionar dispositivos de ayuda/seguridad. DE: riesgo de lesión perioperatoria NIC: cuidados del embolismo periférico. Valoración circulación periférica. Administrar medicación anticoagulante/si procede. Cambios posturales/movimiento/ejercicios. DE: deterioro de la integridad cutánea NIC: cuidados del sitio de incisión/herida. Curar incisión de forma estéril. Mantener apósito limpio y seco. Vigilar exudados/aparición de hematomas/seromas/signos de infección/dehiscencia de bordes. Retirar grapas/suturas/drenajes cuando proceda. Vigilar aspecto/volumen drenado. DE: deterioro de la movilidad física NIC: enseñanza/fomento: actividad/ejercicio. Instruir en la realización de sencillos ejercicios de flexoextensión. Fomentar la deambulación precoz DE: riesgo de sangrado NIC: control de hemorragias Vigilar hemoglobina/hematocrito/constantes/drenaje/hematuria/palidez cutánea /cianosis/sudoración/agitación.

CONCLUSIONES: Enfermería tiene un papel fundamental en los cuidados/recuperación de estos pacientes, así como en el control de la seguridad/reducción de los riesgos/complicaciones.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, CUIDADOS, TRAUMATOLOGÍA, PRÓTESIS RODILLA, INTERVENCIONES.

PREVENCIÓN DE LA HIPOTENSIÓN SECUNDARIA A LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

MARIA NADIA MARIN JIMENEZ, ESTEFANIA VIÑUALES CASAS, CAROLINA BASSO RUIZ

INTRODUCCIÓN: La artroplastia total de rodilla (ATR) es uno de los procedimientos quirúrgicos más exitosos y comúnmente utilizados para el tratamiento de la enfermedad articular tardía y la restauración de la función de la rodilla. Sin embargo, debido a su frecuencia en población anciana, son comunes los casos de hipotensión entre los pacientes sometidos a este procedimiento quirúrgico, con las implicaciones para la salud que esto supone.

OBJETIVOS: Analizar las estrategias enfermeras en la prevención clínica de la hipotensión aguda tras una artroplastia total de rodilla.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones disponibles en las siguientes bases de datos bibliográficas: PubMed, MEDLINE, Cinahl. Criterios de inclusión: artículos publicados en los últimos 10 años, en inglés y castellano y texto completo disponible. Se incluyeron un total de 17 artículos para su revisión.

RESULTADOS: Se debe prestar especial atención a la función cardiovascular, los niveles de Hb, la coagulación y el riesgo de hemostasia en los pacientes antes de la cirugía. Los pacientes que han presentado síntomas de anemia aguda deben recibir una transfusión sanguínea para alcanzar un nivel de Hb de al menos de 80 g/L. Además, la monitorización pre-cirugía debe incluir ECG continuo, frecuencia cardíaca, presión arterial. Después de la cirugía, se debe controlar la FC, la presión arterial y la saturación de oxihemoglobina. El examen de sangre postoperatorio y el control de la gasometría arterial con la frecuencia adecuada contribuyen a evitar la hipotensión aguda. Para pacientes de alto riesgo, la producción urinaria debe monitorizarse dentro de las 24 horas posteriores a la cirugía. Finalmente, el ejercicio postoperatorio, también pueden contribuir a la prevención de la hipotensión aguda.

CONCLUSIÓN: La evaluación pre y postoperatoria y la monitorización de los signos vitales y el cambio de la enfermedad forman parte de las competencias enfermeras y contribuyen a la detección y recuperación de la hipotensión aguda.

PALABRAS CLAVE: HIPOTENSIÓN, ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA, ARTROPLASTIA, PREVENCIÓN.

VARÓN DE AVANZADA EDAD CON LUXACIÓN DE HOMBRO

JULIO CESAR RÍOS CHICCHIS, OLGA PEREZ BENITO, JORGE BORRAZ MARTÍNEZ, DANIEL NÁGER ARIZA, KRISTEL STURLESE GIMENO, JÚLIA FAGOAGA MACIAS, PAULA PASTOR SOLER, MONTSE ROMAN ALONSO, XAVIER PLÀ MONTORO, MARINA IGNACIO TORRES, ANABEL BAREA ROSCO, SANDRA ALBAN CARBALLEIRA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 90 años de edad que acude al servicio de urgencias por caída fortuita con traumatismo directo en región de hombro izquierdo que le ocasiona un intenso dolor. Antecedentes Personales: no reacciones alérgicas a fármacos, Hipertensión arterial, EPOC tipo enfisematoso, glaucoma de ángulo abierto, pancreatitis crónica y enfermedad renal crónica. Realiza tratamiento habitual con seretide accuhaler, atrovent inhalador, ventolin inhalador, ácido ursodeoxicólico, latanoprost colirio, dorzolamida colirio y enalapril – hidroclorotiazida.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física realizada se observa una actitud antiálgica del hombro izquierdo con deformidad anatómica, junto con dolor e impotencia funcional Radiografía de hombro izquierdo: luxación anterior de hombro izquierdo Radiografía de hombro izquierdo (tras reducción de la luxación): superficies articulares congruentes.

JUICIO CLÍNICO: Luxación anterior de hombro izquierdo **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La Rx de hombro manifiesta luxación anterior de hombro izquierdo Dolor e impotencia funcional en hombro izquierdo Deformidad anatómica en hombro izquierdo.

PLAN DE CUIDADOS: Se inmoviliza con un vendaje tipo Velpeau y se prescriben analgésicos.

CONCLUSIONES: El hombro es la articulación que se luxa con más frecuencia; el 45% de todas las luxaciones. Esto se debe a que la articulación glenohumeral es la que alcanza una mayor movilidad a costa de una menor estabilidad.

PALABRAS CLAVE: HOMBRO, TRATAMIENTO, VARÓN, LUXACIÓN.

FRACTURA CERRADA DE HÚMERO EN EL ADULTO JOVEN

ROCIO MALDONADO LARIO, JUAN MANUEL MARTINEZ GUERRERO, INMACULADA SÁNCHEZ GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 44 años de edad diagnosticado de dislipemia e hiperuricemia en 2013, tratado con atorvastatina 30 mg (1 comprimido al día) y alopurinol 100 mg (1 comprimido al día). Acude a urgencias por presentar caída casual con traumatismo sobre hombro derecho al caer al suelo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente se encuentra consciente, orientado, afebril, normotenso, refiere omalgia derecha incapacitante. Tras la exploración se observa tumefacción sin hematoma, dolor a la palpación de humero proximal e impotencia funcional. Se le realiza analítica de sangre y sedimento de orina, Rx hombro AP, lateral y axial y Rx tórax, ECG (ritmo sinusal a 70 lpm).

JUICIO CLÍNICO: Fractura cerrada de extremidad proximal del húmero. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras la realización de Rx Tórax (sin alteraciones pleuroparenquimatosas agudas) y Rx hombro, se detectó fractura de humero proximal derecho, múltiples fragmentos.

PLAN DE CUIDADOS: Los cuidados que realice enfermería serán: Asegurar el confort y la analgesia. Vigilar en cada turno la integridad cutánea. Las manipulaciones de la tracción deben hacerse entre dos personas, cerciorándose de que una de ellas mantiene la tracción sobre el miembro. Asegurar en todo momento la correcta alineación de miembro, evitando rotación externa o interna. Reducción de la ansiedad informando al paciente sobre cualquier técnica que se le vaya a realizar.

CONCLUSIONES: Las fracturas cerradas de humero, son consecuencia en forma predominante de caídas, y se presenta en adultos jóvenes, siendo más frecuentes en el lado derecho. La interrupción de la continuidad de un hueso tiene lugar cuando el hueso se ve sometido a esfuerzos mayores de lo que puede soportar. En el caso de nuestro paciente, al existir separación de los fragmentos es necesario intervenir por cirugía, por tanto, se ingresa al paciente en planta de traumatología para tratamiento quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA CERRADA, TUMEFACCIÓN, OMALGIA, TRAUMATISMO, IMPOTENCIA FUNCIONAL.

SÍNDROME COMPARTIMENTAL O TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

LORENA ORTIZ SALAS, ANA CRISTINA GOMEZ PEDROTE, MARÍA DEL MAR GÓMEZ PEDROTE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer que acude al servicio de urgencias con fuerte dolor e impotencia funcional del tercio inferior del miembro inferior derecho (MID), zona anterior. Indica que sufrió una caída por las escaleras hace unos días, desde entonces ha realizado reposo relativo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física se observó edema desde la rodilla hasta el pie del MID. Presentaba aumento considerable del perímetro de la pantorrilla respecto a lado contralateral. Fuerte dolor a la palpación, disminución del arco de movimiento y parestesia. Pulso periférico disminuido. Dentro de las pruebas complementarias se realizó una radiografía en la cual no se observa ninguna anomalía ósea. En la RMN se destacó un aumento de la musculatura del tibial anterior, extensor largo del 1º dedo y extensor largo común de los dedos.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome compartimental tibial anterior. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos aportados se podría sospechar una trombosis venosa profunda. Una vez descartada esta opción, podemos decir que nos encontramos ante un caso de síndrome compartimental tibial anterior tras confirmarlo con la RMN.

CONCLUSIONES: El síndrome compartimental agudo (SCA) se define como el aumento de presión en un espacio osteofascial cerrado e inextensible, que conduce a la isquemia de sus nervios y músculos. Es una patología que aparece a cualquier edad, no presenta diferencia de sexos y puede afectar tanto en miembros superiores como inferiores. Entre los signos y síntomas de un SCA se encuentra el dolor, en ocasiones desproporcionado en relación al trauma sufrido, palidez, ausencia de pulso, parestesia y parálisis. El tratamiento consiste en fasciotomías extensas sin cierre para liberar la presión intracompartimental, posteriormente se realizara un cierre continuo progresivo. El SCA es una emergencia quirúrgica, que si no es reconocido y tratado de forma precoz puede tener consecuencias tan graves como la lesión neurológica irreversible o la amputación del miembro.

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME COMPARTIMENTAL, FASCITOMÍAS, PARESTECIA, PULSO PERIFÉRICO.

CUIDADOS DEL PACIENTE CON RECAMBIO DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA POR COMPLICACIÓN EN LA IMPLANTACIÓN DE LA MISMA

MARÍA CRISTINA PÉREZ ROMERO, ANTONIO DOMÍNGUEZ ROBLES, ANGELA ZARRIAS PARRAGA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 80 años que ingresa en el Hospital para ser intervenida de una cirugía programada debido a una complicación en la implantación de su prótesis total de rodilla por desgaste. La artroplastia total de rodilla derecha en 2003, la osteoartritis, la hipercolesterolemia, el glaucoma bilateral y la HTA son sus antecedentes patológicos más destacables. Hasta el momento no se conocen alergias medicamentosas conocidas. Se trata de una paciente polimeditada que consume diariamente opiáceos para el control del dolor.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada a la unidad se le realiza una exhaustiva valoración enfermera según el modelo de necesidades de Virginia Henderson, además de analítica, ECG y control de constantes vitales sin desviaciones significativas.

JUICIO CLÍNICO: Recambio de Prótesis Total de Rodilla secundario al desgaste de la prótesis anterior. Diagnostico enfermero: Temor (00148) r/c proceso quirúrgico, m/p inquietud. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Recambio de Prótesis Total de Rodilla por aflojamiento del anterior dispositivo implantado.

CONCLUSIONES: La artroplastia total de rodilla es la alternativa más efectiva en pacientes con osteoartritis, lo que permite restaurar la función articular y mejorar su calidad de vida. Aunque la mayoría de las prótesis de rodilla suelen tener una vida media comprendida entre los 15 y los 20 años, en ocasiones deben sustituirse con anterioridad por procesos de índole infeccioso, o bien, por aflojamiento o desgaste de éstas. Enfermería tiene un papel activo y relevante en la instrucción al paciente sobre los factores que aceleran el proceso de desgaste de la prótesis implantada así como, del cuidado de la misma.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, CIRUGÍA, TRAUMATOLOGÍA, OSTEOARTRITIS, ARTROPLASTIA DE RODILLA, PRÓTESIS.

HEMATOMA DE LARGA EVOLUCIÓN EN PACIENTE JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO

JOSE MARIA GONZALEZ SANCHEZ, INMACULADA SAUCO COLON, JORGE MORENO LAMELA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 30 años que acude a consulta con dolor a nivel de gemelo derecho de varios meses de evolución. Niega traumatismo directo reciente ni sobre esfuerzo físico alguno. Dolor a la movilidad mientras practica ejercicio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general. Vigil orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Exploración miembro inferior: movilidad de rodilla normal. Movilidad de tobillo normal. Dolor a la palpación soleo pierna derecha. Se palpa induración a nivel de tercio medio. No signos flogóticos. Analítica: todos los valores dentro de la normalidad. Eco fast de urgencias: colección líquida a nivel de soleo derecho de aproximadamente 5cm de diámetro mayor.

JUICIO CLÍNICO: Seroma de morel-lavallee. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Quiste muscular.

PLAN DE CUIDADOS: Tras reinterrogar al paciente refiere traumatismo directo en la zona de 3 meses antes. Se derivó el paciente a la unidad de cirugía menor, donde se realizó aspiración tras sedación con mepivacaina. Posteriormente se realizó vendaje compresivo tras cerrar la herida con sutura simple.

CONCLUSIONES: El seroma de morel-lavallee, fue descrito inicialmente en 1863 por un cirujano francés con el mismo nombre. Se trata de una enfermedad poco frecuente, secundaria habitualmente a traumatismos directos. Se caracteriza principalmente por la creación de una cavidad entre el tejido subcutáneo y la fascia muscular. Este tipo de lesiones son más frecuentes en mujeres, hecho que se ha relacionado con una diferente estructura del tejido graso de hombres y mujeres, predisponiendo a las últimas a padecer lesiones a este nivel.

PALABRAS CLAVE: TRAUMATISMO, DOLOR, MIEMBRO INFERIOR, LARGA EVOLUCIÓN.

PACIENTE CON TRAUMATISMO TORÁCICO CON FRACTURAS COSTALES

CELIA LINARES TARIFA, MARIA DEL CARMEN CASTRO CASTILLO, JAVIER SOTO MARTINEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 38 años que acude a urgencias por dolor costal tras sufrir caída accidental desde escalera de mano mientras realizaba tareas de bricolaje en casa. Refiere dolor intenso en parrilla costal derecha.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se toman constantes vitales. TA: 142/85 mmHg FC: 90 lpm SO₂: 95% T^a 36°C Sin antecedentes personales. En tratamiento actual con paracetamol/8 horas, acetil-cisteína/8 horas y mepifilina/8 horas por proceso catarral. No alergias medicamentosas conocidas. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Dolor a la palpación en parrilla costal derecha. Se canaliza vía venosa periférica y se extrae analítica (bioquímica, hemograma, coagulación y gasometría venosa). Destaca leucitosis. Se le realiza radiografía de tórax: fractura cerrada de costilla 7 y 8 derecha. No se aprecia contusión ni laceración pulmonar.

JUICIO CLÍNICO: Fractura costillas 7 y 8 cerradas del arco derecho. **PLAN DE CUIDADOS:** Ingreso en planta de cirugía torácica para evitar complicaciones respiratorias asociadas al proceso catarral vigente, dada la dificultad para expulsar secreciones debido al dolor. Se prescribe reposo. Se administran primeras 48 horas perfusión de analgesia (metamizol, tramadol y ondasetron) y después pasa a analgesia cada 4 horas. Se trata con antibiótico (cefuroxima) como medida profiláctica de infección respiratoria. Tratamiento con acetil-cisteína para fluidificar secreciones y aerosolterapia para facilitar expectoración.

CONCLUSIONES: A los 9 días del ingreso, el paciente es dado de alta, siendo necesario guardar reposo relativo durante 45 días. El paciente controla el dolor con analgesia oral. En radiografía de control a los 60 días se observa costillas selladas, dándose por resueltas las fracturas costales.

PALABRAS CLAVE: TRAUMATISMO TORÁCICO, FRACTURA, COSTILLA, TRATAMIENTO.

ASPECTOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

MIGUEL ANGEL QUESADA GARCIA, DAVID QUESADA GARCÍA, SERGIO LOPERA SIMON

INTRODUCCIÓN: En esta revisión bibliográfica se pretende evidenciar la protocolización de los cuidados enfermeros al paciente politraumatizado, teniendo en cuenta que la formación es indispensable para el profesional.

OBJETIVOS: Determinar las principales funciones del personal de enfermería durante la prestación de servicios sanitarios a un paciente politraumatizado.

METODOLOGÍA: La metodología aplicada consiste en la revisión bibliográfica de diferentes artículos relacionados con los principales aspectos de enfermería en la atención al paciente politraumatizado. El tipo de artículos revisados han sido estudios originales, no proyectos de investigación y con un diseño cualitativo y cuantitativo cuyo idioma sea el español, mediante consulta en bases de datos como Scielo, Medline y Cuiden.

RESULTADOS: Los cuidados al paciente politraumatizado dependen, entre otros, de la atención del personal de enfermería, el cual debe dominar unos conocimientos basados en la evidencia científica para realizar una correcta valoración además de una observación constante del paciente. Es por ello que el conocimiento de las enfermeras es esencial en la atención inicial al paciente politraumatizado. Existen simuladores capaces de propiciar una situación lo más realista posible para el entrenamiento del personal enfermero, consiguiendo así un alto nivel de experiencia sin suponer riesgo alguno en pacientes reales, aunque no existe evidencia sobre esta práctica debido a la complejidad en su evaluación.

CONCLUSIÓN: Tras la revisión de los artículos, los autores concluyen que es necesario protocolizar la actuación de enfermería ante el paciente politraumatizado para que se apliquen los mismos cuidados basados en la evidencia en cualquier lugar donde se encuentre el paciente. Además, es necesaria la formación continuada y el reciclaje continuo del personal enfermero para aplicar unos cuidados integrales y de calidad al paciente, evitando además riesgos y complicaciones derivados de una actuación incorrecta.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN SANITARIA, ENFERMERÍA, TRAUMATOLOGÍA, URGENCIAS, PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LA FRACTURA DE CADERA

FRANCISCO JAVIER CABRERA FUENTES, ANTONIO ANGEL COBOS HIDALGO, HERMINIA CERVERA RODRIGUEZ, LUIS ALBENDIN GARCIA

INTRODUCCIÓN: Una de las fracturas más comunes en personas mayores son las fracturas de cadera. Hay un crecimiento exponencial de su incidencia por grupos de edad; siendo más frecuente en mujeres asociada por la osteoporosis.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados enfermeros adecuados en la fractura de cadera de los pacientes.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de artículos científicos publicados en revistas biomédicas en las bases de datos Pubmed y Cochrane. Se utilizaron los descriptores Decs y la ecuación de búsqueda fue “hip” AND “fracture” AND “care”. Realizado en julio de 2017, los criterios de inclusión fueron el idioma inglés y español, publicados entre 2012-2017, fuentes primarias a texto completo y relacionado con la temática de estudio, seleccionándose cinco artículos.

RESULTADOS: Podemos observar que debido al aumento de las fracturas de cadera, es necesaria la implantación de un plan de cuidados estandarizado en esta patología, por tratarse de una valiosa guía, en la experiencia profesional. Las caídas con impacto directo sobre la cadera, así como la osteoporosis que fractura la cadera que puede preceder a la caída, suelen ser la causa de fractura. Los cuidados enfermeros irían orientados a un mayor manejo del riesgo de úlceras por presión, dolor, movilidad, hidratación y alimentación, continencia, capacidad funcional y riesgo de infección.

CONCLUSIÓN: El correcto uso de dichos cuidados ante una situación determinada, unifica criterios de actuación, mejora la calidad de los registros enfermeros y evita errores tanto en la detección de necesidades como en la aplicación de cuidados.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, CADERA, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DE VAINA TENDINOSA EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD

EVA TORRES CANTERO, IDOIA BAILLO PEÑA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 44 años que presenta dolor en el tercer dedo de la mano izquierda desde hace dos años.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: Bulto en dedo de 1,5-2 centímetros de diámetro, blando, dolor a la palpación. Movilidad conservada. Pruebas complementarias: Ecografía: compatible con tumor de células gigantes de 2x2x1 centímetros de diámetro, dependiente de la vaina de tendones del tercer dedo de la mano izquierda, a nivel de la falange intermedia.

JUICIO CLÍNICO: Tumor de células gigantes de vaina tendinosa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Quiste sinovial, fibroma de la vaina tendinosa, angioliipoma, angiomioliipoma, sarcoma sinovial, granuloma de cuerpo extraño, sarcoma epiteliode, rabdomiosarcoma.

PLAN DE CUIDADOS: Analgésicos: paracetamol, AINE. Extirpación quirúrgica.

CONCLUSIONES: El tumor gigante de la vaina tendinosa es una neoplasia poco frecuente, representa la segunda en frecuencia de la mano tras el quiste sinovial, y es el tumor benigno más común derivado de la vaina tendinosa o tejido sinovial. El 50% de los casos tiene un antecedente de traumatismo. Aparece en edades comprendidas entre la tercera y quinta década, más frecuente en mujeres, en relación 3:2. Suelen ser de pequeño tamaño (0,5-5 centímetros). Son indoloros excepto en el 1-24%, debido al tamaño y compresión de estructuras. La ecografía es una buena técnica para su diagnóstico, observándose una lesión sólida, generalmente homogénea, que depende de la vaina tendinosa. La resonancia magnética tiene una capacidad diagnóstica superior. También puede ser útil la gammagrafía. La radiografía simple no es diagnóstica y no se precisa biopsia para confirmar el diagnóstico. El tratamiento es la extirpación quirúrgica con estudio anatómico-patológico. La radioterapia puede usarse si existe riesgo de recidiva, lo que ocurre hasta en el 45% de los casos.

PALABRAS CLAVE: GIANT CELL TUMOR, TENDON, ULTRASOUND, SYNOVIAL.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN LA OSTEOPOROSIS

MARIA ISABEL MARTINEZ CARRUANA, CRISTINA MARÍA GARCÍA-LÁEZ CAMACHO, MARIA LOPEZ LORITE

INTRODUCCIÓN: La osteoporosis es una enfermedad ósea que se caracteriza por la disminución de la densidad del tejido óseo y como consecuencia a esta hay fragilidad en los huesos. Es una patología en constante crecimiento que afecta cada vez a más mujeres, en torno a 200 millones. No manifiesta síntomas aparentes hasta que se produce una fractura, de aquí la importancia en la prevención.

OBJETIVOS: Conocer el tratamiento no farmacológico en la osteoporosis.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática sobre este tema, consultando en las Bases de datos: Cuiden Plus, Pubmed y Cochrane, utilizando como descriptores MeSH: “osteoporosis”, “prevención”, “tratamiento”, “prevention”, “treatment”. Se encontraron 45 artículos de los que fueron seleccionados 2 tras la aplicación de los criterios de inclusión: 1. Artículos en castellano e inglés; 2. Artículos a texto completo gratuito; 3. Artículos publicados entre los años 2004-2018; 4. Artículos que aporten información del tema.

RESULTADOS: Los estudios que hemos analizado muestran que el tratamiento de la osteoporosis debe de ser individualizado. Algunas de las intervenciones enfermeras a desarrollar en este grupo de población son las siguientes: eliminar los estilos de vida nocivos, como son el tabaco o el alcohol, recomendar una ingesta adecuada de calcio y vitamina D, realizar ejercicio diario moderado y llevar a cabo un programa de prevención de caídas. Llevar a cabo estilos de vida saludables ha demostrado que produce una disminución en la aparición de osteoporosis.

CONCLUSIÓN: Tras el análisis de los estudios encontrados, podemos concluir que es fundamental realizar una adecuada prevención en el tratamiento de la osteoporosis llevando a cabo estilos de vida saludables. De aquí la importancia de la figura de enfermería para hacer una adecuada educación para la salud en la población de riesgo, realizando sesiones grupales para mejorar la adherencia y evitar así fracturas a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: OSTEOPOROSIS, PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, NO FARMACOLÓGICO.

PACIENTE QUE PRESENTA TRAUMATISMO MIEMBRO INFERIOR DERECHO POR CAÍDA

MONTSERRAT SANCHEZ GARCIA DE QUIROS, MARIA DEL CARMEN CLAVAÍN NOGALES, MIRIAN ACEVEDO PEREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 78 años de edad trasladada desde su domicilio por DCCU por caída accidental+ traumatismo en MID. La paciente refiere dolor e impotencia funcional en cadera derecha. Alergias a frutos secos y dátiles, no RAM, DLP en tto, HTA de años de evolución con buen control de cifras tensionales. Niega hábitos tóxicos. Tto actual: Omeprazol, Enalapril.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Acortamiento y rotación externa de MID. NVD normal. Se procede a realizar RX de cadera Derecha+ caderas comparadas+ MID.

JUICIO CLÍNICO: Fractura subtrocantérea de fémur derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos obtenidos a través de RX se procede ingreso de la paciente en unidad de traumatología. Se informa a la familia del procedimiento, se cursa preoperatorio+ pruebas cruzadas. Pasará a quirófano en las próximas horas. Consentimientos informados firmados por la paciente.

CONCLUSIONES: Las fracturas subtrocantéreas de fémur son aquellas que se extienden desde el trocánter menor hasta el istmo de la diáfisis. En los pacientes de edad avanzada se producen por traumatismos de baja energía, como caídas desde la propia altura. Existen dos tipos de implante para estabilizar este tipo de fracturas: Dispositivos de placa y tornillo que se usan mediante reducción abierta y fijación interna. Clavos intramedulares aplicados mediante técnicas abiertas o cerradas minimamente invasivas. Los objetivos que se pretenden son: calmar el dolor, restablecer la continuidad de los fragmentos, bipedestarlo lo antes posible, devolverlo al medio social.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, CADERA, SUBTROCANTÉREA, CAÍDA.

CORRECTO USO DEL RECUPERADOR DE SANGRE EN LA ARTROPLASTIA DE RODILLA

SUSANA DE LA PLAZA GOMEZ, ALMUDENA NIETO BAYON, ÁNGEL ÁLVAREZ VIANA, JENNIFER RODRIGUEZ YAGÜE, JESUS MANRIQUE OLANDÍA, MARÍA GARCÍA GUTIÉRREZ, MARIO AMO BLANCO, RAQUEL SANCHEZ GETINO, REBECA FRAILE TARDÓN, REBECA SAMANIEGO QUINTANILLA

INTRODUCCIÓN: La gonartrosis es una patología degenerativa que limita de forma importante la funcionalidad de una persona. Se recurre al manejo quirúrgico cuando el paciente presenta limitación funcional importante así como dolor intenso. La artroplastia de rodilla es una de las cirugías con mejores resultados funcionales, pero dentro de sus limitaciones está la posibilidad de un sangrado importante y por consiguiente la necesidad de hemotransfundir al paciente. El uso del recuperador sanguíneo disminuye de forma importante la necesidad de hemotransfusión de sangre.

OBJETIVOS: Conocer el correcto uso del recuperador por parte de enfermería. Determinar la necesidad de transfusión de sangre homóloga al paciente.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de diferentes manuales de traumatología y bases de datos (medline/pub med). Descriptores: rodilla, hemorragia, transfusión sanguínea.

RESULTADOS: El personal de enfermería de la planta de hospitalización de traumatología debe conocer el correcto uso del recuperador sanguíneo y procederá a la transfusión de la sangre en forma y tiempos establecidos, reduciendo en gran medida la necesidad de transfusión de sangre homóloga.

CONCLUSIÓN: Con el uso del recuperador se logra reducir la transfusión de sangre homóloga ,evitando la transfusión de sangre de donante de manera que se reduce el gasto y posibles complicaciones. Es una técnica sencilla para el personal de enfermería. El método es mejor aceptado por el paciente.

PALABRAS CLAVE: RODILLA, ARTROPLASTIA, RECUPERADOR DE SANGRE, TRANSFUSIÓN, SANGRE AUTÓLOGA, PÉRDIDA DE SANGRE QUIRÚRGICA.

RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PORTADOR DE FÉRULA DE YESO

JENNIFER RODRIGUEZ YAGÜE, JESUS MANRIQUE OLANDÍA, MARÍA GARCÍA GUTIÉRREZ, MARIO AMO BLANCO, RAQUEL SANCHEZ GETINO, REBECA FRAILE TARDÓN, REBECA SAMANIEGO QUINTANILLA, SUSANA DE LA PLAZA GOMEZ, ALMUDENA NIETO BAYON, ÁNGEL ÁLVAREZ VIANA

INTRODUCCIÓN: Algunas lesiones traumatológicas en las extremidades requieren la inmovilización con férula de yeso. Los pacientes deben conocer los cuidados que deben tener en el miembro inmovilizado y cuáles son las señales de alarma que pueden indicar una complicación. El personal de enfermería debe conocer dichos cuidados para así poder educar a los pacientes que portan la férula de yeso.

OBJETIVOS: Conocer los cuidados que requiere el miembro inmovilizado con la férula de yeso y sea capaz de detectar los primeros signos de alarma de las complicaciones más frecuentes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: En el presente trabajo se exponen los cuidados que deben tener los pacientes con una férula de yeso: Elevar miembro inmovilizado. Aplicar frío local, movilizar las articulaciones no inmovilizadas por la férula, no introducir ningún objeto entre la férula y la piel, mantenerla seca, no apoyar. Vigilar la coloración, temperatura y sensibilidad de las zonas distales de la extremidad. Identificar los signos de alarma: palidez, frialdad, hormigueo, insensibilidad... disminución de la movilidad de zonas distales, aumento del dolor, olor desagradable, humedad o supuración procedente del interior de la férula, presión de una parte de la férula en piel. Fiebre, dificultad respiratoria, dolor en el pecho.

CONCLUSIÓN: El personal de enfermería debe conocer los cuidados que requiere un paciente con una extremidad inmovilizada con férula de yeso, para evitar complicaciones y poder detectar los primeros síntomas de estas. Así podrá realizar una correcta educación al paciente que precisa estar con ese tipo de inmovilización en su domicilio.

PALABRAS CLAVE: YESO, COMPLICACIONES, FÉRULA, INMOVILIZACIÓN.

PROCESO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON COXARTROSIS DERECHA

ALMUDENA ZAMORA MOGOLLO, JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ ROPERO, MARÍA ALBA BALLESTEROS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude a consultas externas donde ha sido visto por presentar clínica de dolor y limitación funcional en articulación de cadera derecha y que se encuentra en lista de espera para realizarse una antroplastia total de cadera. Se encuentra en tratamiento con sintrom desde hace 3 años, colecistectomizado, presenta además FA paroxística que ha precisado de ingresos previos para tratamiento, hipotiroidismo primario autoinmune. Tras la intervención presenta sangrado postquirúrgico de 700 cc, pero presenta cifras hematómicas dentro de la normalidad. Se muestra normotenso y afebril, e iniciando movilización y deambulacion asistido por bastones. En el control con radiografía presenta buena colocación de implantes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Cadera derecha en actitud de rotación externa, limitación de rotación interna. La radiografía muestra coxartrosis derecha. En la valoración preanestésica no hay hallazgos significativos. En control con radiografía postquirúrgica muestra buena colocación de implantes.

JUICIO CLÍNICO: Coxartrosis derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Coxartrosis derecha.

CONCLUSIONES: Con la operación de prótesis total de cadera que se ha realizado, se corrige el problema primario por el que ingresó el paciente. Al alta se continuará el tratamiento con analgésicos, antibioterapia profiláctica y antitrombóticos (heparina durante una semana que después se sustituirá por su tratamiento habitual con sintrom). Además, se realizará un seguimiento de su evolución al mes y curas cada 48 horas y retirada de puntos a las dos semanas en el centro de salud.

PALABRAS CLAVE: SALUD, COXARTROSIS, CADERA, TRAUMATOLOGÍA.

PACIENTE FRACTURA CADERA IZQUIERDA CON INTERVENCION QUIRURGICA

PABLO LORENZO AVALOS, MARIA ISABEL GARATE CANTERAS, SUSANA BONILLA ALARCON

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 83 años de edad acude a servicio de urgencias por caída en domicilio, con fuerte dolor en cadera izquierda y acompañado de acortamiento y rotación externa de miembro inferior izquierdo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración refiere fuerte dolor a palpación y movimiento en lado izquierdo de la cadera y miembro inferior izquierdo. Se cursa placa de cadera izquierda. La radiografía revela fractura de cabeza de fémur izquierda sin fragmentos óseos visibles. Se cursa analítica completa y radiografía de tórax para preoperatorio e ingreso a cargo de traumatología. Se suministra fluidoterapia y analgesia via intravenosa.

JUICIO CLÍNICO: Fx cadera Izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fx cadera izquierda por caída e intervención quirúrgica. (Clavo placa).

PLAN DE CUIDADOS: Paciente ingresa a cargo de traumatología con medicación analgésica e fluidoterapia. Paciente encamado, sondado y con oxígeno (vol. 2L) lavado en cama diario hasta intervención quirúrgica, medida de orina en bolsa cada 8 h/10h, cambios posturales. Se interviene quirúrgicamente a los 2 días y pasa la primera noche en servicio de URPA y en la mañana siguiente baja a planta con los mismos cuidados previos a la intervención. Al día siguiente se levanta al filo de la cama en posición sentada y progresivamente al sillón, después puesta en pie, y por ultimo al andador para sus primeros pasos tras la intervención (periodo de 3/4 días). Tratamiento medicamentos analgésicos y dieta normal.

CONCLUSIONES: El paciente recibió el alta medica a los 9 días tras el ingreso en urgencias operado con éxito y andando con andador, Se cursa informe de alta y volante para rehabilitación y ambulancia y se le desea al paciente una pronta y satisfactoria recuperación.

PALABRAS CLAVE: SALUD, TRAUMA, URGENCIAS, CADERA, PLAN.

ANTE UN SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO

SALVADOR SANCHEZ SOTO, ALMUDENA TOMAS VIZCAINO, CARMEN MARIA IBAÑEZ MIRAS

INTRODUCCIÓN: El Síndrome Compartimental Agudo (SCA) es un conjunto de signos y síntomas producidos por un aumento de la presión en el compartimento osteofascial de una extremidad. Este aumento de presión provoca una disminución de la perfusión capilar conllevando una isquemia muscular y nerviosa pudiendo comprometer la viabilidad de la extremidad afectada.

OBJETIVOS: Identificar los signos y síntomas que se desarrollan ante un SCA (dolor que aumenta con la extensión pasiva, tensión, hinchazón, alteraciones sensitivas, disminución de la motilidad, cianosis y disminución del pulso arterial principal). Identificar las principales causas que provocan el SCA (vendaje o yeso compresivo, aplastamiento, quemaduras y congelaciones, hemorragias intracompartimental). Establecer medidas terapéuticas iniciales antes el SCA (retirar vendajes o yesos).

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos científicas como "Dialnet", "Elsevier", "Medline". Se han utilizado los siguientes descriptores de búsqueda como "Síndrome Compartimental Agudo", "Medidas ante el SCA".

RESULTADOS: Las revisiones bibliográficas relacionadas con el SCA concluyen que se trata de una afección poco frecuente, fácil de diagnosticar, muy grave y con amplias repercusiones funcionales y siendo sencillo de solventar en su fase más precoz.

CONCLUSIÓN: Para los trabajadores sanitarios es de vital importancia conocer las causas, clínica y tratamiento ante las situaciones de SCA que se presenten.

PALABRAS CLAVE: ACTUACIÓN, COMPARTIMENTAL, SÍNDROME, PREVENCIÓN.

UNA CAUSA DE PARESTESIAS POR COMPRESIÓN: GANGLIÓN POPLÍTEO

ANTONIO JAVIER MARTÍNEZ MOLEÓN, BEATRIZ GUERRERO BARRANCO, DIEGO ÁMEZ RAFAEL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 33 años sin antecedentes médicos de interés que comienza de forma gradual con dolor y parestesias en cara anterolateral de pierna izquierda y alteraciones de la marcha debido a impotencia para la dorsiflexión del pie.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración neurológica presenta déficit para la dorsiflexión del pie y la extensión de los dedos con ligera debilidad para la flexión de la rodilla. Pérdida de sensibilidad en cara lateral de pierna y dorso del pie. No se palpan masas a nivel de rodilla y hueco poplíteo. Signo de Tinel positivo a la compresión en fosa poplíteo. Maniobras de irritación de nervio ciático negativas y reflejos osteotendinosos en miembros inferiores positivos y simétricos. Radiografía de rodilla y RM de columna lumbar sin hallazgos. RM rodilla izquierda: masa quística perineural de unos 2cm proximal a cabeza de peroné que afecta a nervio ciático poplíteo externo. EMG: retraso de la velocidad de conducción del nervio peroneo común de un 30% respecto a la estimulación distal.

JUICIO CLÍNICO: Ganglión perineural del nervio peroneo común izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hernia discal, tumor intraespinal, quiste de Baker, claudicación vascular, neuropatía periférica, rotura de fibras de músculo tibial anterior o peroneo lateral largo.

PLAN DE CUIDADOS: Abordaje quirúrgico con extirpación de la masa quística. El paciente evoluciona favorablemente tras una semana, con resolución completa de su déficit sensitivo y mejoría de su déficit motor.

CONCLUSIONES: Las lesiones periféricas del nervio ciático debido a gangliones periintra neurales son raras y su localización más frecuente es el nervio peroneo. Una exhaustiva anamnesis y examen físico, seguido de test específicos y pruebas de imagen permiten realizar un diagnóstico preciso e instaurar un tratamiento precoz, fundamental para un pronóstico favorable. Se puede lograr una recuperación temprana y casi completa, quedando en ocasiones una pérdida residual para la dorsiflexión del pie o extensión de los dedos.

PALABRAS CLAVE: GANGLIÓN, PARESTESIAS, GONALGIA, NERVIO PERONEO.

ACTUACION ENFERMERA ANTE UN ESGUINCE DE TOBILLO: A PROPÓSITO DE UN CASO

LYDIA YEBRA RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 25 años, que acude a urgencias por dolor en tobillo derecho, tras sufrir una torcedura accidental mientras jugaba a padel. No refiere otra sintomatología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Inspección pie y tobillo derecho, dolor en zona anterior a maléolo externo, con signos inflamatorios, indoloro a la palpación de maléolos ni de base de 5º metatarsiano. Se realiza estudio de RX en tobillo derecho, no se objetivan líneas de fractura ni otros signos patológicos. Se realiza un vendaje funcional de tobillo.

JUICIO CLÍNICO: Esguince de tobillo leve. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** A la hora de realizar un diagnóstico es conveniente realizar una sistemática a pesar de que la evidencia nos anima enseguida a realizar un diagnóstico. Debemos descartar fractura base 5º metatarsiano, fractura tubérculo anterior del calcáneo, inestabilidad lateral del tobillo, inestabilidad subabstragalina.

CONCLUSIONES: Un esguince de tobillo es una distensión, o alargamiento excesivo con o sin rotura de los ligamentos que se relacionan con la articulación del tobillo. Los ligamentos que se encuentran en el tobillo cumplen la función de estabilizar la articulación, los que mayormente se ven afectados en los esguince, son los ligamento laterales externos, concretamente los ligamentos astragaloperoneo anterior, astragaloperoneo posterior, y calcaneoperoneo, el ligamento deltoideos o interno se ve mucho menos afectado por los esguinces. La elección de la pauta va a depender del grado del esguince. Ante este esguince de grado I/leve, se recomienda reposo de 2-3 días, apoyo paulatino, aplicación de frío local y analgesia con ibuprofeno y nolutil.

PALABRAS CLAVE: ESGUINCE, TRAUMATISMO DE TOBILLO, TORCEDURA, DISTENSIÓN DE LIGAMENTOS.

MUJER DE 53 AÑOS CON SOSPECHA DE ARTRITIS REUMATOIDE

MARIA LUISA RESOLA MOLINA, GLORIA MARTINEZ RESOLA, MARIA DOLORES GAY OCAÑA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 53 años que acude a consulta médica de atención primaria por coxalgia izquierda, polialgias y gran limitación funcional en manos y pies. Se deriva a reumatología para estudio. Antecedentes: Hipertensión. No refiere hábitos tóxicos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada, colaboradora, normocoloreada, buen estado general. Nódulos de Heberden y de Bouchard, bloqueo en la rotación interna de la cadera Toma de constantes TA (120/60), Frecuencia cardíaca (80 pulsaciones por minuto). Pruebas complementarias: Analítica (PCR 40,9 mg/L, Factor Reumatoide 18, pendiente de anticuerpos antinucleares y proteinograma), Teleradiografía (dismetría de caderas), Rx de manos (signos degenerativos), Rx de caderas (coxartrosis grado III).

JUICIO CLÍNICO: (00132) Dolor agudo, (00146) Ansiedad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos y m/p conducta expresiva e informe verbal del dolor.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: (1605) Control del dolor (acciones personales para controlar el dolor). NOC: (2100) Nivel de comodidad (grado de comodidad y psicológico). NIC: (1400) Manejo del dolor 140001 Alertar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa si es el caso 140006 Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor si procede. NIC: (2210) Administración de analgésicos 221001 Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. 221014 Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos.

CONCLUSIONES: La enfermera deberá enseñar a la paciente a adoptar una postura cómoda sin ropas restrictivas, practicar técnicas de relajación con la paciente, enseñarle cambios posturales y asesorar sobre el uso adecuado de la analgesia.

PALABRAS CLAVE: COXALGIA, POLIALGIAS, NODULOS, DISMETRÍA.

FRACTURA DE CADERA EN PACIENTE ANCIANO

NURIA VALDIVIA ROCHA, SONIA LORETO MARTÍN SALGADO, ROCIO VERA SUANES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 72 años trasladada en ambulancia al hospital, tras sufrir caída accidental por las escaleras de su domicilio, sufriendo un golpe en su cadera derecha, presentando de forma inmediata fuerte dolor en la zona, inflamación e imposibilidad de incorporarse. Como antecedentes destaca su hipertensión y artritis reumatoide.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada a los servicios de urgencias se encuentra consciente y orientada, con un Glasgow de 15, estable hemodinámicamente. Niega traumatismo craneal. Con hematoma local en zona del golpe y en brazo. RX de pelvis y brazo derecho y TAC craneal. Analítica completa con valores normales. SE canaliza vía venosa periférica para empezar con tratamiento analgésico.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de cadera. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La RX evidencia una clara fractura de cadera transtocantérica derecha.

PLAN DE CUIDADOS: Como tratamiento se iniciará analgesia intravenosa y tracción cutánea mientras se solicita el estudio prequirúrgico y las pruebas cruzadas. El siguiente paso será quirúrgico, reducción de la fractura y colocación de una prótesis parcial. A su alta se le aconsejará realizar rehabilitación para su recuperación.

CONCLUSIONES: La fractura de cadera en mayores de 65 años se ha convertido en un problema de salud pública. Provoca una pérdida de la independencia y una disminución en la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria.

PALABRAS CLAVE: CAÍDA, FRACTURA, CADERA, ANCIANA.

FRACTURA DE COLLES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA

ANA RUIZ RODRIGUEZ, ELISABET ALBA SÁEZ, MIRIAM LOPEZ NICOLAS, PATRICIA PÉREZ SAMPÉRIZ, ILUMINADA JIMÉNEZ CARRILLO, RAQUEL PÉREZ MORILLAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 65 años que acude a urgencias después de sufrir una caída casual en una calle de Barcelona. Refiere mucho dolor en la muñeca derecha y no tener movilidad. Antecedentes personales: Asma. Alergias a Penicilina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente se encuentra hemodinámicamente estable, 120/75 mmHg, FC 88 lpm, Sat O2 96%. Afebril (35.6° C). A la exploración se observa inflamación de la muñeca derecha, deformidad en horquilla e impotencia funcional en la zona de la lesión, dolor (EVA 6). Se solicitan radiografías.

JUICIO CLÍNICO: Sospecha de fractura de cúbito y radio distal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura de Colles con desplazamiento.

CONCLUSIONES: Este tipo de fractura requiere una reducción cerrada. La férula volar del antebrazo es la mejor para la inmovilización temporal. Para realizar la reducción es imprescindible obtener imagen pre y post de la técnica. La fractura de Colles, es una fractura distal del Radio, se reconoce por la deformidad en horquilla debido al desplazamiento distal del radio.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, URGENCIAS, CUBITO, RADIO.

TRACCIÓN PREOPERATORIA PARA LA FRACTURA DE CADERA EN ADULTOS

SARA LASIERRA LARRUY, CARLA GEMA CARO MORALES, GEMMA AGUILAR COSTA, ASUNCIÓN GARCIA GARCÍA, ANDREA BORT ROIG, SERGI PRAT RIZZO

INTRODUCCIÓN: Se denomina tracción a aquella fuerza constante que se aplica sobre una parte del cuerpo, cuyo fin es alinear y mantener el hueso fracturado.

OBJETIVOS: Determinar las funciones de la tracción preoperatoria en los pacientes con fractura de cadera.

METODOLOGÍA: Se realizó un ensayo controlado aleatorio. Muestra total de 1654 participantes. Los criterios fueron los siguientes: 80 años de edad y mujeres. Las limitaciones del estudio: datos muy limitados para el agrupamiento, se comparó tracción cutánea con esquelética y la falta de información acerca de las consecuencias a largo plazo de utilizar o no la tracción.

RESULTADOS: Por lo que en el ensayo no hubo datos concluyentes. Un ensayo tuvo algún efecto adverso, ampollas en la superficie cutánea, que estaban relacionados con la tracción cutánea pero fue una alteración leve. Por lo que se debe mantener la reducción mediante la inmovilización que se lleva a cabo. Conseguir una relajación muscular mediante la desaparición del dolor y mejorar el retorno venoso al mantener elevada la extremidad afectada.

CONCLUSIÓN: El uso rutinario de la tracción antes de la intervención quirúrgica no ofrece beneficio alguno. Las pruebas que se han encontrado no son suficientes para evidenciar las ventajas de la tracción.

PALABRAS CLAVE: TRACCIÓN, PREOPERATORIA, FRACTURA DE CADERA, TRAUMATOLOGÍA, DOLOR.

A PROPÓSITO DE UN CASO: FRACTURA EN SILLA DE MONTAR AL PRACTICAR SNOWBOARD

MIGUEL JIMÉNEZ MEJÍAS, SANDRA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, MARIA DOLORES GONZÁLEZ COLOMÉ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 23 años de edad que es remitida a la sala de urgencias en Pradolano (Sierra Nevada) para ser valorada tras accidente al practicar snowboard. A su llegada la paciente refiere haberse caído de espaldas impactando sobre sus nalgas; puede caminar con dificultad pero le es muy difícil pasar de sedestación a bipedestación y viceversa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientada y colaboradora. Glasgow 15. FC: 90 latidos por minuto. FR 15 respiraciones por minuto. TA: 145/ 70 mm Hg. SpO2: 98%. Glucemia 105 mg/dl. La movilidad de caderas estaba conservada, pero era dolorosa a las rotaciones. Exploración neurológica de miembros inferiores normal, con signos de Lasegue y Bragard negativos.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de pelvis en silla de montar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Coxalgia lumbalgia.

CONCLUSIONES: Tras observar el aumento de dolor al trasladarla al centro de salud en silla de ruedas se decide inmovilizarla mediante colchón de vacío para diagnóstico radiológico confirmándose una fractura en pelvis; la paciente es inmovilizada y remitida al servicio de traumatología del complejo hospitalario Virgen de las Nieves en Granada.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, PELVIS, SNOWBOARD, LUMBALGIA, COXALGIA.

PATOLOGÍA COMÚN EN ARTROSCOPIA DE RODILLA OSTEOCONDRIITIS

SANDRA RUIZ MUÑOZ, CRISTINA HOHR GONZALEZ, ANGELA AGUILERA ROJAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 16 años con dolor recurrente en rodilla derecha sin traumatismo previo. Bloqueo y dolor de rodilla. Sin antecedentes de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente con buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Independiente para las actividades de la vida diaria. Constantes: o TA: 100-55 mmhg o Sat: 99% o T^a: 36°c o FC: 65 latidos por minutos. Rx: anteroposterior simple en carga y lateral puede pasar desapercibida. RMN: fundamental para realizar el diagnostico. Engrosamiento condral, cambios de baja densidad.

JUICIO CLÍNICO: La impresión diagnostica para este caso clínico fue defectos de cartílago y osteocondritis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realizó un diagnostico diferencial de las siguientes patologías: Osteocondromatosis, osteocondritis disecante, condromalacia y sinovitis por cristales.

PLAN DE CUIDADOS: Los problemas postoperatorios potenciales con la artroscopia de rodilla incluyen: la infección, los coágulos sanguíneos o la acumulación de sangre en la rodilla. La recuperación para la actividad física cotidiana suele producirse entre las 4 y 6 semanas. Indicar cuidados herida quirúrgica, cumplimiento del tratamiento prescrito, educación sanitaria necesaria para la administración de heparina.

CONCLUSIONES: Osteocondritis es un problema en las articulaciones que se produce cuando un fragmento de cartílago (segmento del hueso subcondral, debajo del cartílago articular, sufre una isquemia transitoria) y una capa delgada de hueso (hueso epifisario) se separan de la punta de un hueso debido a la pérdida del suministro de sangre.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, OSTEOCONDRIITIS, ARTROSCOPIA RODILLA, INTERVENCIÓN.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN FRACTURAS DE CADERA

MARINA RAMÍREZ GÓMEZ, LAURA MUYOR MUÑOZ, JULIETA ROMERO VILLALBA

INTRODUCCIÓN: La fractura de cadera es una de las patologías más frecuentes en el anciano. Con grandes repercusiones sociales, sanitarias y económicas, se prevé que su incidencia vaya en aumento en los próximos años, de ahí la importancia de su prevención, en la cual Enfermería tiene un papel importante.

OBJETIVOS: Conocer un plan de cuidados adecuado en la fractura de cadera.

METODOLOGÍA: Se trata de una revisión bibliográfica para la cual se ha realizado una búsqueda de información a través de bases de datos de Ciencias de la Salud como PubMed, Cuiden, Scielo, y Dialnet. También se ha accedido a revistas científicas las cuales contenían la información requerida. Los criterios de inclusión han sido artículos científicos publicados entre 2012 y 2017.

RESULTADOS: El aumento del envejecimiento poblacional y con él, la ampliación de la esperanza de vida ésta relacionado con la aparición de enfermedades crónicas. Dichas enfermedades y la edad son algunos de los factores que condicionan una mayor predisposición a sufrir fractura de cadera por el mayor riesgo de caídas y osteoporosis a las que la persona mayor está expuesta. El éxito de su tratamiento reside, fundamentalmente, en su prevención primaria pero también en la reducción de complicaciones una vez aparecida dicha entidad.

CONCLUSIÓN: Enfermería debe tener los adecuados conocimientos ante este tipo de pacientes ya que la prevención es primordial. Se recomienda una especial atención sobre todo al dolor, movilidad, hemodinámica, úlceras por presión, etc. En las personas mayores. Teniendo en cuenta la prevención ante estos pacientes aumentará la calidad asistencial y por consiguiente la satisfacción del usuario.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMERÍA, FRACTURA, CADERA, TRAUMATOLOGÍA.

HEMATOMA A TENSIÓN EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO

PILAR ALCEDO FERNANDEZ, ROSA MARIA PIULESTAN NIETO, CRISTINA MARTÍNEZ GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 76 años que desde hace tres días presenta dolor intenso en pierna derecha, desde tercio medio inferior del muslo hasta tobillo, sobre todo en gemelo, acompañado de edema, sin que refiera fiebre. Hace un mes presenta un dolor “tipo pedrada” en gemelo derecho, intenso que se autolimitó. AP: cardiopatía reumática inactiva, FA permanente, diabetes mellitus tipo II.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente consciente, colaboradora, con discreta palidez cutáneo-mucosa. TA 210/100; SAT O₂ 97%; T° 36.7°C. Analítica completa (dentro de la normalidad). ECG: FA con buena rv Eco doppler y de partes blandas de mid: se descartan signos ecográficos de TVP. Importante edema de tejido celular subcutáneo hasta tercio proximal del muslo derecho, con trayectos varicosos superficiales.

JUICIO CLÍNICO: Hematoma a tensión en MID. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Un hematoma puede ser causa de varios problemas circulatorios como pueden ser una TVP, descartado en la eco doppler realizada al paciente.

CONCLUSIONES: Durante su hospitalización, la paciente ha empeorado el edema en MID, con intenso dolor, para lo cual ha requerido tratamiento con mórnicos, manteniéndose afebril, con anemización de hasta 5.5 G/dl de Hb, habiéndose iniciado transfusión de concentrados de hematíes.

PALABRAS CLAVE: SANGRE, SALUD, HEMATOMA, DOLOR.

ROTURA COMPLETA DEL TENDÓN SUPRAESPINOSO

SANDRA MARTIN PULIDO, ANGELA CASADO RODRIGUEZ , MARIA ANTONIA ROSAL CARRIEL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 50 años que acude a su médico de cabecera por dolor brusco del miembro superior derecho. La paciente no recuerda haber realizado ningún esfuerzo ni haber sufrido caída, que pudiesen haber lesionado el brazo. Refiere no poder dormir sobre el miembro afectado y dificultad para realizar las actividades de la vida diaria. Ha iniciado tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos desde hace aproximadamente una semana, pero los síntomas persisten.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física se observa limitación del movimiento hacia arriba y hacia los lados y dolor a la palpación a nivel de la cara anterior del hombro. Se realiza ecografía y resonancia magnética.

JUICIO CLÍNICO: Rotura completa del tendón supraespinoso en hombro derecho, que requiere tratamiento quirúrgico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Debemos realizar un diagnóstico diferencial, para comprobar que no se trata de una patología que no sea propia de la tendinopatía del supraespinoso. Antes de la exploración física, se sospechaba de edema o inflamación del supraespinoso, que se trata de una lesión reversible. Pero mediante la exploración física y las pruebas diagnósticas, se demuestra claramente la rotura del tendón.

CONCLUSIONES: La lesión del supraespinoso, uno de los tendones del manguito rotador, se puede producir por un traumatismo o por causas degenerativas. Según datos epidemiológicos se sabe que las roturas completas son poco frecuentes en personas menores de 40 años, debiéndose a fuertes traumatismos. En cambio son más habituales en mayores de 60 años, debido a procesos degenerativos. Por lo que en bases a estos datos, podemos llegar a la conclusión de que la rotura del tendón, en la mayoría de los casos, se debe a procesos degenerativos.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, TENDÓN SUPRAESPINOSO, TRAUMATISMO, PROCESO DEGENERATIVO.

LUMBALGIA MECÁNICA CAUSADA POR UN SOBRESFUERZO

SONIA CARO RIVEROLA, FERNANDO GIL RODRIGUEZ, ANA JOSE LEAL RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que acude al servicio de urgencias por dolor en la zona lumbar irradiado a miembro inferior derecho de varios días de evolución más acentuado en las últimas horas. La paciente nos cuenta que está haciendo una mudanza de domicilio y que está con ese dolor desde entonces.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración física se palpa una notable contractura de la musculatura lumbar con LASEGUE negativo y BRAGARD negativo. No hay soplos abdominales y la palpación abdominal es normal.

JUICIO CLÍNICO: Después de la exploración física, se le solicita una radiografía de columna lumbar AP y L para asegurarnos que no existe ninguna patología ósea. La radiografía es totalmente normal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: A través de su anamnesis, exploración y pruebas complementarias, a ésta paciente se le diagnostica una lumbalgia mecánica.

PLAN DE CUIDADOS: Enanplus 1 cada 8 horas. Yurelax 1 cada 12 horas. Calor local durante 30 minutos varias veces al día. Voltaren emulgel cada 6 horas. Reposo relativo. Seguimiento por su médico de cabecera.

CONCLUSIONES: Por lo que nos cuenta la paciente, esta lumbalgia es debida a un sobreesfuerzo por lo que debería remitir con el tratamiento farmacológico y el reposo relativo.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, ANALGESIA, LUMBAR, REPOSO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON GONARTROSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANA ISABEL HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, PATRICIA IGLESIAS CERRA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 73 años de edad. Antecedentes personales: Tuberculosis B pulmonar , exfumador. No tiene alergias conocidas, Diabetes Mellitus tipo II. Intervenido por una prostatectomía radical. Acude a consulta debido a la aparición de un dolor moderado-intenso en la rodilla del miembro inferior izquierdo El paciente refiere mucha dificultad para arrodillarse y realizar esfuerzos con el miembro inferior izquierdo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Signos vitales: Presión arterial sistémica (TA): 136/71 mmHg. Frecuencia Cardíaca (FC): 90 x'. Frecuencia Respiratoria (FR): 18 por minuto en AC x FA. SO₂: 98 %. Temperatura (T°): 36,4° C. Llenado capilar de 4 segundos. Se le realiza una radiografía que muestra que muestra osteofitos con disminución del espacio articular y pequeños quistes.

JUICIO CLÍNICO: Gonartrosis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Gonartrosis grado 3 según la clasificación radiológica de Kellgren-Lawrence.

PLAN DE CUIDADOS: Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de de asumir los autocuidados. Riesgo de infección r/c HQ. Verificar que se aplique la técnica correcta del lavado de manos. Reducir al mínimo la exposición del paciente a los factores de riesgo. Evitar que el paciente manipule la zona de HQ. Mantener la piel limpia y seca. Evaluar circulación distal de miembros inferiores. Riesgo de deterioro de la integridad tisular:Evaluar la integridad de los tejidos del paciente. Enseñar al paciente la técnica aséptica. Educar al paciente sobre el tratamiento del cuidado de la piel Deterioro de la movilidad física:Evaluar presencia de dolor, circulación de extremidades y temperatura. Mantener equilibrio entre reposo y movilidad.

CONCLUSIONES: La gonartrosis es un proceso normal de envejecimiento del cartílago o superficie de la articulación junto a la degeneración de los meniscos. El tratamiento consiste en cirugía protésica. Recomendaciones para el paciente: Evitar maniobras bruscas en el miembro inferior izquierdo. Evitar trabajos de fuerza. Permanecerá acostado solamente las horas nocturnas y de siesta. Moverá frecuentemente la articulación de la rodilla en MII. Podrá deambular ayudado de muletas.

PALABRAS CLAVE: GONARTROSIS, CUIDADOS, RODILLA, ENFERMERÍA.

FRACTURA DE CADERA IZQUIERDA POR CAÍDA ACCIDENTAL

MARÍA UTRERA MILLÁN, RAFAEL CARLOS OCHOA ORTIZ, MARIA VALENZUELA ROLDAN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 83 años de edad, que tras caída accidental en la residencia donde vive, acude a urgencias con fuerte dolor e impotencia funcional en MII. Sin alergias conocidas. -Antecedentes personales: HTA, hipercolesterolemia, quemaduras que precisaron injertos dejando secuelas con dificultad en la movilidad del MII hace 2 años. -Tratamiento habitual: omeprazol 20 mg, enalapril 5 mg, simvastatina 20 mg, AAS 100 mg y lorazepam 1mg.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientado (no ha perdido la conciencia en ningún momento). Constantes: TA 145/85 mmHg; FC 87 lpm, Sat O2 96%, Tª 36,4°C. Presenta traumatismo en brazo izquierdo con leve erosión, no dolor y Rx sin alteraciones. Miembro inferior izquierdo: importante hematoma en cadera, rotación externa y acortamiento del miembro, dolor intenso y Rx con fractura subcapital de fémur izquierdo. Analítica dentro de la normalidad (con estudio de coagulación y pruebas cruzadas).

JUICIO CLÍNICO: Fractura de cadera izquierda por traumatismo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los signos y síntomas que presenta el paciente se sospecha de fractura de cadera, corroborándolo en la radiografía.

PLAN DE CUIDADOS: NANDA: - 00085 deterioro de la movilidad física (NOC: 0208 nivel de movilidad) - 00132 dolor agudo (NOC: 1605 control del dolor).

CONCLUSIONES: Se inicia tratamiento analgésico IV para aliviar el dolor y se inmoviliza el miembro afectado. Se avisa a traumatólogo que decide realizar cirugía y poner prótesis. Mientras, el paciente pasa a observación de urgencias con sueroterapia, monitorizado y analgesia pautada. Se mantendrá en dieta absoluta y se realiza reserva de sangre. Se prepara para el quirófano, se inicia profilaxis antibiótica y se explica procedimiento con consentimiento informado. Tras cirugía el paciente pasa a planta para recuperación. Se realizan curas locales, tratamiento con analgesia, antibióticos y bemiparina. Es dado de alta a los 10 días con buena evolución. Se recomienda rehabilitación al alta, tratamiento domiciliario y revisiones periódicas con radiografía previa de control.

PALABRAS CLAVE: CADERA, FRACTURA, CAÍDA, IMPOTENCIA FUNCIONAL.

ESTUDIO DE LAS SUSTITUCIONES DE CADERA EN EL PERIODO 2013-2015

ANA CONCEPCION SALAR JURADO, JOSE MANUEL BAÑOS RUIZ, XIANA LANCHARRO MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: La sustitución protésica de la cadera es una operación para reemplazar una cadera. El GRD 818 es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del sistema músculo-esquelético y tejido conectivo a los que se les ha implantado una prótesis de cadera, clasificando a los pacientes que se les implanta una prótesis de cadera.

OBJETIVOS: Determinar la evolución que ha tenido en los últimos años el GRD 818 en relación a los Hospitales Públicos de Andalucía y analizar el comportamiento de este sobre las Estancias Medias Esperadas (EME).

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión del CMBD de nuestro hospital los datos relativos a los años 2013 al 2015.

RESULTADOS: Las principales causas de la sustitución de cadera en nuestro hospital son por Fracturas de fémur, Necrosis Aséptica y por coxartrosis. En el año 2013 tuvimos 240 altas en este GRD con una estancia media de 8,23. En el Año 2014 la estancia media del GRD fue de 8,83 para un total de 212 altas. Para el 2015 las altas fueron 211 con una estancia media 8,86.

CONCLUSIÓN: Analizados los datos observamos que el GRD 818 no cumple con los estándares establecidos, situándose siempre por encima del EME. Pero también hemos detectado que los facultativos no suelen especificar si las fracturas son patológicas o no, con lo cual es posible que algunos de los datos codificados no deberían de pertenecer al GRD 818 sino al GRD 817, el cual tiene mucho más peso. Circunstancia esta que se trasladara al Servicio para intentar poner remedio.

PALABRAS CLAVE: CADERA, GRD, 818, PRÓTESIS, SUSTITUCIÓN, CODIFICACIÓN.

ATENCIÓN SANITARIA EN PACIENTE CON FRACTURA DE TOBILLO IZQUIERDO

MARIA NIEVES MATUTE CABALLERO, JOAQUIN JIMENEZ MARQUEZ, JUAN JOSE GARCIA MATA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 19 años que acude a urgencias porque hace cinco días tuvo una caída, recibiendo golpe en el pie izquierdo. Desde entonces deambulación muy dolorosa. Estos últimos dos días imposible que no cede con ibuprofeno. No RAMC.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente consciente, orientada y buen estado general. Pie izquierdo: Equimosis en región inferior del maléolo interno y externo. Dolor a la palpación en la zona del ligamento colateral exterior y en región peronea digital. Dolor a la palpación del quinto metacarpiano. No dolor en la cabeza del peroné. Movilidad de la articulación limitada por el dolor. Exploración vasculo nerviosa distal sin exploraciones debido a la intensidad del dolor. Hemodinámicamente estable, TA 103/62 mmHg y 60 Fc. Auscultación pulmonar: normoventilación, no crepitantes, no ruidos agregados. Abdomen, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes. Pruebas complementarias: Rx de tórax, ECG y análisis completo de sangre. Rx AP, lateral del tobillo izquierdo.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de tobillo cerrada, bimalleolar izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura bimalleolar izquierdo.

CONCLUSIONES: La paciente se operó de forma urgente, se colocaron dos placas, una con cinco tornillos y otra con tres. Ingresó en planta para valoración de la intervención quirúrgica y fue dada de alta. Recomendaciones como usar calzado cómodo, cerrado que sujete el pie sano. Durante las primeras semanas debe evitar la carga sobre la extremidad afectada; eso significa que puede realizar la deambulación con ayuda andador/muletas, estando sólo permitido el roce del pie con el suelo. Prohibido caminar apoyando el peso sobre la extremidad afectada. No debe olvidar cumplir la pauta medicamentosa. Vigile: Si los dedos están azules, pálidos o fríos. Si aparece en el miembro operado sensación de adormecimiento, pinchazos como agujas y hormigueo. Si tiene fiebre (T^a mayor de 38°C). Acudir al área de Urgencias de su Hospital si presenta algunas de estos signos.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA TOBILLO, FRACTURA MALEOLAR, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, PLACA, TORNILLOS.

ANÁLISIS SOBRE LA MENISCECTOMÍA Y LA SUTURA MENISCAL ANTE LAS ROTURAS MENISCALES

IVÁN MORALES GONZÁLEZ, ABD AL AZIZ LANAGRÁN TORRES, JORGE DE LAS HERAS ROMERO, VÍCTOR CASTILLO MESEGUER

INTRODUCCIÓN: La rotura de menisco es la patología más frecuente de la rodilla. Las opciones terapéuticas más frecuentemente usadas son la meniscectomía y con menos frecuencia la reparación meniscal. Debido a las diversas e importantes funciones que tiene el menisco en la articulación de la rodilla y a las controversias sobre el tratamiento más adecuado, he decidido realizar una revisión bibliográfica sobre estudios que comparen específicamente la meniscectomía con la sutura meniscal y comprobar cuáles son los resultados de ambas técnicas a medio y largo plazo.

OBJETIVOS: Determinar las diferencias entre la meniscectomía frente a la sutura meniscal ante roturas meniscales de rodilla.

METODOLOGÍA: La búsqueda se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scopus, Medline, Embase y The Web Of Science. Las diferentes escalas usadas han sido IKDC, KOOS, Lysholm, test de actividad de Tegner, cuestionario modificado de Noyes, Fairbank o de Albacky y Kell-gren and Lawrence (ambas para la artrosis de rodilla). Resultados: Se han incluido 6 artículos, siendo uno de ellos un estudio prospectivo, aleatorizado. Se demostró una diferencia significativa a favor de la reparación meniscal en cuanto al grado de progresión de la artrosis, la actividad deportiva y la valoración clínica de la IKDC. Sin embargo la meniscectomía tuvo una mayor tasa de reintervención quirúrgica.

RESULTADOS: La reparación meniscal muestra mejores resultados a largo plazo con respecto a la meniscectomía. Sin embargo parece que la mayor tasa de éxito de esta técnica sucede cuando la sutura se realiza en zona roja meniscal, hallando una alta tasa de fracasos si la sutura se realiza en zona blanca. La recuperación de deportistas en suturas meniscales es excelente alcanzando el nivel deportivo previo que tenían previamente a la rotura meniscal.

CONCLUSIÓN: La reparación meniscal mostró mejores resultados a largo plazo que la meniscectomía a pesar de tener una mayor tasa de reintervención.

PALABRAS CLAVE: ROTURA MENISCAL, SUTURA MENISCAL, MENISCECTOMÍA, GONARTROSIS.

AUTOTRANSFUSIÓN POSTOPERATORIA EN LA ARTROPLASTIA DE RODILLA

INMACULADA PEREZ MARTINEZ, LÁRAMI RODRIGUEZ AMO, JUANA GANFORNINA CAMPOS

INTRODUCCIÓN: La artroplastia total de rodilla es una de las cirugías más demandadas y realizadas en la práctica diaria. Es una cirugía agresiva con requerimientos de reposición hemática elevados. La necesidad de ahorro sanguíneo es un tema de interés creciente en la profesión médica, ya que en algunas ocasiones los requerimientos de reposición hemática se sitúan por encima de la donación homóloga altruista, superando incluso las capacidades de los bancos sanguíneos, por ello se están desarrollando y estudiando diversas estrategias de ahorro sanguíneo. La tendencia actual en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) apunta hacia una política más restrictiva, promoviendo prácticas como la autotransfusión, la donación autóloga predeposición, técnicas de recuperación postoperatorias o la administración de agentes farmacológicos.

OBJETIVOS: Comprobar la eficacia de la autotransfusión postoperatoria para disminuir la necesidad de transfusión de sangre.

METODOLOGÍA: La revisión de la evidencia científica se ha realizado utilizando bases de datos como medline, y Scielo. También se han revisado otros documentos como manuales, libros especializados, protocolos y guías de práctica clínica.

RESULTADOS: Tras una revisión bibliográfica queda reflejado que el uso de sistemas recuperadores de sangre postquirúrgicos es una estrategia ampliamente utilizada en España, debido a su eficacia y fácil manejo. El objetivo de estos sistemas va encaminado a evitar la anemización, reduciendo las necesidades de transfusión alogénica como fuente de hemáties. Una de las ventajas del recuperador es la obtención inmediata de sangre de calidad.

CONCLUSIÓN: -La reinfusión de los drenajes postquirúrgicos es una técnica sencilla, segura y efectiva, y disminuye la pérdida hemática en los controles analíticos postoperatorios. - No reinfundir incrementa la probabilidad de recibir una transfusión de sangre alogénica. - El uso del drenaje reinfusor no provoca complicaciones.

PALABRAS CLAVE: ARTROPLASTIA DE RODILLA, AUTOTRANSFUSIÓN, CIRUGIA ORTOPÉDICA, REDÓN RECUPERADOR.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSQUIRÚRGICO DE FRACTURA DE CADERA

CRISTINA SILVA BELLIDO, CAROLINA GALVEZ PEREZ, LORENA ROMERO ELOY

INTRODUCCIÓN: Una fractura de cadera es una pérdida de la continuidad normal de la sustancia ósea en el extremo proximal del fémur. Existen diferentes tipos de fractura, fractura de cabeza femoral, fractura de cuello femoral, fractura intertrocánterica. Las causas pueden ir desde caídas y tumores óseos hasta osteoporosis. Este tipo de fracturas está siendo hoy día un problema de salud muy importante, dado que sus consecuencias van desde una disminución en la capacidad funcional, hasta la muerte.

OBJETIVOS: Determinar medidas para: Ayudar a afrontar al paciente su nuevo estado de salud, valorando riesgos como la aparición de úlceras por decúbito. Proporcionando la mejor calidad en los cuidados de enfermería. Proporcionar el apoyo para su autocuidado y su independencia.

METODOLOGÍA: Se lleva a cabo una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos. Las palabras claves utilizadas para la búsqueda fueron fractura de cadera en anciano.

RESULTADOS: Una elevada proporción de pacientes nonagenarios pueden lograr la independencia para caminar después de recibir ayuda. La movilización tras la intervención debe ser rápida. La rehabilitación básicamente consiste en ejercicios de potenciación muscular y movilidad. El objetivo será conseguir igual grado de capacidad funcional y de independencia para la marcha que el paciente tenía antes de la fractura.

CONCLUSIÓN: La fractura de cadera en la actualidad constituye un problema de independencia a tener en cuenta debido al envejecimiento de la población y constituye una de las lesiones mas habituales en cirugía en el anciano. Con grandes repercusiones sociales, sanitarias y económicas, se prevé que su incidencia vaya en aumento en los próximos años de ahí la importancia de la prevención en la que enfermería tiene un papel protagonista. El incremento del envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida muy relacionado con la aparición de enfermedades crónicas predisponen a sufrir fractura de cadera.

PALABRAS CLAVE: SALUD, ANCIANO, POSQUIRÚRGICO, PREVENCIÓN, ENFERMERÍA.

ABORDAJE DE UN CASO: PRONO DOLOROSO

MARIA LUSA AMADOR MATEOS, SAMUEL SANTANA RAMIREZ, MARÍA ADRIAENSSENS PEREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 4 años es remitido a urgencias por su abuela, muy preocupada porque no mueve el brazo derecho. Niega traumatismo directo. Sólo refiere que "le ha dado un pequeño tirón del brazo para que no cruzase la calle y desde entonces no lo mueve".

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración el niño se presenta poco colaborador con actitud antiálgica del miembro superior derecho. Al forzar la supinación con la mano derecha manteniendo el codo con la izquierda se nota un chasquido en el codo a nivel del margen lateral. El niño llora y sigue sin colaborar. No se realizan pruebas complementarias. Tras reevaluación clínica a los 15 minutos y haber administrado ibuprofeno vía oral el niño está jugando y moviendo los dos brazos sin limitación.

JUICIO CLÍNICO: Prono doloroso del codo derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Luxación de codo derecho. Fractura supracondílea del codo.

PLAN DE CUIDADOS: Administrar analgesia y antiinflamatorios orales si dolor.

CONCLUSIONES: El prono doloroso es una patología muy frecuente en niño que suele desencadenarse por un mecanismo de tracción longitudinal del brazo que provoca una luxación de la cabeza radial con respecto al ligamento anular. La gran mayoría de las ocasiones se reduce de forma fácil mediante una maniobra de supinación forzada y flexión del codo. Las pruebas radiológicas estarían indicadas en caso de referir traumatismo.

PALABRAS CLAVE: PRONACIÓN DOLOROSA, DOLOR EN BRAZO, INMOVILIZACIÓN BRAZO, SUBLUXACIÓN, CABEZA RADIAL DEL COSO.

MANEJO DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO TRAS ACCIDENTE DE TRÁFICO

MYRIAM MORENO RODRIGUEZ, SILVIA FRIAS PISTON, NURIA MIRANDA RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón 34 años, trasladado por el 061 tras un accidente de tráfico en la A-45, encontrado a 10 metros del coche en decúbito prono, con posición forzada del cuello y dolor a dicho nivel, con motor conservado pero sensibilidad disminuida en MMII. A. P: No alergias, no HTA, no Diabetes, no Cardiopatía ni broncopata, no intervenciones Qx, Hipotiroidismo, asma extrínseca y Trastorno de ansiedad. Tto habitual: Paroxetina 40mg/24h y Tranxilium 10mg/24h.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Glasgow 10, T. A 110/55, F. C 140, FR 14, SatO₂ 89%, glucemia: 98, empeora, Glasgow 3, se procede a la sedoanalgesia, IOT y VMC. Cara y Cabeza: erosiones en región fronto- parietal sin hundimiento de huesos craneales, contusión de párpados y zona periocular Cuello y Columna: Lesión cervical. A. Cardiorespiratoria: normal. No ingurgitación yugular, Abdomen: depresible sin irritación peritoneal, Extremidades: no TVP ni edemas. Fractura de pie. Neurológico: sedado, pupilas medio reactivas. Perfil politraumatizado + coagulación TAC craneal: sangre en surcos y cisterna interpeduncular con hemorragia subaracnoidea, no hidrocefalia, fractura de huesos propios y porción anterior del arco cigomático izquierdo con hematoma retroorbitario. TAC cervical: fractura porción posterior C2, con desplazamiento de fragmentos sin invasión del canal y fractura de ambos pedículos C2 y apófisis superiores con afectación a ambos agujeros vertebrales. TAC toraco abdominal con contraste: no lesiones.

JUICIO CLÍNICO: Politraumatismo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras analizar sintomatología neurológica, presencia de erosiones craneales, contusión de párpado y zona periocular, podemos inclinarnos casi con seguridad a un TCE. Sospecha de lesión cervical, por disminución de sensibilidad en MMII, aunque todo politraumatizado, hay que considerarlo como tal.

PLAN DE CUIDADOS: Oxigenoterapia, Inmovilización completa, Vigilancia nivel de conciencia y signos vitales, administración de analgesia, apoyo emocional.

CONCLUSIONES: En la actualidad es la principal causa de mortalidad en < 45 años, teniendo una importante repercusión sociosanitaria y económica. Siendo el conjunto de actuaciones en el periodo crítico un factor determinante en la supervivencia y morbilidad posterior.

PALABRAS CLAVE: ACCIDENTE, POLITRAUMA, POLITRAUMATIZADO, TEC, LESIÓN CERVICAL.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL CATÉTER EPIDURAL

ROBERTO PICOS POUSO, MARIA MURILLO RUBIO, JOSE ANTONIO MORENO GARCIA, ADRIAN LINARES MARTIN, ESTHER PESTAÑA CASTRO, NOEMI RODRIGUEZ PAIXA

INTRODUCCIÓN: La colocación de un catéter dentro del espacio epidural es una técnica cada vez más común en el tratamiento del dolor, que se utiliza para el paso de sustancias anestésicas en este espacio. Las indicaciones de uso del catéter epidural son: traumatismos torácicos, analgesia obstétrica y tratamiento del dolor postoperatorio grave. A pesar de que la inserción del catéter lo realiza el equipo de medicina, enfermería tiene un papel activo en todo el proceso.

OBJETIVOS: Conocer cual es el papel de enfermería en el manejo del catéter epidural.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos, acotada con los términos de búsqueda "dolor", "catéter epidural" y "enfermería".

RESULTADOS: Desde la inserción hasta la retirada del catéter el papel de enfermería es el siguiente: Inserción: la inserción del catéter se realiza por parte del equipo médico. Enfermería se encargará de asistir durante el proceso, la preparación del material a utilizar y llevar a cabo una serie de comprobaciones previas. Deberá comprobar la identidad del paciente, proporcionarle información, interrogar sobre alergias e intolerancias y asegurarse de que el paciente no recibe anticoagulación por heparinas de bajo peso molecular, y si la recibe, esperar el tiempo necesario en cada caso. Mantenimiento: mantener las fijaciones limpias e íntegras, evitar manipulaciones innecesarias, realizar la cura del punto de punción bajo medidas de esterilidad, identificar externamente que se trata de un catéter epidural y comprobar que está correctamente colocado aspirando de forma suave, siempre antes de la administración de medicación. Retirada: tendremos las mismas comprobaciones previas que en la inserción (identidad del paciente, coagulación, etc). Retiraremos el catéter de forma suave comprobando que está íntegro..

CONCLUSIÓN: El catéter epidural mejora el pronóstico del paciente y su confort. Para realizar un correcto uso y evitar errores, el personal de enfermería debe estar bien formado sobre el manejo de éste catéter.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, ANALGESIA, CATÉTER EPIDURAL, ENFERMERÍA.

DOLOR DE MUÑECA DE MESES DE EVOLUCIÓN TRAS UNA CAIDA FORTUITA

FRANCISCO JAVIER GARCIA GARCIA, ANA ISABEL RECHE PADILLA, MARIA LUISA ARIZA SÁNCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 41 años que acude a consulta por historia de casi un año de evolución de dolor en muñeca derecha. No refiere historia de fiebre, golpe reciente o actividad inusual con las manos. Indagando en la historia, sí recuerda una caída sobre dicha mano en su domicilio que le estuvo molestando unos días, pero que según refiere mejoró con un vendaje.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente presenta dolor a la compresión axial del 1º y 2º radio, dolor a presión en la tabaquera anatómica, disminución de aproximadamente 15º a la flexión dorsal de la muñeca y de 22º en la desviación cubital, respecto a la contralateral. No derrame o tumefacción. Se solicita Rx AP, lateral y oblicua comparada de ambas muñecas, observándose una fractura no consolidada del escafoides. A continuación, se realiza una RM para ver el estado óseo y de las partes blanda circundantes.

JUICIO CLÍNICO: Pseudoartrosis de escafoides carpiano derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura aguda de escafoides, disociación escafolunar, fractura radio distal.

PLAN DE CUIDADOS: En este tipo de fallos de unión ósea, igual que en otras muchas localizaciones, es preciso que al acto quirúrgico de osteosíntesis se la añada otro gesto que pueda ayudarnos a conseguir esa consolidación y además corregir posibles deformidades secundarias. En este caso fue preciso la obtención de injerto óseo de la cresta ilíaca del paciente para luego interponerlo entre los bordes fractuarios y fijarlo mediante un tornillo tipo Herbert. A los 4 meses de seguimiento, ya se aprecia la consolidación del injerto y la paciente ha recobrado, aunque no en su totalidad, los grados perdidos de movimiento.

CONCLUSIONES: Ante una pseudoartrosis de escafoides el tratamiento quirúrgico se hace necesario, pues toda la estructura del carpo se rige bajo un equilibrio de fuerzas y su disrupción, por tanto, supone la aparición de cambios degenerativos en el resto de estructuras de la muñeca.

PALABRAS CLAVE: ESCAFOIDES, FRACTURA, PSEUDOARTROSIS, INJERTO.

ABORDAJE DE LA FRACTURA DE RADIO DISTAL

MARIA LUSA AMADOR MATEOS, SAMUEL SANTANA RAMIREZ, MARÍA ADRIAENSSENS PEREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 6 años acude a urgencias traído por sus padres porque mientras jugaba al fútbol de portero se ha lanzado y caído sobre la muñeca izquierda. Desde entonces presenta dolor e impotencia funcional aunque la actitud del niño es colaboradora.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: No presenta deformidades. Dolor selectivo a nivel del radio distal de la muñeca izquierda con limitación funcional aunque es capaz de realizar una flexión dorsal de la muñeca de unos 20° y una flexión palmar de 30°. Pronosupinación limitada en últimos grados. Se le realizó una radiografía anteroposterior y lateral de muñeca izquierda. La proyección anteroposterior es normal, sin embargo en la proyección lateral se aprecia un mínimo abombamiento de la cortical dorsal del radio a 2 cm de la línea articular, sugerente de fractura en rodete.

JUICIO CLÍNICO: Fractura en rodete de radio distal izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura en tallo verde, epifisiolisis de muñeca distal.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento de la fractura en rodete consiste en una inmovilización con férula posterior entre 2 a 4 semanas según la edad del niño. En este caso se mantuvo 2 semanas, tras las cuales el niño presentaba movilidad completa a nivel de la muñeca y del codo y reanudó de forma progresiva su vida cotidiana.

CONCLUSIONES: Este tipo de fracturas son exclusivas de la infancia y tienen un excelente pronóstico.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA RODETE, FRACTURA DE TORUS, FRACTURA DE RADIO DISTAL, FRACTURA EN TALLO VERDE.

CAÍDA DE NIÑO PRACTICANDO ESQUÍ. FRACTURA DE FÉMUR PROXIMAL Y DESLIZAMIENTO EPÍFISIS FEMORAL PROXIMAL: CADERA DE ESQUIADOR

MARÍA ÁNGELES ALEGRET COLOMÉ, SILVIA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, EVA DOMINGUEZ ANDREU

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 11 años llega en barqueta por personal de emergencias de pistas de esquí, al centro médico de dichas pistas. Caída a baja velocidad, y traumatismo en extremidad inferior izquierda.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientado, saturación de oxígeno mantenida, normotenso y taquipneico, taquicárdico, hipotérmico, dolor agudo e impotencia funcional de la extremidad. No existen heridas, ni sangrado aparente. Clínicamente fuerte dolor en ingle y costado derechos. Relata las condiciones del lugar, forma de la caída, e incapacidad para ponerse de pie y soportar su propio peso. Dolor a la compresión axial, y a la palpación de la región petrocotérea izquierda. Acortamiento y rotación externa de la cadera. Se realizó radiografía de pelvis, y de fémur izquierdo. Se administra Nolutil, Tramadol, y Cloruro mórfico diluido ev. Suero Fisiológico 500 cc, y mantenimiento.

JUICIO CLÍNICO: Hay que descartar antecedentes, de dolor o marcha antártica con deslizamiento agudo o crónico respecto de la epífisis femoral proximal. ÉS un esquiador habitual, crecimiento y peso correctos con la edad, sin antecedentes conocidos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fx del fémur proximal y DEFP. "Cadera de esquiador". "Cadera de esquiador" és la fuerza intensa aplicada cuando el pie está en el suelo mientras la cadera gira, tal como explicó. DEFP és un desplazamiento de la epífisis sobre la metáfisis a través del cartílagos de crecimiento, parece relacionarse con los cambios hormonales.

PLAN DE CUIDADOS: Control de nivel de consciencia, pulsos centrales y periféricas, constantes vitales, dolor y temor y ansiedad, posibles hemorragias, edemas, extremidad afectada.

CONCLUSIONES: Realizada inmovilización inmediata, ya desde pista y derivado al hospital de referencia más cercano. Drenaje del hematoma capsular observado posteriormente, y reducción y estabilización quirúrgica urgente Se trató al paciente con mucha cautela debido a la posible existencia de hemorragia interna. Las complicaciones importantes: necrosis del cartílagos articular (condrólisis) y necrosis avascular de cabeza femoral.

PALABRAS CLAVE: URGENCIA, FRACTURA DE FÉMUR, CADERA ESQUIADOR, NIÑO.

GANGLIÓN BILOBULADO DORSO MUÑECA DERECHA

SAMUEL SANTANA RAMIREZ, MARIA LUSA AMADOR MATEOS, MARÍA ADRIAENSSENS PEREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 23 años sin antecedentes de interés consulta por tumoración en dorso de la muñeca derecha que refiere que le duele en contexto de ser trabajador manual y golpearse en dicha zona de forma reiterada. Además refiere que lleva con dicha tumoración muchos años y le ha variado de tamaño.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tumoración sésil bilobulada de 4cm x 2cm, no doloroso, adherida a planos profundos, sin cambios tróficos cutáneos, depresible en dorso radial de la muñeca derecha. Ante la elevada sospecha de ganglión no se solicitan pruebas complementarias.

JUICIO CLÍNICO: Ganglión bilobulado en dorso de la muñeca derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tumor de células gigantes, tendinitis.

PLAN DE CUIDADOS: Se le explicó el riesgo de recidiva ante la resección quirúrgica por lo que el paciente rechazó la cirugía. En su lugar se realizó una punción aspiración del quiste obteniendo 2cc de líquido sinovial, se inyectó una solución de corticoide y se aplicó un vendaje compresivo durante 48 horas. Actualmente el paciente está asintomático.

CONCLUSIONES: Los gangliones o quistes sinoviales son tumoraciones muy frecuentes que afectan predominantemente a la región de la mano y muñeca.

PALABRAS CLAVE: GANGLIÓN, QUISTE SINOVIAl, TUMOR, VAINA SINOVIAl.

CONDROBLASTOMAS EN LA ARTICULACIÓN DE RODILLA: REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

JAVIER MARANTE FUERTES, ANNA HOLUB, FRANCISCO JAVIER SOTELO SEVILLANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: El condroblastoma es un raro tumor benigno de estirpe cartilaginosa. Representa tan solo el 1% de los tumores óseos. Su localización más frecuente es en epífisis de huesos largos de miembros inferiores y con menos frecuencia en los superiores. Se trata de un tumor que afecta fundamentalmente a niños y adultos jóvenes. Caso 1: Niña de 12 años, sin antecedentes de interés, con gonalgia y edema de repetición en rodilla derecha de 6 meses de evolución.. Caidas frecuentes en la infancia. También refiere episodios de bloqueo articular.. CASO 2: Varón de 20 años de edad, sin antecedentes de interés, que refiere historia de gonalgia derecha de un año de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Caso 1: A la exploración, rodilla discretamente ocupada, dolorosa a la movilización con un flexo de 10º y una flexión activa y pasiva dolorosa a partir de los 50º. Radiográficamente imagen sugestiva de condroblastoma en región posterolateral de epífisis proximal de tibia. Confirmación por TAC, RMN y finalmente por biopsia CASO 2: A la exploración la rodilla presenta un mínimo derrame articular con intenso dolor en cóndilo femoral interno a la palpación. No signos de inestabilidad. Rx rodilla derecha: Imagen sugestiva de condroblastoma en cóndilo femoral interno. Se confirma por biopsia el diagnóstico.

JUICIO CLÍNICO: Condroblastomas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Osteocondroma, condrosarcoma, otros tumores de estirpe cartilaginosa.

PLAN DE CUIDADOS: En ambos casos se procede a curetaje de las lesiones y relleno del defecto con injerto óseo esponjoso procedente de banco. En el caso con afectación del cóndilo se realiza cierre de la superficie articular con aloinjerto osteocondral según técnica de mosaicoplastia para asegurar la recuperación de la anatomía de la articulación. En ambos casos la evolución a sido favorable y los enfermos se encuentran realizando una vida sin limitaciones

CONCLUSIONES: Aunque se trata de un tumor raro es importante la mantener sospecha clínica en niños y adultos jóvenes.

PALABRAS CLAVE: CONDRIBLASTOMA, TUMOR ÓSEO, RODILLA, HUESO LARGO, EPÍFISIS.

CAÍDA DE RODILLA IZQUIERDA EN PERSONA ADULTA

ANA MARIA CABAS JIMÉNEZ, FRANCISCA ROCIO PARRA HOLGADO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 60 años acude a urgencias por giro de rodilla izquierda tras una postura forzada con sensación de chasquido ayer por la tarde. No refiere caída ni traumatismo. Desde anoche se nota la rodilla dolorida e hinchada refiere tener líquido y quemazón. Tiene dolor en cara anterolateral de rodilla izquierda y dificultad para la flexión. Comenta que hace 1 año tuvo un problema en la otra pierna por una caída la cual se rompió los ligamentos. Los antecedentes personales que tiene tensión arterial elevada, colesterol, operado de las dos rodillas extracción de menisco.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se procede a realizar artrocentesis con extracción de líquido hemático en el que no se aprecia sedimentos grasos. Dolor a la palpación en cara anterolateral de rodilla izquierda. Se le realiza una radiografía en la que no se le aprecia nada. No lesiones óseas agudas. Se le coloca vendaje compresivo.

JUICIO CLÍNICO: Gonalgia izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos que aporta la anamnesis inicial se sospecha una fractura de rodilla, al ver la radiografía no se aprecia ninguna rotura.

CONCLUSIONES: La gonalgia si es de origen traumático se refiere que ha recibido un traumatismo directo en la rodilla, una torsión excesiva de la rodilla cuando el pie está en el suelo y giramos le tronco, un golpe. En estos casos puede ocurrir: Una simple contusión, una lesión ligamentosa, una lesión de menisco, una lesión ósea.

PALABRAS CLAVE: MALESTAR, DOLOR, QUEMAZÓN, HINCHAZÓN.

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LAS LUXACIONES ACROMIOCLAVICULARES

ANNA HOLUB, JAVIER MARANTE FUERTES, FRANCISCO JAVIER SOTELO SEVILLANO

INTRODUCCIÓN: Para reparar de forma satisfactoria esta luxación, es preciso suturar los ligamentos coracoclaviculares o reconstruirlos con un injerto de fascia. Además la articulación debe reducirse y mantenerse reducida, hasta que los ligamentos hallan cicatrizado.

OBJETIVOS: Valorar la técnica y los resultados de abordaje anterior con agujas de Kirschner y ligamentoplastia en el tratamiento de las luxaciones acromioclaviculares.

METODOLOGÍA: Hemos realizado un estudio retrospectivo de 42 pacientes con luxaciones acromioclaviculares de grados III, tratados según la técnica con abordaje por vía anterior. Se efectuó un estudio de las radiografías preoperatorias, clasificando las luxaciones según los criterios establecidos por Allman y modificados por Rockwood. En el momento del alta del enfermo, se consignó la concurrencia de complicaciones, dolor, tiempos de inmovilización y rehabilitación y capacidad funcional de la articulación.

RESULTADOS: Edad media 32,5 años Hombres/mujeres: 10/1 100% accidentes deportivos, tráfico o laborales. Estancia media: 3 días. Todos los enfermos fueron intervenidos de forma urgente el mismo día del ingreso. Grado III: lesión más habitual. Ninguna complicación postoperatoria inmediata. Ningún fallo en la reducción inmediata siendo la congruencia articular superior al 80% en todos los casos. Retirada de agujas: 30 días. Inicio de movilización: 45 días. Ti° rehabilitador: 1 mes. El 100% de los pacientes han vuelto a su actividad laboral o deportiva. Ningún paciente refiere dolor en su actividad. A la retirada de agujas 18 % sufren un ascenso < de 2mm. Al año (reabsorción del material).

CONCLUSIÓN: Concluimos que es una técnica segura, no necesita doble acto quirúrgico tiene escaso índice de complicaciones y alta satisfacción por parte de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: LIGAMENTOPLASTIA, AGUJAS, LUXACIÓN, ACROMIOCLAVICULARES.

TRATAMIENTO CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA DE LESIONES EN EXTREMIDAD INFERIOR TRAS TRAUMATISMO

NOELIA FERNÁNDEZ GIL, ANA MARIA RUEDA FAJARDO, ESTHER SALAZAR ZOYO, MARIA NIEVES FERNÁNDEZ GIL, MIRIAM MERCADÉ NIN, TAMARA DIEGO BELMONTE, DAVID PASCUAL DE CASO, JACQUELINE REYES CORDOVA, JORGE UTRILLAS SANCHEZ, VALERIN JOYSI ESPINOZA REYES, FRANCISCA HERNÁNDEZ LUQUE, ELISABET GRANOLLERS HERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 25 años que ingresa procedente de Urgencias tras sufrir traumatismo en extremidad inferior derecha con la moto.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración: Consciente y Orientada, Hemodinamicamente estable, eupneica, refiere dolor. Tras la retirada del vendaje se observa heridas en cara lateral distal de pierna izquierda y en dorso de tobillo y en cara interna de pierna, con afectación de vena safena y sección parcial de músculo pedio y lesión condral de articulación calcáneo-cuboidea. Pruebas complementarias: -Se realiza analítica general. -Radiografía de la extremidad inferior. -Control del dolor. -Control de náuseas y vómitos. -Se realiza cultivo de las heridas: Cultivo positivo a *Enterobacter cloacae* (multiresistente) y a *Pseudomonas aeruginosa*.

JUICIO CLÍNICO: Tras la realización de diversas pruebas complementarias, llevamos a la conclusión de los siguientes diagnósticos de enfermería que presenta la paciente: -Dolor -Riesgo del Síndrome del desuso. -Riesgo de hipovolemia. -Deterioro de la integridad tisular. -Riesgo de infección. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Por persistencia de *Pseudomona* multiresistente y ante el estancamiento de lesión se inicia Terapia de Presión Negativa (TPN) de un solo uso combinada con apósito de hidrofibra de hidrocoloide con plata.

PLAN DE CUIDADOS: Observamos los Diagnósticos con sus correspondientes Intervenciones de Enfermería: -Dolor: Control y efectividad. -Riesgo del Síndrome del desuso: Patrón respiratorio, deposiciones, control del estado mental, piel, mucosas y reconocimiento a la actividad. (Sedestación con extremidad elevada). -Deterioro de la integridad tisular: Inicio del tratamiento de Presión Negativa y evaluación de la herida, cura y control. -Riesgo de hipovolemia: Diuresis, control de constantes, apósitos. -Riesgo de infección: Enseñar al paciente hábitos higiénicos, vigilar el estado nutricional e hidratación, valoración continua de signos y síntomas de la infección.

CONCLUSIONES: Gracias al Diagnóstico diferencial de este caso clínico, tras 8 semanas de tratamiento con TPN combinada con hidrofibra con plata, se observa una gran reducción del tamaño de las lesiones y conseguimos disminuir las complicaciones y sus riesgos.

PALABRAS CLAVE: APOSITO HIDROCOLOIDE, HERIDA, TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA, DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA, CURAS DE ENFERMERÍA.

