

**ACTAS DEL**

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



**VOLUMEN III**

**Comps.**

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

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

**Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018**

**Comps.**

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

© 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 III”, 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: 978-84-697-9976-5

Depósito Legal: AL 382-2018

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

|   |           |
|---|-----------|
| <b>PACIENTE QUE PRESENTA APLASTAMIENTO 4 SIN LESIÓN MEDULAR EN CONTEXTO DE POLITRAUMATIZADO DEBIDO A UN ACCIDENTE DE ALTA ENERGÍA .....</b>       | <b>18</b> |
| YOLANDA RIOS VAZQUEZ , MARIA ELENA PACIOS CAMPOS, XAVIER ENSENYAT COLOMER, MARÍA JOSEFA LÓPEZ DÍAZ, SARA FERNANDEZ LUQUE, YOLANDA DOMINGO GASQUEZ |           |
| <b>EL CATÉTER EPIDURAL COMO ANALGESIA POSTOPERATORIA .....</b>  | <b>19</b> |
| MARIA ARCAS CORPAS, MARÍA JESÚS HERRERO RODRIGUEZ, ESTHER REVUELTA RUIZ   |           |
| <b>FRACTURA DE CADERA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA .....</b>   | <b>20</b> |
| ROCIO PAZ ORTIZ, MARÍA DE LA PAZ FERNÁNDEZ MOLINA, ANA SÁNCHEZ MAESTRE  |           |
| <b>FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO .....</b>   | <b>21</b> |
| ANA ISABEL ALVAREZ BOLIVAR, MÓNICA RUANO ALCARAZ, ISABEL MARÍA TORRALBO DE LA ROSA  |           |
| <b>TÉCNICA QUIRÚRGICA DEL TRASPLANTE DE PERONÉ PARA RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR.....</b>  | <b>22</b> |
| ELISABETH CASCALES PALAZÒN, MARIA JESÚS CRESPO CASTILLO, PABLO SALMERON RUIZ  |           |
| <b>ARTROSIS DE CADERA UNA INTERVENCIÓN MUY COMÚN CON UN RESULTADO SATISFACTORIO .....</b>   | <b>23</b> |
| ALICIA MARTIN PEREZ, ALICIA RODRIGUEZ PEREZ, MARIA DEL MAR CASAS GARCIA   |           |
| <b>A PROPÓSITO DE UN CASO: TRAUMATISMO LUMBAR EN ADOLESCENTE.....</b>   | <b>24</b> |
| JOSE MANUEL ORIHUELA FLOR, MARIA DEL CARMEN TORREJON RODRIGUEZ, SONIA CEBALLOS-ZUÑIGA ARJONA  |           |
| <b>CUIDADOS ENFERMEROS PARA ESGUINCE DE TOBILLO .....</b>   | <b>25</b> |
| JONATHAN CÓZAR RODRÍGUEZ, SARA AGUILAR GALLARDO, MARINA SÁNCHEZ VARELA  |           |
| <b>ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE ESGUINCE DE TOBILLO .....</b>   | <b>26</b> |
| ANTONIO JESUS SEDANO RAMON, ESTHER PUERTAS GONZÁLEZ, ANA ISABEL GARCÍA HERNANDEZ  |           |
| <b>VENDAJES E INMOVILIZACIONES EN URGENCIAS PARA ENFERMERÍA .....</b>   | <b>27</b> |

ALICIA BALTASAR SOLER, MARÍA TERESA MENDOZA SÁNCHEZ, JOSE LUIS RODRIGUEZ FUENTES

**DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE RODILLA .....28**

ENCARNACION FERNANDEZ ALCARAZ, MARIA ISABEL GIMÉNEZ SÁNCHEZ, JOAQUINA GONZALEZ RODRIGUEZ, JUANA GUERRERO JURADO, MARÍA SOLEDAD GARCÍA GARCIA, MARIA CRUZ NAVARRO AYORA, PAULA PERIAGO BASTIDA

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA .....29**

DAVID CEBRIAN MARTINEZ, LAURA ABADÍA GARCÍA, LAURA BOTIAS MEROÑO, MARÍA DEL CARMEN GALÁN VILLEGAS, ANA MOLINA GIMÉNEZ, MARÍA TUDELA TORRES, MARÍA ÁNGELES PARRA MARTÍNEZ, ELENA PEREZ MARTINEZ, IRENE MARIN RUIZ, MARIA GARCIA ARMIÑANA, JOSÉ LÓPEZ SÁEZ, LORENA GONZÁLEZ PICAZO

**A PROPÓSITO DE UN CASO: FRACTURA SUBCAPITAL DE FÉMUR IZQUIERDO ...30**

ROCÍO MORAL CEPEDELLO, AILEEN SERRANO RAMÓN, MARIA DEL CARMEN JURADO LIRA

**APLASTAMIENTO DEL BRAZO DERECHO CON FRACTURA ABIERTA .....31**

EVA RUIZ FERNANDEZ, EMILCE EVANGELINA GARCIA PAPANINI, GEMA GARCIA PRIETO

**PACIENTE VARÓN QUE PRESENTA HOMBRO DOLOROSO .....32**

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

**EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL MANGUITO DE ISQUEMIA .....33**

INMACULADA VILLODRES JIMENEZ, IGNACIO GÓMEZ SANZ, MANUEL SÁEZ ZOTANO

**ANÁLISIS DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CIÁTICA .....34**

INMACULADA VILLODRES JIMENEZ, IGNACIO GÓMEZ SANZ, MANUEL SÁEZ ZOTANO

**A PROPÓSITO DE UN CASO: DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE PERTHES .....35**

ANGEL LUIS FERNÁNDEZ MORALES, CRISTINA FERNANDEZ RAMIREZ, INÉS LÓPEZ CORRAL

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA .....36**

CARLOS RABAZA GRAU, NURIA BENET CERDÀ, LIDIA UBIERGO ARJONA, ALICIA JUAN LLAMAS, LAURA GARCÍA PÉREZ, PATRICIA BAREA AGUILAR, CRISTINA

|   |           |
|---|-----------|
| QUESADA RODRIGUEZ, ALBA ORTEGA FRANCO, HELENA FERRER GIMENO,<br>SONIA PEREZ SOTILLO, SERGI NAVAS MARTINEZ, MARINA CRUZ CÁRDENAS |           |
| <b>TRATAMIENTO REPARADOR CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS .....</b>   | <b>37</b> |
| VIRGINIA MONTERO MADRID, NATALIA MONTERO MADRID, MARIA JOSE<br>MONTEJO GARCIA   |           |
| <b>VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS EN ADULTO .....</b>   | <b>38</b> |
| RUBÉN ANTONIO GARCÍA LARA, NORA SULEIMAN MARTOS, GRACIA AURORA<br>MARTÍN HURTADO  |           |
| <b>LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON<br/>GRÚA .....</b>   | <b>39</b> |
| INMACULADA LOPEZ ROBLES, MARIA ISABEL GARCIA CHAVES, MARÍA DEL<br>CARMEN FERNÁNDEZ MELGUIZO                                     |           |
| <b>PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA DERECHA EN MUJER DE 69 AÑOS .....</b>  | <b>40</b> |
| CATALINA EUGENIA VELA MUÑOZ, CAROLINA CEBALLOS MATEO, MARÍA<br>DESEADA PIZANO SÁNCHEZ   |           |
| <b>ABORDAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON HERIDAS.....</b>   | <b>41</b> |
| ALICIA BALTASAR SOLER, MARÍA TERESA MENDOZA SÁNCHEZ, JOSE LUIS<br>RODRIGUEZ FUENTES   |           |
| <b>ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON ESCOLIOSIS EN EL<br/>SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA.....</b>                         | <b>42</b> |
| ANA PETIDIER PINO, MARIA PAVON AMO, ALEJANDRO QUILES PARRA  |           |
| <b>TRATAMIENTOS DEL ICTUS EN HOSPITALES CON Y SIN UNIDADES DE ICTUS ..</b>  | <b>43</b> |
| FRANCISCA MARTIN LOPEZ, ANA MARIA MOLINA RODRIGUEZ, CRISTINA RUIZ<br>ALVAREZ  |           |
| <b>PACIENTE ADULTO CON DOLOR EN LA PIERNA: CIATALGIA .....</b>  | <b>44</b> |
| AILEEN SERRANO RAMÓN, ROCÍO MORAL CEPEDELLO, MARIA DEL CARMEN<br>JURADO LIRA  |           |
| <b>EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE<br/>TRAUMATOLOGÍA: PARESTESIAS EN MANO DERECHA .....</b>   | <b>45</b> |
| SONIA RUIZ MORENO, CATHERINE GARCIA MARQUEZ, MARIA DEL CARMEN<br>GONZALEZ FERNANDEZ   |           |
| <b>DIFERENCIAR TIPOS DE GRADOS EN LOS ESGUINCES DE TOBILLO MEDIANTE<br/>RX.....</b>   | <b>46</b> |
| MARÍA DOLORES LÓPEZ ÁLVAREZ, MARÍA DOLORES NAVARRETE ROA, ELENA<br>CALZADO COBLER   |           |
| <b>GONARTROSIS DE RODILLA COMO SOBRELLEVAR SU RECUPERACIÓN .....</b>  | <b>47</b> |

MARIA SUSANA GARCIA GARCIA, MARIA JOSE GARZON GARZON, MARIA DEL MAR GINEL SALVADOR

**PACIENTE CON HERNIA DISCAL: IMPORTANCIA DE LA HIGIENE POSTURAL ....48**

RAQUEL LÓPEZ TURPÍN, ENCARNACIÓN HERNÁNDEZ PÉREZ, GERMAN GONZALEZ MARTINEZ, MARIA CARMEN PEREZ EGEA, MARIA JOSE MATEOS ORTUÑO, NIEVES ASECIO LÓPEZ

**PACIENTE JOVEN CON LUXACIÓN DE HOMBRO DERECHO .....49**

MARIA DEL CARMEN JURADO LIRA, ROCÍO MORAL CEPEDELLO, AILEEN SERRANO RAMÓN

**PACIENTE EN URGENCIAS DIAGNOSTICADO DE FRACTURA DE RÓTULA .....50**

LUCÍA HINOJO GARCIA, MARIA DOLORES MELLADO VALDES, MARIA DOLORES GARCIA CORRAL

**HIPERCIFOSIS DORSAL. SÍNTOMAS, CAUSAS Y TRATAMIENTO .....51**

M. CUSTODIA CORTÉS FERNÁNDEZ, RAQUEL CORTÉS FERNÁNDEZ, MANUELA LIÑAN GARCÍA

**ANÁLISIS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS HALLUX VALGUS EN UN HOSPITAL COMARCAL.....52**

MANUEL JOSÉ CANO GUERVÓS, ANDRÉS JESÚS CORRAL GARCÍA, INMACULADA ORIHUELA GONZÁLEZ

**LA MANIPULACIÓN DE LOS IMPLANTES DE PRÓTESIS .....53**

MARIA DEL PILAR PEREZ LOPEZ, INMACULADA CONCEPCIÓN GOMEZ PÉREZ, TANIA MARIA CUADRA GONZALEZ

**ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO .....54**

ANABEL MEDINA MARTÍN, MARIA GLORIA GUTIÉRREZ ROMERO, MARIA TERESA JIMÉNEZ CALVO

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRACCIÓN TRANSESQUELÉTICA.....55**

ANDREA FALCÓN MARTÍNEZ, CARMEN GARRIDO FAGES, CARMEN MARIA MARTÍNEZ ESTEPA

**RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE CAÍDA EN VÍA PÚBLICA .....56**

JUAN MANUEL RUIZ DELGADO, MARIA ESPERANZA GAMARRA BARBA, ENRIQUE SÁNCHEZ ARAGONÉS

**ANÁLISIS DE LAS ESCISIONES DEL CARTÍLAGO SEMILUNAR EN ANDALUCÍA ..57**

DESIREE BARBERO MARTINEZ, VANESA SIERRA ARIAS, ANTONIO ANDRES CASTILLO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO EN EQUIPO.....</b>                    | <b>58</b> |
| JULIO SANTIAGO ARIAS, JULIA MOLERO MESA, CARMEN SANTIAGO ARIAS   |           |
| <b>EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA FRACTURA DE CADERA.....</b>                    | <b>59</b> |
| ENCARNACION LOPEZ DURAN, ELISA ISABEL MOLINA LOPERA, SILVIA RUBIO LEBRON                               |           |
| <b>FRACTURA DE CADERA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRA Y POST OPERATORIO.....</b>                         | <b>60</b> |
| CLAUDIA MOLINA RUIZ, GEMA GONZÁLEZ MÁRQUEZ, AMANDA CORREA GOMEZ  |           |
| <b>UNA FRACTURA INTERTROCANTÉRICA DE CADERA DERECHA .....</b>  | <b>61</b> |
| SAMANDA SERVAN MOJONERO, SONIA RUIZ RONDAN, JESUS ANTONIO ORTEGA CORREA                                |           |
| <b>PACIENTE QUE PRESENTA FRACTURA ESTABLE DE PELVIS TRAS PRECIPITACIÓN .....</b>                       | <b>62</b> |
| CELIA GALDEANO LÓPEZ, ALICIA GALDEANO CARRILLO, CRISTINA FERNÁNDEZ SÁNCHEZ                             |           |
| <b>PACIENTE PLURIPATOLOGICO CON FRACTURA DE CADERA .....</b>   | <b>63</b> |
| VIRGINIA FERNANDEZ AGUILAR, MIRIAM PARRA NOGAREDO, EVA MARÍA CALVENTE CANO                             |           |
| <b>INFLUENCIA DEL GROSOR DEL LIGAMENTO TRANSVERSO DEL CARPO EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO.....</b> | <b>64</b> |
| MARIA EUGENIA SAEZ MARIN, LUCIA SANCHEZ MOLINA, ROSARIO MOLINA ARQUELLADAS                             |           |
| <b>GENERALIDADES Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO.....</b>                                | <b>65</b> |
| ESTEFANIA SANTALO PEREZ, ANA MORENO ESCRIBANO, MONICA CASTRO GARCIA                                    |           |
| <b>INTERVENCIONES EN EL ATRAPAMIENTO DEL NERVIIO DIGITAL PLANTAR .....</b>                             | <b>66</b> |
| ESTEFANIA SANTALO PEREZ, MONICA CASTRO GARCIA, ANA MORENO ESCRIBANO                                    |           |
| <b>IMPORTANCIA DE LA ARTROSIS EN LA POBLACIÓN ACTUAL .....</b>   | <b>67</b> |
| ESTEFANIA SANTALO PEREZ, ANA MORENO ESCRIBANO, MONICA CASTRO GARCIA                                    |           |
| <b>PRESENCIA DE BIOFILM EN HÉRIDAS ESTÁTICAS.....</b>  | <b>68</b> |
| ESTEFANIA SANTALO PEREZ, MONICA CASTRO GARCIA, ANA MORENO ESCRIBANO                                    |           |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>LUXACIÓN DE HOMBRO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA.....</b>  | <b>69</b> |
| SARA FERNANDEZ LUQUE, XAVIER ENSENYAT COLOMER, YOLANDA RIOS VAZQUEZ , MARIA ELENA PACIOS CAMPOS, MARÍA JOSEFA LÓPEZ DÍAZ, YOLANDA DOMINGO GASQUEZ |           |
| <b>PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN ARTROPLASTIA DE CADERA.....</b>  | <b>70</b> |
| ANGELES VICENTE PEREZ, LAURA ISABEL DÍAZ CABELLO, ENCARNACIÓN UBAGO PALMA   |           |
| <b>PREVALENCIA DE INFECCIONES TRAS PRÓTESIS DE CADERA.....</b>  | <b>71</b> |
| MONICA CASTRO GARCIA, ESTEFANIA SANTALO PEREZ, ANA MORENO ESCRIBANO   |           |
| <b>PACIENTE ADULTO DIAGNOSTICADO DE GONALGIA POR DOLOR DE RODILLA.....</b>  | <b>72</b> |
| MARIA DEL CARMEN SERRANO RODRÍGUEZ, CRISTINA JIMENEZ HERNANDEZ, PATRICIA GARCIA FERNANDEZ   |           |
| <b>PACIENTE ADMITIDO A URGENCIAS CON POLITRAUMATISMO POR INTENTO DE AUTOLISIS.....</b>  | <b>73</b> |
| JUAN JOSÉ SÁNCHEZ GONZÁLEZ, CARLOS ANDRES LANZAS, VIRGINIA ARENAS CANO  |           |
| <b>ACCIDENTE DE TRÁFICO CON LESIONES CERVICALES DOLOROSAS .....</b>   | <b>74</b> |
| LEONOR CERRO REDONDO, MAGDALENA SANCHEZ BERRUEZO, ANA BELEN CABRERA MORENO  |           |
| <b>FRACASO DE PRÓTESIS DE CADERA.....</b>   | <b>75</b> |
| MIGUEL ANGEL ARAGÓN ESTRADA, CRISTINA CORONIL MARCHÁN, MARTA VALVERDE SÁNCHEZ   |           |
| <b>COLGAJO FASCIOCUTÁNEO SURAL INVERSO PARA COBERTURA DE DEFECTOS DE PARTES BLANDAS EN PIERNA, TOBILLO Y PIE.....</b>                             | <b>76</b> |
| MARTA MARIA PIÑA CASTILLA, JOSE CARLOS MARCHENA RODRIGUEZ, ROCIO ARAGÓN ALVAREZ   |           |
| <b>LA REHABILITACIÓN PRE Y POST CIRUGÍA EN LA ARTROPLASTIA DE CADERA.....</b>   | <b>77</b> |
| ANTONIA MARTINEZ HARO, ASUNCION MUÑOZ CUENCA, ANA BELEN MARTINEZ MUÑOZ  |           |
| <b>MANEJO PACIENTE CON INFECCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA .....</b>   | <b>78</b> |
| NATALIA NAVARRO GORDILLO, JOSE MARIA TAPIA PARRA, IGNACIO JESUS MORGADO MORA  |           |
| <b>NAVEGACIÓN EN ARTROSPLASTIA TOTAL DE RODILLA .....</b>   | <b>79</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| LUCIA MARIA IBAÑEZ MARTINEZ, LOURDES FERNANDEZ IGLESIAS, ROCÍO VÁZQUEZ SÁNCHEZ, FRANCISCO DÍAZ-FAES GONZÁLEZ, LUCIA NESPEREIRA BAIGORRI |           |
| <b>PACIENTE CON GONALGIA DERECHA POR ARTROSIS</b> .....   | <b>80</b> |
| CRISTINA MARIÑO BENZO, MARÍA CUENDA MIRO, ELENA SILVA DEL AGUILA  |           |
| <b>MANEJO DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL</b> .....   | <b>81</b> |
| MÓNICA LAVIANA ÁLVAREZ, MARÍA ÁNGELES ÁLVAREZ ROCES   |           |
| <b>POSICIONES QUIRÚRGICAS EN LA ARTROSCOPIA DE HOMBRO</b> .....   | <b>82</b> |
| ROSARIO TORAL SIMON, PILAR VILLAESCUSA SANCHEZ, JESUS CARPENA VELANDRINO  |           |
| <b>CUIDADOS DEL PACIENTE INMOVILIZADO CON YESO</b> .....  | <b>83</b> |
| JUANA GARCÍA FERNÁNDEZ, ANA MARÍA CASTAÑO HARO, ANA ISABEL SALDAÑA HERNANDEZ  |           |
| <b>PAPEL DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DEL POLITRAUMATIZADO GRAVE</b> .....  | <b>84</b> |
| DAVID CORDOBA PIZARRO   |           |
| <b>INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA FALLIDA DE HERNIA DE DISCO LUMBAR</b> .....  | <b>85</b> |
| MARIA VICTORIA NARANJO GONZALEZ, MARÍA JOSEFA ORTIZ TORRES, ALMUDENA JIMENEZ PEDREGOSA  |           |
| <b>LA ARTROSIS DEGENERATIVA GENERALIZADA: SÍNTOMAS, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO</b> .....  | <b>86</b> |
| MARIA JOSE MALAGON COLOMO, MARÍA JOSÉ CHICA AREVALO, MARIA SIERRA GUTIÉRREZ CANTERO   |           |
| <b>DOLOR LUMBAR EN PACIENTE CON EXTRUSIÓN DISCAL</b> .....  | <b>87</b> |
| MIRIAM PARRA NOGAREDO, VIRGINIA FERNANDEZ AGUILAR, EVA MARÍA CALVENTE CANO  |           |
| <b>A PROPÓSITO DE UN CASO: DESGARRO MUSCULAR TRAS TIRÓN</b> .....   | <b>88</b> |
| MARÍA DE LA LUZ MALDONADO VAQUERO, PATRICIA CIRRE VAQUERO, MONTSERRAT RODRIGUEZ CASTRO  |           |
| <b>PACIENTE MUJER CON LUXACIÓN ABIERTA DE CODO</b> .....  | <b>89</b> |
| PATRICIA CIRRE VAQUERO, MARÍA DE LA LUZ MALDONADO VAQUERO, MONTSERRAT RODRIGUEZ CASTRO  |           |
| <b>ENFERMERA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN: PIEZA CLAVE EN EL QUIRÓFANO DE TRAUMATOLOGÍA</b> .....                                   | <b>90</b> |

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

**TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN LOS ESGUINCES DE LOS LIGAMENTOS LATERALES DE LA RODILLA .....91**

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

**VALORACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN PACIENTE GERIÁTRICA .....92**

MARÍA DE LA PAZ ANILLO GUERRERO, ROSA MARIA SOTO MELERO, MARÍA ELENA BARROSO NOGALES

**PACIENTE JOVEN CON ESGUINCE DE TOBILLO .....93**

ANTONIA MARINA FLORES RODRÍGUEZ, MARTA TRIVIÑO MORA, EVA MARIA CABALLERO SÁNCHEZ

**TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN LAS FRACTURAS DIAFISARIAS DE FÉMUR 94**

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

**ABORDAJE FISIOTERÁPICO EN LAS LUXACIONES DE CODO .....95**

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

**EL ROL ENFERMERO FRENTE A PACIENTES CON LA CADERA FRACTURADA ...96**

MARÍA PIEDAD HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, ALICIA REVUELTA RUIZ, CARMEN ROSA GUERRERO SANCHEZ

**A PROPÓSITO DE UN CASO: FRACTURA PERTROCANTÉREA DE FÉMUR MAS POLICONTUSIONES .....97**

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

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN ESGUINCE DE TOBILLO .....98**

ADORACIÓN LÓPEZ PERALTA, EMILIO MORENO CAZORLA, MARIA JOSEFA FERNANDEZ GARCIA

**LA IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNA ESPONDILOLISTESIS.....99**

ADORACIÓN LÓPEZ PERALTA, EMILIO MORENO CAZORLA, MARIA JOSEFA FERNANDEZ GARCIA

**GONALGIA O INFARTO ÓSEO: DOLOR DE RODILLAS .....100**

PABLO TEBA OCÓN, MIRIAM PALOMO CANO, VIRGINIA LOPEZ MONTALBAN

**PACIENTE CON TENDINITIS DE DE QUERVAIN: A PROPÓSITO DE UN CASO.....101**

MARÍA BELÉN SÁNCHEZ CAMACHO, CARMEN ROSA HERRERA GÁLVEZ, MARIA DE LOS ANGELES CORREA SANCHEZ

**TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE URGENCIAS: TRAUMATOLOGÍA.....102**

JESUS CALLE MALDONADO, MARIA ESTHER GONZALEZ ANTUNEZ, MILEIDY PEÑA MAHECHA

**HERIDA ABIERTA SUCIA O CONTAMINADA CON SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL EN CAVIDAD Y TÚNEL.....103**

CRISTINA MUÑOZ MARTIN, ELENA QUESADA HERNANDEZ, ANDREA CRISTINA CHIAPPE PIÑEIRO, CRISTINA HERNÁNDEZ CABRERA, LLIBERTAT ALTOZANO MARTÍN, MELANIA MARTINEZ ILLANA, LAURA ALFRANCA I HONTORIA, CARMEN GRANADOS PIEDRA, ROSA MARIA SANTIN GARCIA, MARTA GALINDO TUTUSAUS, CARMEN MARTIN PASCUAL, DOLORES MIRALLES GARCIA

**RELACIÓN ENTRE DÉFICIT DE VITAMINA D Y CALCIO EN PACIENTES CON FRACTURA .....104**

ANTONIO JESUS SANCHEZ GUIRAO, JUAN JOSÉ SANTOS MATEO, RAUL BALLESTER SAJARDO

**UTILIDAD DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE FRACTURA DE CADERA...105**

ANTONIO JESUS SANCHEZ GUIRAO, RAUL BALLESTER SAJARDO, JUAN JOSÉ SANTOS MATEO

**LA ROTURA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR .....106**

JOSEFA INMACULADA CARNERERO VALERO, FRANCISCA BOTIAS ROMERO, MARIA TISCAR LOPEZ EXPOSITO

**TUMOR BENIGNO DEL HUESO, OSTEOCONDROMA EN FEMUR.....107**

VIRGINIA CORTES CORTES, IRENE CALDERON SORROCHE, GEMMA MARTÍN PÉREZ

**BLOQUEO DE BIER: TÉCNICA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA .....108**

SONIA GIMENEZ PEÑALVER, MARÍA CARMEN ROMERO FELIPE, LIDIA CÁMARA GARCÍA, MARIA DOLORES MARIN CARRILLO, SONIA JUAREZ ANDRES, ANTONIA MARIA QUIRANTE BOTIA

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA FRACTURA DE CADERA EN TRAUMATOLOGÍA.....109**

MARIA DEL CARMEN GARCIA HINOJOSA, ROSARIO RAMIREZ LAFUENTE, SANDRA SAEZ SALAS

**TIPOS DE CIRUGÍA DE REEMPLAZO DE RODILLA.....110**

DAVINIA GONZALEZ PEREZ, MARÍA BELÉN LÓPEZ OJEDA, EMMA PÉREZ CUADROS

|   |            |
|---|------------|
| <b>FRACTURA DE CADERA, FRACTURA SUBCAPITAL DE FÉMUR Y PRÓTESIS DE CADERA.....</b>   | <b>111</b> |
| PATRICIA HARO HERAS, ROSA MARIA MAZUECOS MARTIN, LUISA PARRAGA MERIDA   |            |
| <b>NIÑO CON FRACTURA DESPLAZADA DE HÚMERO.....</b>  | <b>112</b> |
| ANGELA ROMERO RUIZ, CARMEN SOTO ROMERO VALDESPINO, OLGA MARIA TRACISTO MUÑOZ  |            |
| <b>MANIOBRAS ESPECÍFICAS FUNDAMENTALES EN LA EXPLORACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL.....</b>  | <b>113</b> |
| JUAN MIGUEL GÓMEZ PALOMO, ANA MARTÍNEZ CRESPO, CARMEN MARÍA GÓMEZ PALOMO  |            |
| <b>ASPECTOS BÁSICOS EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA DEL PULGAR .....</b>   | <b>114</b> |
| JUAN MIGUEL GÓMEZ PALOMO, CARMEN MARÍA GÓMEZ PALOMO, ANA MARTÍNEZ CRESPO  |            |
| <b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TARDÍO DE FRACTURA LUXACIÓN POSTERIOR DE HOMBRO .....</b>  | <b>115</b> |
| ANA MARTÍNEZ CRESPO, CARMEN MARÍA GÓMEZ PALOMO, JUAN MIGUEL GÓMEZ PALOMO  |            |
| <b>ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO.....</b>   | <b>116</b> |
| MARIA DEL CARMEN GARCIA GOMEZ, ANTONIO MAESTRE MORENO, MARIA DOLORES OLIVARES RODRIGUEZ   |            |
| <b>EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA REALIZACIÓN DEL VENDAJE COMPRESIVO .....</b>  | <b>117</b> |
| ISABEL GUTIERREZ FERNANDEZ, ISABEL MARIA GALAN PALOMINO, ANGELES PERAGÓN MARTINEZ   |            |
| <b>PACIENTE CON DOLOR LUMBAR: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>  | <b>118</b> |
| MARIA DOLORES CUADROS LAPAZ, JOSEFA LOPEZ MARTINEZ, MARIA ANTONIA MARTINEZ SANCHEZ  |            |
| <b>EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN DEL MATERIAL EN URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, SALA DE YESOS Y VENDAJES FUNCIONALES.....</b> | <b>119</b> |
| JUANA ECHEVARRIA BLANQUE, FATIMA HERNANDEZ ECHEVARRIA, MARIA CRISTINA HERNANDEZ ECHEVARRIA  |            |
| <b>SEGURIDAD EN LA REDUCCIÓN DE LAS LUXACIONES DE HOMBRO: PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES .....</b>  | <b>120</b> |
| ARACELI QUINTERO LOPEZ, JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO, CLARA QUINTERO LÓPEZ   |            |

|   |            |
|---|------------|
| <b>PACIENTE GERIÁTRICA CON FRACTURA DE RAMA ISQUIOPUBIANA .....</b>   | <b>121</b> |
| CELIA RIVILLA DOCE, MIRIAM PEÑA GÓNGORA, MERCEDES LEAL LOBATO   |            |
| <b>EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ENFERMEDAD DE PAGET ÓSEA.....</b>   | <b>122</b> |
| ARACELI LOZANO VELA, MARIA ANGUSTIAS QUIROS BAENA, CARMEN VIRGINIA FERNANDEZ ROS  |            |
| <b>PACIENTE ADULTA CON FRACTURA PERSUBTROCANTÉREA DE FÉMUR IZQUIERDO.....</b>   | <b>123</b> |
| ANTONIO JOSÉ DE LA TORRE MARÍN, PALOMA OLIVA MOLINA, ROSA GALERA OLIVA  |            |
| <b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA .....</b>  | <b>124</b> |
| SANDRA CORTES FERNANDEZ, NEREA BANGO ANTUÑA, CRISTINA CALDENTHEY HUGUET, MARIA DEL MAR CRESPI MARCÉ, ALMUDENA DE LA FUENTE RISUEÑO, NEUS MARTÍ PASTOR, MARIA ORELL LUQUE, ROSALIA ORTEGA VILA |            |
| <b>DÉFICIT TOTAL DE FLEXIÓN DEL 5º DEDO MANO IZQUIERDA .....</b>  | <b>125</b> |
| ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ   |            |
| <b>MANEJO DE ALOINJERTOS ÓSEOS POR PARTE DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO EN COT.....</b>   | <b>126</b> |
| SILVIA PESO CANSINOS, SONIA PASCUAL GUERRERO, LAURA MARTÍN OROZCO   |            |
| <b>PRESENTACIÓN DE UN CASO DE FRACTURA DE FALANGE TRAS CONTUSIÓN.....</b>   | <b>127</b> |
| ALMUDENA GARCIA MORENO, ALEJANDRA VILLAGRAN GUERRERO, ANA MARÍA MÁRQUEZ OCHOA   |            |
| <b>ARTRITIS SÉPTICA: EMPLEO DE ALTERNATIVAS ANTE LA APARICIÓN DE REACCIONES ADVERSAS Y LA FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO .....</b>   | <b>128</b> |
| MARIA AZNAR GARCIA, ABRAHÁN JOFRÉ PERALTA, FERMIN AVILA CABRERA   |            |
| <b>FRACTURA PERTROCANTÉREA EN TRAUMATOLOGÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....</b>  | <b>129</b> |
| INMACULADA SÁNCHEZ GARCÍA, ROCIO MALDONADO LARIO, JUAN MANUEL MARTINEZ GUERRERO   |            |
| <b>ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE SOMETIDO A ARTROSCOPIA DE HOMBRO .....</b>   | <b>130</b> |
| SILVIA PESO CANSINOS, LAURA MARTÍN OROZCO, SONIA PASCUAL GUERRERO   |            |
| <b>ARTROSIS RODILLA DERECHA EN PACIENTE DE AVANZADA EDAD.....</b>   | <b>131</b> |
| SANDRA RIVERA DIAZ, SANDRA ROJAS FLOR, VICENTE RODRIGUEZ SANCHEZ  |            |
| <b>DOLOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL DEL HOMBRO: DX DIFERENCIAL LUXACIÓN DE HOMBRO GLENOHUMERAL .....</b>  | <b>132</b> |

|  |            |
|--|------------|
| SANDRA RIVERA DIAZ, SANDRA ROJAS FLOR, VICENTE RODRIGUEZ SANCHEZ<br><b>TRAUMATISMO POR ATROPELLO EN VÍA PÚBLICA.....</b>   | <b>133</b> |
| FRANCISCO JAVIER CABELLO ORTEGA, EFIGENIA PUENTE PEREZ, MARIA<br>REMEDIOS CABELLO ORTEGA<br><b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PRÓTESIS DE RODILLA.....</b>  | <b>134</b> |
| CRISTINA CALDENTEY HUGUET, NEREA BANGO ANTUÑA, MARIA DEL MAR<br>CRESPI MARCÉ, SANDRA CORTES FERNANDEZ, ALMUDENA DE LA FUENTE<br>RISUEÑO, MARIA ORELL LUQUE, NEUS MARTÍ PASTOR, ROSALIA ORTEGA VILA<br><b>A PROPOSITO DE UN CASO: DISPLASIA BILATERAL DE CADERA .....</b>   | <b>135</b> |
| CRISTINA JAIME FUENTES, SILVIA HIDALGO PÉREZ, JOSEFA RUIZ BUTRON<br><b>ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITALARIA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO ...</b>   | <b>136</b> |
| SHEYLA QUESADA GALIANO, ELENA VILLANUEVA MONTERO, CONCEPCION<br>CEBALLOS FUENTES, GEMMA NAVARRO PUJOL, CRISTINA VILARROYA LLOBET,<br>ANA ISABEL CALLEJA GONZALEZ, MARTA DÍAZ SOLÀ<br><b>EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN SERVICIO DE<br/>URGENCIAS: ROTURA AGUDA DE TENDÓN DE AQUILES IZQUIERDO.....</b> | <b>137</b> |
| MARIA EVELING PEDROSA FUENTES, MARIA ANGUSTIAS JIMÉNEZ MALDONADO,<br>SAIDA PRADOS ALVAREZ<br><b>INTERVENCIÓN DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL TRAS AMPUTACIÓN DE<br/>MIEMBRO INFERIOR.....</b>   | <b>138</b> |
| MARTA PÉREZ OLEGO, MARIA DEL MAR REDONDO LOPEZ, LAURA RODRIGUEZ<br>ESPINOSA<br><b>DOLOR AGUDO POR CAÍDA ACCIDENTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....</b>  | <b>139</b> |
| MARÍA CISA DOCIO CASTRO, MONICA ALONSO LOPEZ, MOISES GONZÁLEZ<br>GARRIDO<br><b>CELULITIS EN MIEMBRO INFERIOR SECUNDARIA A COLONIZACIÓN POR ST.<br/>PYOGENES .....</b>  | <b>140</b> |
| SARA CARMONA PERUYERO, MIKEL DIAZ ZABALA, FRANCISCO JAVIER<br>SERRANO PALLARES<br><b>TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>   | <b>141</b> |
| ANTONIA MARIA PEREZ LIRIA, MARÍA FRANCISCA SEGURA FLORES, MARIA<br>ISABEL GARCIA ALFONSO<br><b>IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA INMOVILIZACIÓN EN UN PACIENTE<br/>POLITRAUMATIZADO .....</b>  | <b>142</b> |
| MARIA GONZALEZ RANDO, SANDRA LÓPEZ MESA, BARBARA PEREJIL SANCHEZ   |            |

|   |            |
|---|------------|
| <b>TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE CADERA DEL ANCIANO EN URGENCIAS</b> .....  | <b>143</b> |
| BEGOÑA BIEDMA CABELLO, JUAN MANUEL BRAVO GONZALEZ, MERCEDES CAMACHO BARRAGAN  |            |
| <b>MOVILIZACIÓN DE PACIENTE CON TRACCIONES CUTÁNEAS</b> .....   | <b>144</b> |
| ARANTZAZU HONORATO FORNS, MACARENA CUADROS HUETA, ANTONIO FRANCISCO LEBRON ARANA, HUGO RODRIGUEZ FERNANDEZ, ANA FERNANDEZ RUIZ, CRISTINA FERNÁNDEZ RUIZ |            |
| <b>RECOMENDACIONES EN LA LUMBALGIA CON EVIDENCIA A</b> .....  | <b>145</b> |
| MARINA LUZ COSANO ARIZA, PILAR RUIZ YÉBENES, MARIA DEL CARMEN GÓMEZ MORENO  |            |
| <b>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA EN FRACTURA DE CADERA DE PACIENTE ANCIANO</b> .....   | <b>146</b> |
| LORENA RAMOS TORNERO, ELENA RUCIERO BERNAL, JAVIER CAMACHO MUÑOZ  |            |
| <b>EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA POR INFECCIÓN POSTQUIRÚRGICA</b> .....                               | <b>147</b> |
| SAIDA PRADOS ALVAREZ, MARIA ANGUSTIAS JIMÉNEZ MALDONADO, MARIA EVELING PEDROSA FUENTES  |            |
| <b>CUIDADOS ENFERMEROS EN POSICIÓN DE LAMINECTOMÍA</b> .....  | <b>148</b> |
| ROCIO ZAMORA VIANA, ANA MARIA GARCIA CAPARROS, MARIA DE LA CRUZ GRANADOS GARCIA   |            |
| <b>EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA TENDINITIS EN EL TOBILLO IZQUIERDO</b> .....                         | <b>149</b> |
| SAIDA PRADOS ALVAREZ, MARIA EVELING PEDROSA FUENTES, MARIA ANGUSTIAS JIMÉNEZ MALDONADO  |            |
| <b>FRACTURA DE PENE: APORTACIÓN DE UN CASO</b> .....  | <b>150</b> |
| ISABEL BUENO GONZALEZ, MIGUEL EFREN JIMENEZ ROMERO, MARIA CAMACHO GALLEGO   |            |
| <b>BENEFICIOS DEL USO DE ÁCIDO TRANEXÁMICO EN INTERVENCIONES DE PRÓTESIS DE RODILLA</b> .....   | <b>151</b> |
| CRISTINA SILVA BELLIDO, CAROLINA GALVEZ PEREZ, LORENA ROMERO ELOY   |            |
| <b>DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL: MÉTODO DE EVACUACIÓN MAS SEGURO</b> .....  | <b>152</b> |
| MARIA FABREGA CHACON, MARIA DELGADO LOPEZ, FRANCISCO LÓPEZ AGUILA   |            |
| <b>VENDAJES E INMOVILIZACIONES EN ENFERMERÍA</b> .....  | <b>153</b> |

MELANIA MIRANDA RODRÍGUEZ, LUCIA JIMENEZ SOSA, ROCIO MADRID  
AGUILAR

**DOLOR MMII A CAUSA DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL .....154**

JOSE ADDISON FLORIDO NASSAU, OLGA FLORES MUÑOZ, LAURA RUFINO  
VALENCIA

**RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN EL DOMICILIO PARA PERSONAS  
INTERVENIDAS DE PRÓTESIS DE CADERA .....155**

REBECA SAMANIEGO QUINTANILLA, 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

**FRACTURA DE CADERA EN EDAD AVANZADA.....156**

ANA BELEN TORRUBIA MORENO, BEATRIZ TRIVIÑO TRIVIÑO, JAVIER  
VELAZQUEZ BAREA

**FLEBITIS VENOSA TRAS ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIOTERAPIA .....157**

MARIO AMO BLANCO

**ASPECTOS BÁSICOS EN LA EXPLORACIÓN DE LA RODILLA .....158**

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

**ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA ARTRITIS GOTOSA.....159**

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

**ACCIDENTE EN ITÍNERE CON FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ .....160**

PAULA ROLDAN LOPEZ, ANTONIO DE TENA GONZALEZ, LOURDES FERNANDEZ  
ARRIBAS

**COLISIÓN COCHE-MOTO CON FRACTURA DE PELVIS INESTABLE.....161**

PAULA ROLDAN LOPEZ, ANTONIO DE TENA GONZALEZ, LOURDES FERNANDEZ  
ARRIBAS

**PACIENTE DE TRAUMATOLOGÍA DIAGNOSTICADO DE GONARTROSIS  
BILATERAL .....162**

MARIA EUGENIA GONZALEZ ELVIRA, MARÍA CASTILLO SÁNCHEZ, NOELIA  
ÁLVAREZ RUBIO

**CUIDADOS INTEGRALES DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE  
HOSPITALIZACION Y ANTE UN PACIENTE POSTQUIRÚRGICO DE CIRUGÍA DE  
CADERA.....163**

ANA ISABEL GUERRERO RODRIGUEZ

|   |            |
|---|------------|
| <b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE INTERVENIDO DE UNA PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA.....</b>  | <b>164</b> |
| LAURA CASTILLO MANTECON, SILVIA CRESPO FERNÁNDEZ  |            |
| <b>RECONOCIMIENTO DE LESIÓN EN COCCIX O COCCIGODINIA .....</b>  | <b>165</b> |
| GLORIA MOTA CÁTEDRA, MOISÉS CARRIÓN LÓPEZ, MARÍA JOSÉ GÁLVEZ GÁLVEZ   |            |
| <b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST-QUIRÚRGICOS CON ARTROPLASTIA DE RODILLA .....</b>   | <b>166</b> |
| MARIA RODRIGUEZ MARMOL, RAFAEL MUÑOZ CRUZ, CARMEN MARIA BERNABEU CRUZ   |            |
| <b>INCIDENCIA DEL ESTREÑIMIENTO DURANTE EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE CADERA Y RODILLA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE TRAUMATOLOGÍA.....</b> | <b>167</b> |
| ANA ISABEL GUERRERO RODRIGUEZ   |            |
| <b>PROCESO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON FRACTURA DE FÉMUR IZQUIERDO DE ORIGEN PATOLÓGICO.....</b>  | <b>168</b> |
| ALMUDENA ZAMORA MOGOLLO, JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ ROPER, MARÍA ALBA BALLESTEROS  |            |
| <b>FRACTURA DE CADERA EN ANCIANO RESIDENTE.....</b>   | <b>169</b> |
| JAIME MARÍA SÁNCHEZ PAYÁ, MARÍA BELÉN GONZÁLEZ DE LA ROSA, LUZ MARIA ROJAS PALACIOS   |            |
| <b>CUIDADO DE HERIDA QUIRÚRGICA EN PACIENTE HOSPITALIZADO .....</b>   | <b>170</b> |
| JESSICA GALLARDO ORTEGA, PILAR CASTILLO SAN ROMÁN, ROCIO AVILA GONZALEZ   |            |
| <b>PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN IMPLANTES DE CONDRÓCITOS AUTÓLOGOS DE RODILLA.....</b>   | <b>171</b> |
| FILOMENA VALDERAS RODRÍGUEZ, ANA MARIA MARTOS SANCHEZ, SARA LÓPEZ SÁNCHEZ   |            |
| <b>VERTEBROPLASTIA PERCUTÁNEA UNA SOLUCIÓN A LA FRACTURA VERTEBRAL POR OSTEOPOROSIS.....</b>  | <b>172</b> |
| IRENE FERNÁNDEZ GONZÁLEZ  |            |
| <b>CUIDADOS EN LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....</b>   | <b>173</b> |
| ALEJANDRA RODRIGUEZ LUGO, ISAAC ALBA RODRIGUEZ, LORENA PAN CARDENAS   |            |
| <b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON REACCIÓN ALÉRGICA AL TRATAMIENTO LOCAL DE UNA HERIDA QUIRÚRGICA.....</b>                                | <b>174</b> |

ANTONIO JESÚS LEDESMA RODRÍGUEZ, SARA JIMÉNEZ SILES, ANA MARÍA LÓPEZ PORRAS

**LA OSTEOPOROSIS COMO PANDEMIA DEL S.XXI EN MUJERES POSTMENOPAÚSICAS: CAUSAS Y CONSECUENCIAS.....175**

IRENE ORTEGA SOTO, ROSA MARÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, PATRICIA GARCÍA CEGARRA, PEDRO JOSE PEREZ BERNAL, ESTRELLA LEVA JUMILLA

**REROTURA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN DEPORTISTA .....176**

FRANCISCO JAVIER GARCIA GARCIA, MARIA LUISA ARIZA SÁNCHEZ, ANA ISABEL RECHE PADILLA

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍAS ANTE PREVENCIÓN DE CAÍDAS .....177**

GEMMA SOPO MONTALBAN, TRINIDAD VALVERDE LÓPEZ, VANESA BAUTISTA MARTINEZ

**RADIOFRECUENCIA PULSADA PARA EL MANEJO DE LA GONARTROSIS .....178**

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

**CERVICALGIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS .....179**

MARTA TRIGO RODRÍGUEZ, MARÍA TERESA CRUCES MORENO, MINDY DEL CARMEN RODRIGUEZ, MARÍA LUCÍA TORNERO DIVIESO, CRISTINA NOVO RODRÍGUEZ

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TRATAMIENTO DEL ESPOLÓN CALCÁNEO .....180**

MARÍA TERESA NAVARRO LORENZO, JUAN CARLOS ORTIZ VERGEL, MARÍA DOLORES GUIL LÓPEZ

**LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RODILLA: A PROPOSITO DE UN CASO .....181**

JAVIER MARANTE FUERTES, ANNA HOLUB, FRANCISCO JAVIER SOTELO SEVILLANO

**MAREOS Y VÓMITOS EN UNA PERSONA CON VÉRTIGO.....182**

ANA MARIA CABAS JIMÉNEZ, FRANCISCA ROCIO PARRA HOLGADO

**DIAGNÓSTICO Y MANEJO EN URGENCIAS DE LESIONES LIGAMENTOSAS Y MENISCALES AGUDAS DE RODILLA.....183**

FRANCISCO JAVIER SOTELO SEVILLANO, ANNA HOLUB, JAVIER MARANTE FUERTES

**ACTUACIÓN ENFERMERA AL PACIENTE CON MANGUITO DE ISQUEMIA .....184**

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ CONTRERAS, MARIA PRESENTACION VENEGAS MOLES, MARIA DOLORES MORENO IBAÑEZ

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN FRACTURAS DE LA EXTREMIDAD PROXIMAL  
DEL HUMERO: REVISIÓN DE RESULTADOS .....185**

FRANCISCO JAVIER SOTELO SEVILLANO, JAVIER MARANTE FUERTES, ANNA  
HOLUB

**FRACTURAS DE LA CABEZA Y DEL CUELLO DEL RADIO EN ADULTOS .....186**

JAVIER MARANTE FUERTES, ANNA HOLUB, FRANCISCO JAVIER SOTELO  
SEVILLANO

## **PACIENTE QUE PRESENTA APLASTAMIENTO 4 SIN LESIÓN MEDULAR EN CONTEXTO DE POLITRAUMATIZADO DEBIDO A UN ACCIDENTE DE ALTA ENERGÍA**

YOLANDA RIOS VAZQUEZ , MARIA ELENA PACIOS CAMPOS, XAVIER ENSENYAT COLOMER,  
MARÍA JOSEFA LÓPEZ DÍAZ, SARA FERNANDEZ LUQUE, YOLANDA DOMINGO GASQUEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** La paciente es una mujer de 37 años que es traída por el SEM con colchón de vacío por accidente de tráfico con fractura de aplastamiento 4 sin lesión medular presentando diversas fracturas en el contexto de politraumatizado. Extenso neumotórax anterior en hemitórax drenado con drenaje pleural anterior, pulmón bien expandido en radiografía de control; Fractura de aplastamiento L1. Sin lesión medular; Fractura de órbita I; Fractura abierta de tobillo D. Portadora de fijadores externos. AP: NO AMC, sin intervenciones quirúrgicas ni AP y niega hábitos tóxicos.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Hemodinámicamente estable. GCS: 15, TA: 138 / 76 FC: 88 lpm SatO<sub>2</sub>: 96% con GNa 2lpm. Vía aérea permeable. Tonos rítmicos, sin buffs. Abdomen blando y depresible. Pelvis estable. Pulsos presentes, no signos de sangrado activo. Presenta dolor a la palpación lumbar y a la movilización. Solicitan: GSA control; Rx tórax control; TAC CRANEAL; TC COLUMNA Y TORACOABDOMINAL; BodyTAC. Realizan IC con oftamología y psiquiatría.

**JUICIO CLÍNICO:** Paciente que presenta aplastamiento 4 sin lesión medular. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Paciente que presenta aplastamiento 4 sin lesión medular.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se utilizará el plan de cuidados de las 14 necesidades de V. Henderson.

**CONCLUSIONES:** Es necesario destacar que las primeras 24 horas son primordiales con el fin de evitar las complicaciones, ya que la prevención es primordial ante dicha situación.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURAS, APLASTAMIENTO, POLITRAUMATIZADO, TRÁFICO.

## **EL CATÉTER EPIDURAL COMO ANALGESIA POSTOPERATORIA**

MARIA ARCAS CORPAS, MARÍA JESÚS HERRERO RODRIGUEZ, ESTHER REVUELTA RUIZ

**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 postoperatorio y crónico.

**OBJETIVOS:** Analizar la bibliografía reciente sobre el tema que nos permita evaluar la eficacia de la analgesia postoperatoria con el catéter epidural frente a la analgesia intravenosa, y conseguir que el paciente obtenga un alivio sostenido del dolor durante el periodo intra y postoperatorio.

**METODOLOGÍA:** Se realiza un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo. Para ello se seleccionan pacientes intervenidos de cirugía traumatológica (prótesis de cadera y rodilla) con analgesia postquirúrgica epidural, portadores de un catéter epidural con una bomba de Ropivacaina, intervenidos en el Hospital Comarcal de la Axarquía durante el 2016.

**RESULTADOS:** Tras el seguimiento del postoperatorio inmediato, en la Unidad de Reanimación "Despertar" , se observa que los pacientes con analgesia epidural, además de una analgesia sostenida, presentan una movilización precoz y temprana, disminuyendo los efectos adversos de los analgésicos endovenosos tales como déficit neurológico, problemas gastrointestinales y 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:** ANALGESIA, CATÉTER, POSTOPERATORIO, EPIDURAL.

## **FRACTURA DE CADERA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA**

ROCIO PAZ ORTIZ, MARÍA DE LA PAZ FERNÁNDEZ MOLINA, ANA SÁNCHEZ MAESTRE

**INTRODUCCIÓN:** La fractura de cadera es en realidad la rotura del cuello del fémur, que es la parte más próxima a la cabeza de este hueso, que conforma la articulación de la cadera. Es una lesión frecuente en las personas mayores. La osteoporosis es el principal factor de riesgo frente a este tipo de fractura, que se suele producir como consecuencia de una presión externa, torcedura o tracción o una caída, aunque a veces es difícil determinar si la caída se ha producido como consecuencia de la fractura (fractura patológica) o viceversa.

**OBJETIVOS:** Determinar los criterios necesarios para el manejo de pacientes con fractura de cadera, para dotar al profesional sanitario.

**METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de publicaciones científicas, consultando el día 30/10/2017 las bases de datos Dialnet, Scielo y Cuiden. Los descriptores utilizados fueron: “fractura de cadera”, “personas edad avanzada”, “causas” y “tratamiento”. Los criterios establecidos fueron: 1) Estudios que analicen causas de fractura de cadera en personas de edad avanzada; 2) Periodo temporal 2012/2017; 3) Con acceso a texto completo; 4) Idioma Castellano. Siendo seleccionados 2 artículos.

**RESULTADOS:** La fractura de cadera es una lesión común en las personas mayores. El envejecimiento de la población y los problemas de la osteoporosis en las mujeres, pueden explicar en parte este fenómeno. Ciertamente, se necesita un impacto violento para causar fractura de cadera en personas jóvenes, pero los ancianos, podrían fracturarse la cadera simplemente con realizar un giro en su cama mientras duermen o al golpear los muebles con las piernas; aunque la causa más común, son las caídas.

**CONCLUSIÓN:** Los síntomas característicos de este tipo de fractura son: Dolor intenso en la cadera y la pérdida de movilidad de la articulación. Si la fractura se desplaza (los bordes de los dos trozos del hueso resultantes se separan) se puede apreciar cómo la pierna fracturada es más larga que la otra y se gira hacia el exterior. También es frecuente que aparezcan derrames de sangre como consecuencia de la rotura de algún vaso sanguíneo y entumecimiento de la pierna. Tratamiento de la fractura de cadera en personas mayores: Las medidas terapéuticas para tratar la fractura de cadera dependerá de la edad, el grado de desmineralización ósea (si hay osteoporosis o no), el tipo de fractura (si es estable, limpia, desplazada, etc. ) Y las características biomecánicas de la articulación. Habitualmente, y salvo justificadas excepciones, el tratamiento es quirúrgico, y lo realiza el traumatólogo. Según el tipo de fractura, su localización, el estado del enfermo y su situación funcional previa, se llevará a cabo un tipo determinado de intervención quirúrgica, a fin de dar solidez y estabilidad a esa articulación y para lograr recuperar la marcha del paciente. Se utilizarán diferentes tipos de técnicas para obtener el mejor rendimiento posible de esa articulación, ya sea con clavos, placas, prótesis parciales o totales de la cadera. La recuperación de dichos pacientes es lenta y gradual, muchos pueden iniciar la marcha a los dos días de haberse operado, esto dependerá del tipo de prótesis instalado y del estado general del enfermo. La rehabilitación y el seguimiento continuado de estos enfermos es clave en su pronóstico funcional, y por eso cobra importancia la coordinación que existe entre los traumatólogos, los geriatras y los médicos de atención primaria. El riesgo de muerte entre los ancianos, víctimas de una fractura de cadera, aumenta durante el período preoperatorio, aunque la muerte no es provocada por la fractura directamente, sino que ésta tiende a obligar a que el anciano permanezca la mayor parte del tiempo acostado y sin actividad, lo que puede provocar complicaciones cardiovasculares, respiratorias, problemas psicológicos, desmotivación, úlceras u otras enfermedades asociadas a su edad y al estado de inactividad.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA DE CADERA, PERSONAS DE EDAD AVANZADA, CAUSAS, TRATAMIENTO.

## FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

ANA ISABEL ALVAREZ BOLIVAR, MÓNICA RUANO ALCARAZ, ISABEL MARÍA TORRALBO DE LA ROSA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Se presenta el caso clínico de una mujer de 78 años que tras haberse caído en su domicilio presenta una fractura de cadera derecha. Refiere no haber tenido traumatismo craneal ni pérdida de conciencia, así como dolor torácico ni disnea.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Valoración inicial (signos y síntomas), intensidad del dolor, radiología, resonancia magnética o TAC, extracción sanguínea y pruebas cruzadas, ECG y se cursará hoja de anestesia para intervención.

**JUICIO CLÍNICO:** La paciente presenta fractura subcapital del fémur derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Como parte del diagnóstico diferencial hay que excluir otro tipo de lesiones del miembro inferior que pueden presentarse con signos y síntomas similares a los ocurridos en la fractura de cadera tales como: Fractura de Acetábulo, Fractura de la rama púbica, Fracturas de stress, Fractura de trocanter mayor, Bursitis trocantérica, Contusión del tejido adyacente a la cadera.

**PLAN DE CUIDADOS:** Tendremos que tener en cuenta que los diferentes cuidados en la fractura de cadera se centraran en: Cuidados preoperatorios: Tracción cutánea o esquelética, &ldquo;Fast tracking&rdquo;, Prevención de úlceras de decúbito, Demora preoperatoria y oportunidad de la intervención quirúrgica. Perioperatorio: Tratamiento quirúrgico según tipo de fractura, Anestesia, Tromboprofilaxis, Profilaxis antibiótica, Drenaje, Sondaje vesical, Control del dolor. Postoperatorio: Suplemento nutricional, Prevención y tratamiento del trastorno confusional agudo, Cuidados multidisciplinarios, Rehabilitación, Planificación del alta hospitalaria.

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de la fractura de cadera ha ido aumentando en los últimos años. Es un problema de salud pública debido a su frecuencia, riesgo y el coste económico que produce. Debemos tener en cuenta que la fractura de cadera se produce en un 90% de casos en mayores de 65 años. Como conclusión a este caso clínico, cabe destacar que toda actuación será siempre orientada a la recuperación integral y a la prevención de riesgos potenciales que ésta puede ocasionar.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR, IMPOTENCIA FUNCIONAL, ACORTAMIENTO, ROTACIÓN EXTERNA.

## **TÉCNICA QUIRÚRGICA DEL TRASPLANTE DE PERONÉ PARA RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR**

ELISABETH CASCALES PALAZÒN, MARIA JESÚS CRESPO CASTILLO, PABLO SALMERON RUIZ

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores que tienen su origen en el maxilar superior e inferior (la mandíbula) son raros, su tratamiento tiene gran importancia, a causa de las deformidades resultantes. Estas son significativas porque estos huesos son necesarios para comer y hablar adecuadamente y las modificaciones de su forma producen cambios externos en la apariencia del paciente y son difíciles de esconder. Cuando la resección del tejido tumoral es conservadora generalmente se puede recurrir a injertos de hueso en pequeña cantidad. Dicha reconstrucción generalmente se realiza mediante técnicas de colgajos óseos libres vascularizados (mediante microcirugía). La resección tumoral se aborda inicialmente en el cuello por incisión localizada por debajo de la mandíbula y se identifican los posibles vasos donadores. Para la disección del peroné es realizada por un segundo equipo, en el momento de la disección el miembro inferior (MI) tiene que estar en isquemia, la cual se retira posteriormente una vez realizada la hemostasia. Una vez adaptada la zona donante a la mandíbula se fija con miniplacas de titanio y microtornillos de reconstrucción. Las anastomosis vasculares se realizan bajo visión microscópica utilizando sutura arterial de nailon 9-0. Tanto en ambas disecciones como en la parte de la microcirugía enfermería juega un papel crucial en la manipulación del instrumental para llevar a cabo ambas acciones al éxito, su coordinación con el equipo tiene que ser total, para que sea eficaz.

**OBJETIVOS:** Describir la técnica quirúrgica del trasplante de mandíbula mediante injerto de peroné.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica de artículos en bases de datos como Elsevier, Pudmed y Google Académico.

**RESULTADOS:** El colgajo libre de peroné es una opción segura en la reconstrucción mandibular, realizando de forma primaria ofrece los mejores resultados funcionales. En estudios consultados ofrece un éxito del 87%.

**CONCLUSIÓN:** Para reconstruir la mandíbula una vez extirpada la parte tumoral se necesita un hueso largo que pueda ser moldeado como tal, el peroné cumple esta función, así como una vascularización intacta una vez seccionado para cumplir tal fin. Una vez seccionado es transferido a la cara, su arteria y vena son anastomosadas a las del cuello. De tal manera tratamos la estética como la parte funcional de la mandíbula.

**PALABRAS CLAVE:** RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR, TRANSPLANTE PERONÉ, CAVIDAD BUCAL, ENFERMERÍA.

## **ARTROSIS DE CADERA UNA INTERVENCIÓN MUY COMÚN CON UN RESULTADO SATISFACTORIO**

ALICIA MARTIN PEREZ, ALICIA RODRIGUEZ PEREZ, MARIA DEL MAR CASAS GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** Se define como artrosis de cadera a la afectación a nivel de la superficie cartilaginosa de la articulación coxofemoral, donde podría alcanzar también el hueso subcondral. Es una enfermedad degenerativa pudiendo afectar a todas las articulaciones del cuerpo. La frecuencia de artrosis de cadera es más frecuente en hombres de 1,5 a 1 igualándose en el transcurso de la edad con las mujeres sobre todo a partir de los 70 años. Esta artrosis afecta a un 10% de la población donde se produce una lesión en el cartílago donde aumenta su contenido en agua donde altera los proteoglicanos, altera el colágeno.

**OBJETIVOS:** Analizar y determinar haciendo una revisión sobre una posible coxartrosis.

**METODOLOGÍA:** Revisión Bibliográfica: se ha buscado información en las siguientes bases de datos: COCHRANE, PUBMED, DIALNET, donde se han usado los siguientes Descriptores: ARTICULACIÓN, ARTROSIS, COXOFEMORAL.

**RESULTADOS:** El paciente tiene una limitación progresiva de la movilidad donde se ve acentuada la rotación interna, apareciendo habitualmente cojera y alteraciones en su vida cotidiana para vestirse, calzarse. La etiología puede ser primaria o secundaria; metabólico, mecánico, etc.

**CONCLUSIÓN:** Para diagnosticar una artrosis de cadera se lleva a cabo con una simple radiografía, con el TAC y con RMN y GAMMAGRAFIA se pueden descartar otras patologías. El tratamiento a seguir puede ser quirúrgico o por cirugía artroscópica o abierta, donde se incluye la artroplastia total de cadera, la artrodesis coxofemoral, la artroplastia de resección o Gildlestone cuando es en casos de edad avanzada y las osteotomías pélvicas, en jóvenes con displasia acetabular o femorales, de tipo valguizante o varizante.

**PALABRAS CLAVE:** ARTROSIS, COJERA, MOVILIDAD, DISPLASIA.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: TRAUMATISMO LUMBAR EN ADOLESCENTE

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

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 16 años que en el colegio durante el recreo sufre caída desde aproximadamente 2 metros de altura con traumatismo directo en espalda, presentando dolor lumbar intenso que limita la bipedestación. El dolor es de características mecánicas. No síndrome miccional. No irradiación a miembros inferiores. No antecedentes de interés.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A su llegada, consciente y orientado. TA: 120/70, FC: 95 Lpm, T<sup>o</sup>: 37,2<sup>o</sup>C Sat.02: 99%. Estado general conservado. MMII: Motor-5/5 global bilateral; sensibilidad:2/2 global bilateral incluyendo segmentos sacros; ROT: presentes simétricos; RCP: indiferente bilateral; Abdomen blando, depresible, no irritación peritoneal. Se realiza preoperatorio completo y rx de columna completa (Fractura acuñaamiento L2), que se amplía con Tac lumbar (Fractura acuñaamiento L2 menor del 25%, sin desplazamiento de muro posterior, FRCY 23<sup>o</sup>).

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura acuñaamiento L2 sin neurología. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Aunque a la exploración no aparece afectación neurológica es necesario realizar TAC de columna para descartarla.

**CONCLUSIONES:** Se debe realizar una exploración neurológica en los pacientes que padezcan una patología lumbar y descartar el posible daño. Una vez se llega al diagnóstico, se procede al ingreso del paciente para observación (tolerancia, micción, tránsito intestinal, tratamiento del dolor) y al alta se le prescribe corsé para que tras 4 semanas en cama inmovilizado reanude con él la deambulación (una vez se le autorice en la revisión), dieta rica en fibra y analgésicos. La revisión con el Servicio de Traumatología se realizó a las 5 semanas con evolución satisfactoria del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR LUMBAR, AFECTACIÓN NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DE COLUMNA, RECOMENDACIONES EN TRAUMATOLOGÍA.

## **CUIDADOS ENFERMEROS PARA ESGUINCE DE TOBILLO**

JONATHAN CÓZAR RODRÍGUEZ, SARA AGUILAR GALLARDO, MARINA SÁNCHEZ VARELA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 26 años que acude a urgencias por dolor articular en tobillo derecho con limitación funcional. Camina evitando apoyar el pie lesionado en el suelo por dolor. Refiere que se produjo consecuencia de un mal movimiento mientras realizaba deporte. Antecedentes personales: hipotiroidismo en tratamiento con levotiroid y alergia a los betalactámicos.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** El paciente refiere dolor intenso a la manipulación de la articulación, inflamación de la misma sin deformidad osea valorada en la radiografía del pie. Se observa hematoma en pie color violácea y la zona inflamada está caliente al tacto. En la exploración se descarta pérdida de sensibilidad o afectación motora.

**JUICIO CLÍNICO:** Esguince tobillo derecho grado II. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Mediante la exploración, el mecanismo lesivo y la clínica se basa la presunción diagnóstica de esguince de tobillo. Es importante descartar la fractura de los huesos que conforman la articulación a través de la radiografía simple de tobillo.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se enfocará de forma diferente atendiendo al grado de esguince producido. En este caso se trata de uno de grado II donde se ha producido un desgarro parcial del ligamento y la base del tratamiento será un vendaje funcional que permita la movilidad del paciente. Dar analgesia oral y antiinflamatorio cuando sea preciso. El hielo disminuirá la inflamación y el dolor.

**CONCLUSIONES:** Es importante el reposo relativo y elevar el miembro para evitar la inflamación. Esta lesión afecta principalmente a personas activas por lo que una buena curación del ligamento evitará la posibilidad de que se vuelva a reproducir la lesión.

**PALABRAS CLAVE:** ESGUINCE, ENFERMERÍA, TOBILLO, ARTICULACIÓN.

## ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE ESGUINCE DE TOBILLO

ANTONIO JESUS SEDANO RAMON, ESTHER PUERTAS GONZÁLEZ, ANA ISABEL GARCÍA HERNANDEZ

**INTRODUCCIÓN:** Un esguince se entiende como distensión o rotura total o parcial de un ligamento que se produce en consecuencia de una tracción o excesivo estiramiento del mismo. Es una causa muy frecuente de asistencia al sistema sanitario. Tiene fama de ser “poco” importante y a la que tanto medico como paciente no le prestan la suficiente atención. Dependiendo del grado que sea, se tratara de una u otra forma.

**OBJETIVOS:** Determinar cuál es la actuación correcta frente un esguince de tobillo, según las fuentes recientes consultadas.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica, noviembre 2017. Bases de datos utilizadas: Cuiden, Dialnet, Cochrane. 6 Resultados seleccionados. Inclusión: publicaciones en español, no más de 12 años de antigüedad y ensayos clínicos. Excluidos: capítulos de libros y tesis.

**RESULTADOS:** En los estudios consultados tanto revisiones como ensayos clínicos coinciden en que la aplicación de vendaje funcional es muy beneficiosa en esguinces leves. La movilización temprana siempre que se pueda es vital para la recuperación. Ha quedado en desuso la venda elástica tubular como tratamiento para esguinces. Se propone la utilización del vendaje funcional en cualquier articulación con distensión de primer grado y algunas de segundo, prevención de las laxitudes ligamentosas, distensiones, roturas de fibras musculares y elongaciones musculares, tras la retirada de escayola para iniciar el periodo de rehabilitación. El tratamiento con escayola queda reservado siempre para esguinces graves o moderadas.

**CONCLUSIÓN:** Se concluye que los estudios coinciden en la adecuación de utilizar el vendaje funcional como tratamiento de esguinces leves, y algunos moderados, y tras la retirada de escayola. De esta forma ya sabemos cuál es la forma más apropiada de actuar por parte de enfermería en este tipo de lesiones.

**PALABRAS CLAVE:** ESGUINCE, TOBILLO, ACTUACIÓN, ENFERMERÍA.

## VENDAJES E INMOVILIZACIONES EN URGENCIAS PARA ENFERMERÍA

ALICIA BALTASAR SOLER, MARÍA TERESA MENDOZA SÁNCHEZ, JOSE LUIS RODRIGUEZ FUENTES

**INTRODUCCIÓN:** El vendaje es la técnica que consiste en envolver una parte del cuerpo que está lesionada por distintos motivos. Normalmente lo utilizaremos para cubrir las lesiones cutáneas e inmovilizar lesiones ósteoarticulares con el fin de reducir o imposibilitar el movimiento de una o más articulaciones.

**OBJETIVOS:** Determinar el uso adecuado de cada tipo de vendaje e inmovilización según la función que desempeñe: I) de sujeción o protección, II) de compresión, III) inmovilización.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una revisión sistemática en distintas bases de datos científicas, utilizándose diversos descriptores, aplicándose un filtro de idioma (castellano) y un periodo temporal de un total de 50/100 referencias encontradas, escogiéndose 10/25 para un análisis en profundidad, siendo seleccionados aquellos trabajos que se centraban en el tema de interés a tratar.

**RESULTADOS:** Podemos diferenciar distintos tipos de vendajes: Vendaje de sujeción o protección: sirven para cubrir o proteger zonas lesionadas. Vendaje compresivo: permite cierto movimiento de la articulación y su objetivo es el de reducir la inflamación y favorecer el retorno venoso. Inmovilización tipo férula: se emplean para inmovilizar, mantener la posición articular, mejorar la función, corregir y prevenir la deformidad.

**CONCLUSIÓN:** Los cuidados de enfermería irán dirigidos a la ejecución de un vendaje adecuado conociendo los distintos tipos de vendaje y sabiendo que su finalidad es reducir o imposibilitar el movimiento de una o más articulaciones. Así como proporcionar al paciente una serie de recomendaciones para la detección de indicadores de una complicación.

**PALABRAS CLAVE:** FÉRULA, ARTICULACIÓN, VENDAJE, INMOVILIZACIÓN.

## **DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE RODILLA**

ENCARNACION FERNANDEZ ALCARAZ, MARIA ISABEL GIMÉNEZ SÁNCHEZ, JOAQUINA GONZALEZ RODRIGUEZ, JUANA GUERRERO JURADO, MARÍA SOLEDAD GARCÍA GARCIA, MARIA CRUZ NAVARRO AYORA, PAULA PERIAGO BASTIDA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** La paciente que vamos a valorar es una mujer de 51 años de edad que presenta osteoartrosis en rodilla derecha. La intervención que se le realiza es una artroplastia de rodilla. Al ser un ingreso programado, acude al hospital por la tarde para ser intervenida al día siguiente. Se realiza una valoración con los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En cuanto a los antecedentes médicos presenta Hipertensión Arterial (HTA) e Hipotiroidismo. Respecto a la exploración física presenta Peso: 70 Kg, Tª: 36.6 & Ord m; C, FC: 80 lpm, SatO2: 97%, TAS: 136, TAs: 89. Se solicita bioquímica y hemograma (pruebas cruzadas) para tener concentrado de hemáties durante la intervención por si fuera necesario.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Deterioro de la movilidad física r/c prescripción de restricción de movimientos m/p limitación de la amplitud de movimientos.

**PLAN DE CUIDADOS:** Objetivo 1: ambular (0200). Intervención 1: Terapia de ejercicios: movilidad articular (0224). Actividades: Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado. Realizar ejercicios pasivos o asistidos, si está indicado. Enseñar al paciente/familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos. Fomentar la deambulación, si resulta oportuno. Determinar el progreso hacia la meta fijada.

**CONCLUSIONES:** El resultado fue que la paciente recuperó la movilidad y los diagnósticos de enfermería fueron resueltos con éxito.

**PALABRAS CLAVE:** ARTROPLASTIA, RODILLA, TRAUMATOLOGÍA, MOVILIDAD, OPERACIÓN.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA**

DAVID CEBRIAN MARTINEZ, LAURA ABADÍA GARCÍA, LAURA BOTIAS MEROÑO, MARÍA DEL CARMEN GALÁN VILLEGAS, ANA MOLINA GIMÉNEZ, MARÍA TUDELA TORRES, MARÍA ÁNGELES PARRA MARTÍNEZ, ELENA PEREZ MARTINEZ, IRENE MARIN RUIZ, MARIA GARCIA ARMIÑANA, JOSÉ LÓPEZ SÁEZ, LORENA GONZÁLEZ PICAZO

**INTRODUCCIÓN:** Las fracturas de cadera se producen en su gran mayoría en el extremo superior del fémur siendo las caídas la principal causa de esta y produciéndose en cada vez más ocasiones en personas de avanzada edad que presentan antecedentes de osteoporosis. Por todo ello las fracturas de cadera son la causa más común de hospitalización en los servicios de urgencias. Las personas de edad más avanzada tienen patologías asociadas por lo que es necesario tener en cuenta la colocación del paciente en la mesa quirúrgica para realizar la cirugía.

**OBJETIVOS:** Determinar el nivel de confort y dolor del paciente durante la intervención por fractura de cadera en el periodo intraoperatorio tras realizar cambios de posición del clavo intramedular.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional y cualitativo del nivel de confort del paciente en la cirugía y posterior valoración del dolor. Se emplea un test para evaluar el nivel de confort y otro test con una escala de dolor para su valoración. Se lleva a cabo el estudio en pacientes sometidos a cirugía por fractura de cadera en el hospital mesa del castillo de Murcia, entre los meses de marzo de 2015 y enero 2016, los cuales en el momento de la cirugía se le realiza cambio de posición del clavo intramedular.

**RESULTADOS:** Un total 87 pacientes han sido objeto de estudio para determinar su nivel de confort y dolor durante la intervención. El 90% indica que el realizarles cambios posturales en relación al clavo intramedular les mejora la confortabilidad y se le reduce el dolor de la zona articular del lado afectado.

**CONCLUSIÓN:** El cambio de posicionamiento de clavo intramedular reduce el dolor del miembro afectado y mejora la postura del paciente y con ello el nivel de confort aumenta.

**PALABRAS CLAVE:** ATENCIÓN, CUIDADOS, ENFERMERÍA, FRACTURA, CADERA.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: FRACTURA SUBCAPITAL DE FÉMUR IZQUIERDO

ROCÍO MORAL CEPEDELLO, AILEEN SERRANO RAMÓN, MARIA DEL CARMEN JURADO LIRA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 72 años, que tras caída accidental en domicilio, sufre gran dolor en la región inguinal izquierda e incapacidad para la deambulaci3n. Como antecedentes personales relevantes: hipertensi3n arterial, hipercolesterolemia, depresi3n e ICTUS.

**EXPLORACI3N Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la exploraci3n inicial, presenta un hematoma local a nivel de la cadera izquierda y mucho dolor en la regi3n inguinal izquierda a la palpaci3n. Se puede observar, un acortamiento de la extremidad afecta y actitud en rotaci3n externa. Impotencia funcional activa y pasiva de dicha extremidad impidiendo la deambulaci3n. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulaci3n, radiografía de pelvis (anteroposterior y lateral) y resonancia magnética.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura subcapital de fémur izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se debe hacer un diagnóstico diferencial de patologías con cuadro clínico similar como son las siguientes: necrosis isquémica de la cabeza femoral, fractura del acetábulo, fractura de extremo proximal de fémur por estrés, coxartrosis rápidamente destructiva, entre otras.

**PLAN DE CUIDADOS:** Los principales cuidados de enfermería, ante una fractura de cadera desde el ingreso hasta el alta hospitalaria son los siguientes: la intervenci3n debe realizarse en las primeras 24 horas si estabilidad clínica, se debe de realizar profilaxis de enfermedad tromboemb3lica, profilaxis antibiótica perioperatoria, sonda vesical, cuidado del drenaje, prevenir úlceras por decúbito, cura local. La movilizaci3n tras la intervenci3n debe realizarse de forma precoz. La rehabilitaci3n básicamente consiste en ejercicios de potenciación muscular y movilidad articular progresiva para conseguir en primer lugar mantener la bipedestaci3n, posteriormente la recuperaci3n de la marcha y finalmente conseguir recuperar la capacidad de subir escaleras.

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de la fractura de cadera es un problema de importancia por su frecuencia, coste y riesgo. Afecta a ancianos, mujeres y varía en incidencia, mortalidad y estancia hospitalaria. Las consecuencias médicas, sociales y de rehabilitaci3n tienen un gran impacto.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA DE CADERA, ANCIANOS, REHABILITACI3N, ENFERMERÍA, CUIDADOS, CAÍDA.

## **APLASTAMIENTO DEL BRAZO DERECHO CON FRACTURA ABIERTA**

EVA RUIZ FERNANDEZ, EMILCE EVANGELINA GARCIA PAPARINI, GEMA GARCIA PRIETO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 75 años alérgica al látex y sin otros antecedentes de interés. Mientras se encuentra realizando la cama se cae sobre el brazo derecho el canapé abatible de la cama quedando aprisionada durante 96 horas tras las cuales es rescatada por los bomberos siendo trasladada al hospital.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Realizan rx donde se aprecia fractura catastrófica de antebrazo drch, hay desvitalización tisular con necrosis muscular alrededor del foco de fractura, necrosis cutánea dorsal y muscular en flexor de los dedos con afectación por compresión del nervio mediano y cubital. Fractura abierta grado I de tercio medio distal del radio- cúbito derecho y síndrome compartimental (SC). No es intervenida quirúrgicamente ese mismo día ya que por su alergia al látex el quirófano debe tener una preparación específica. Colocan fijación externa Hoffam , realizan exéresis del tejido desvitalizado y fasciotomía dorsal, liberan el nervio mediano y cubital, reducen el foco de la fractura radial. Se administra profilaxis antibiótica con 2 g de cefazolina iv más un gramo adicional tras más de dos horas de cirugía, se le transfunden 3 concentrados de hematíes por anemia en contexto de fractura complicada y se trata prurito secundario a contacto con materiales plásticos.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura doble de antebrazo por aplastamiento. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La mayoría de las causas de SCA provocan dolor y edema por esta razón es difícil, en ocasiones, el diagnóstico de esta dolencia. Existen determinadas patologías que pueden simular al SC c: celulitis, osteomielitis, tenosinovitis y trombosis venosa profunda. El diagnóstico diferencial más complejo es con respecto a la oclusión arterial y la neuropraxial.

**CONCLUSIONES:** El SCA es una complicación frecuente de eventos traumáticos que debemos de conocer, por el estrecho margen de tiempo que tenemos para iniciar su manejo y por lo incapacitante de sus secuelas.

**PALABRAS CLAVE:** SÍNDROME COMPARTIMENTAL, NECROSIS, EXÉRESIS, FASCIOTOMÍA.

## PACIENTE VARÓN QUE PRESENTA HOMBRO DOLOROSO

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

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 50 años. No alergias medicamentosas. Antecedentes personales: HTA, hipercolesterolemia. No IQ. Acude a urgencias por dolor a nivel de hombro derecho de 14 días de evolución, agudizándose por las noches con impotencia funcional. Niega traumatismos previos.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Signo de Popeye bilateral, dolor sobre acromioclavicular con lesión semiblanda no dolorosa a la palpación, dolor sobre coracoides, derrame articular. Movilidad limitada por encima de 45º, no aumento de temperatura. En Rx de hombro: importante degeneración acromioclavicular. Se consulta con traumatóloga de guardia quién solicita ecografía: rotura completa de los tendones del supraespinoso y subescapular con retracción de los cabos proximales de los mismos hacia la profundidad. Rotura completa del tendón largo del bíceps braquial a nivel de la unión miotendinosa con retracción de su vientre muscular. Probable rotura parcial del tendón del infraespinoso. Abundante cantidad de líquido en la bursa subacromio-subdeltoidea que presenta múltiples ecos móviles en relación con presencia de detritus probablemente de naturaleza hemática. El líquido en la bursa se extiende caudalmente hacia la vaina del tendón del bíceps y cranealmente hacia la articulación acromioclavicular formando una bolsa de líquido que protruye hacia plano subcutáneo en relación con signo de "Geiser".

**JUICIO CLÍNICO:** Rotura masiva de manguito hombro derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Artropatía degenerativa. Artropatía neuropática, reumatoide, infecciosas, metabólicas. Traumatismos previos.

**PLAN DE CUIDADOS:** Frío local, AINES, anestésicos en parches y crema y solicita RMN de hombro.

**CONCLUSIONES:** Se trata de un proceso de muy baja incidencia y es habitual considerarlo muy raro por lo que una correcta anamnesis, exploración física y pruebas complementarias junto con la colaboración médico de urgencias-traumatología nos puede llevar al diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR, HOMBRO, ROTURA, GEISER.

## **EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL MANGUITO DE ISQUEMIA**

INMACULADA VILLODRES JIMENEZ, IGNACIO GÓMEZ SANZ, MANUEL SÁEZ ZOTANO

**INTRODUCCIÓN:** Se utiliza el manguito de isquemia para realizar un torniquete que facilita el vaciamiento de la sangre de los vasos de las extremidades. Se realiza usando una venda de Smarch, de látex, la cual vacía los vasos y un manguito de presión que impide que éstos se vuelvan a llenar. Esta maniobra facilita que en las intervenciones quirúrgicas sea mínima la pérdida de sangre y por tanto reduzca el tiempo quirúrgico. Se usa principalmente en la cirugía ortopédica.

**OBJETIVOS:** Determinar el procedimiento del torniquete con el manguito de isquemia para el correcto uso en el quirófano por parte del personal de enfermería.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Elsevier y Scielo.

**RESULTADOS:** El personal de enfermería debe saber usar correctamente el manguito de isquemia para optimizar una intervención quirúrgica. Para ello los pasos a seguir son: inspeccionar y comprobar el equipo, proteger la piel del paciente que queda debajo del manguito con algodón, colocar el manguito en la extremidad y comprimir el miembro con una venda de Smarch realizando un vendaje en espiral desde la parte distal hasta la proximal. Insuflar el manguito a petición del cirujano y en conocimiento del anestesiólogo. Cuando acabe la intervención y se haya realizado el vendaje compresivo correspondiente, desinflar el manguito lentamente con previo aviso al anestesiólogo. Es importante registrar hora de inicio y finalización del manguito de isquemia, no debiéndose sobrepasar las dos horas.

**CONCLUSIÓN:** El previo conocimiento del funcionamiento del manguito de isquemia es fundamental para preservar la seguridad del paciente. Es importante que todo el personal sepa los pasos y controle poniendo en conocimiento al resto del personal el tiempo de isquemia sin sobrepasar el máximo permitido para evitar males mayores.

**PALABRAS CLAVE:** MANGUITO DE ISQUEMIA, TORNIQUETE NEUMÁTICO, PRECAUCIONES, MANEJO.

## ANÁLISIS DEL PAPEL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CIÁTICA

INMACULADA VILLODRES JIMENEZ, IGNACIO GÓMEZ SANZ, MANUEL SÁEZ ZOTANO

**INTRODUCCIÓN:** La ciática es un estado de dolor del nervio más largo del cuerpo, el ciático. Sus fibras parten desde el área lumbo-sacra y se extiende por la cadera hasta las extremidades inferiores. El dolor es debido al aplastamiento del nervio, por una hernia o por la inflamación del nervio pudiendo afectar a ambos miembros y puede llegar a ser incapacitante.

**OBJETIVOS:** Analizar el importante papel de la enfermería en el tratamiento del dolor en pacientes con ciática.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una revisión bibliográfica 2013 hasta la actualidad. Se seleccionaron los artículos completos y orientados al estudio. Las bases de datos revisadas son: Dialnet, Pubmed y Medline. Los descriptores utilizados fueron ciática, problemas, dolor ciática, lumbociática.

**RESULTADOS:** Se determina que la ciática es ocasionada por una inflamación del nervio debido a diferentes motivos: pinzamiento del nervio o hernia del disco, síndrome piriforme, trauma directo o accidente. Los síntomas son dolor en zona lumbar irradiado en ocasiones hacia glúteos, pelvis e incluso a uno o ambos miembros inferiores. El dolor puede ser leve o fuerte con sensación de quemazón y calambres. El dolor se intensifica al iniciar la marcha y al estar un tiempo prolongado en sedestación. Se suele diagnosticar con un tac, radiografía y/o test de conducción nerviosa.

**CONCLUSIÓN:** Se llega a determinar que enfermería juega un papel importante en la prevención de este tipo de patología ya que se debe promocionar un estilo de vida adecuado con dieta saludable para evitar sobrepeso, una moderada actividad física, dar a conocer la higiene postural de la columna, además de evitar traumatismos en la zona lumbar y glúteos. Se insistirá la importancia de la toma del correcto tratamiento prescrito de analgésicos, relajantes musculares y cortisona para reducir la inflamación. Se aconsejará la visita a un fisioterapeuta para ayudar y acelerar la mejora.

**PALABRAS CLAVE:** LUMBOCIÁTICA, DOLOR CIÁTICA, PROBLEMAS, CIÁTICA.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE PERTHES

ANGEL LUIS FERNÁNDEZ MORALES, CRISTINA FERNANDEZ RAMIREZ, INÉS LÓPEZ CORRAL

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Niño de 6 años de edad que a primeros de mayo inicia un dolor nivel de la cadera derecha acompañado de cojera. Dicho dolor se acentúa al correr y subir escaleras. Parto gemelar a término sin complicaciones. Vacunación según calendario de la comunidad autónoma. Crecimiento hasta el momento sin incidencias. No alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Tras la primera visita en su centro de salud es derivado a traumatología infantil. En junio se realiza Rx de cadera derecha, Rx de pelvis y Rx columna sin presentar ningún hallazgo de interés. Se pautó tratamiento analgésico y reposo. En octubre de dicho año vuelve el dolor y cojera más intensamente, el niño es visitado en urgencias que recomienda reposo hasta nueva valoración por traumatología. Dicha visita se realiza a la semana, nueva exploración sin disimetría, limitación abducción de cadera derecha a 45 grados y dolor a la rotación interna. Nueva Rx de cadera en la que sí se aprecia en este momento un aplanamiento de la cabeza femoral derecha compatible con una isquemia.

**JUICIO CLÍNICO:** Enfermedad de Perthes cadera derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias el paciente se diagnóstico definitivamente de Enfermedad de Perthes.

**PLAN DE CUIDADOS:** En nuestro caso, el niño de 6 años seguirá controles cada 4 meses para ver la evolución de la enfermedad y actuar según gravedad. De momento el tratamiento será control del dolor y limitación de la movilidad pudiendo realizar ejercicios como natación y bicicleta de paseo y evitando todo aquello que produzcan impacto sobre la cabeza femoral, como puede ser correr y/o saltar.

**CONCLUSIONES:** Para diagnosticar la enfermedad de Perthes, tras como se muestra en el caso clínico, es necesario la aparición de sintomatología más la realización de pruebas de imagen que es la que determinará un diagnóstico definitivo.

**PALABRAS CLAVE:** ENFERMEDAD DE PERTHES, DOLOR, COJERA, DISMINUCIÓN MOVILIDAD.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA**

CARLOS RABAZA GRAU, NURIA BENET CERDÀ, LIDIA UBIERGO ARJONA, ALICIA JUAN LLAMAS, LAURA GARCÍA PÉREZ, PATRICIA BAREA AGUILAR, CRISTINA QUESADA RODRIGUEZ, ALBA ORTEGA FRANCO, HELENA FERRER GIMENO, SONIA PEREZ SOTILLO, SERGI NAVAS MARTINEZ, MARINA CRUZ CÁRDENAS

**INTRODUCCIÓN:** La artroplastia total de rodilla es la cirugía que se utiliza para sustituir la articulación de la rodilla por una prótesis artificial. Está indicado en pacientes con artritis u osteoartritis que cursan con dolor e impotencia funcional, así como para aquellos casos en que los tratamientos conservadores no han sido satisfactorios.

**OBJETIVOS:** Analizar la importancia de la movilización precoz.

**METODOLOGÍA:** El estudio se realizó mediante la observación de 20 pacientes, todos ellos ingresados en la unidad de traumatología de un centro hospitalario. La duración del estudio fue de tres meses.

**RESULTADOS:** Para obtener los resultados a los pacientes se les realizó: Control del dolor, mediante la escala EVA, c/6h. Control del trofismo distal c/6h (vigilar pulsos así como coloración). Reposicionamiento de la extremidad (evitar rotación externa/interna de la extremidad). Iniciar sedestación a las 24-48h (siempre bajo supervisión del equipo médico y de fisioterapeutas). Por lo que se obtuvieron como resultados: Aparición de menor grado de complicaciones en los pacientes movilizados precozmente. Mayor grado de confort, tanto en el paciente como en los familiares.

**CONCLUSIÓN:** Unos correctos cuidados de enfermería, así como el inicio precoz de la rehabilitación disminuye la aparición de complicaciones postoperatorias. El buen control del dolor es imprescindible para un adecuado confort del paciente y su familia.

**PALABRAS CLAVE:** RODILLA, MOVILIZACIÓN, ARTROPLASTIA, CUIDADOS.

## TRATAMIENTO REPARADOR CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS

VIRGINIA MONTERO MADRID, NATALIA MONTERO MADRID, MARIA JOSE MONTEJO GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** El plasma rico en plaquetas es un producto de naturaleza autóloga (extraída el mismo paciente) por lo que la tolerancia a la infiltración es excelente, no alergénico que se obtiene de la sangre del paciente. Se emplea para tratar dolencias y patologías del aparato músculo-esquelético (roturas de tendones, tendinopatías crónicas, lesiones del cartílago, fracturas, artrosis, lesiones musculares).

**OBJETIVOS:** Identificar los pasos para la obtención del plasma.

**METODOLOGÍA:** Búsqueda en revistas científicas y base de datos tales como Medes, Medline, Pubmed, Genbank y Complete Genoma.

**RESULTADOS:** Estimula el proceso de regeneración tisular, aumentando la producción de colágeno, elastina, ácido hialurónico para crear tejido sano o aliviar el dolor. Pasos para la obtención de plasma: Extracción: Se le extrae al paciente sangre (20ml aproximadamente) y se mezcla con citrato de sodio para evitar su coagulación durante la etapa de centrifugado. Centrifugado: Este proceso separa de la sangre la fracción más rica en plaquetas que contiene los factores de crecimiento (FC) y deseamos el resto de componentes que no son prescindibles y quedan depositados en el fondo. Activación: En un ambiente estéril, a la fracción rica en FC se le añade una cantidad de cloruro cálcico para liberar y activar los FC que se encargarán de estimular la regeneración celular. Infiltración: Finalmente, se inyecta el preparado en la zona lesionada a nivel articular, muscular o tendón. En ocasiones, si el paciente lo tolera, se puede administrar previamente algún anestésico local. Se recomiendan de 2-3 infiltraciones con intervalos de dos semanas entre cada una de ellas, variando en función del tipo de lesión, el grado de afectación y evolución del paciente.

**CONCLUSIÓN:** Se aconseja su administración por su naturaleza autóloga como garantía de inocuidad y un excelente perfil de seguridad ante el riesgo de infección ya que es mínimo debido a la actividad bactericida del plasma, además de su comodidad ya que en la mayoría de los casos no precisa el ingreso hospitalario del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** PLASMA, PRP, FACTORES, CRECIMIENTO, BIOREGENERACIÓN, INFILTRACIÓN.

## VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS EN ADULTO

RUBÉN ANTONIO GARCÍA LARA, NORA SULEIMAN MARTOS, GRACIA AURORA MARTÍN HURTADO

**INTRODUCCIÓN:** El hallux valgus (HV) es la desviación en valgo del primer dedo del pie con una desviación en varo del primer metatarsiano. El 90% de los pacientes son mujeres, siendo las limitaciones más frecuentes el dolor medial sobre la prominencia ósea, el dolor plantar bajo la cabeza de los metatarsianos y la aparición de dedo en garra. Los zapatos con tacón y en punta son los que mayor presión generan sobre la zona de la primera articulación metatarsofalángica. Esta es la razón por la que la mayoría de los pacientes con HV sintomático son mujeres, y no porque la deformidad sea más frecuente en ellas, como tradicionalmente se pensaba.

**OBJETIVOS:** Analizar mediante una revisión bibliográfica la valoración correcta y las mejores opciones de tratamiento para el hallux valgus.

**METODOLOGÍA:** Revisión en las bases de datos electrónicas Cochrane y Medline y en las revistas electrónicas Scielo y Science Direct. Excluyendo todos los artículos que no reunían nuestros criterios de selección, y posteriormente seleccionando los textos tras leerlos en su totalidad, fueron utilizados 10 artículos. Se restringe la búsqueda a artículos publicados del 2012 en adelante.

**RESULTADOS:** Las formas de tratamiento conservador no corrigen el HV y solo es posible aliviar los síntomas utilizando zapatos anchos y/o plantillas en caso de metatarsalgia. La corrección quirúrgica se realiza mediante osteotomías, realineando la estructura ósea, donde existen múltiples técnicas, que se utilizan dependiendo de la gravedad del cuadro. El tratamiento quirúrgico tiene resultados satisfactorios en aproximadamente el 85% de los casos con alivio del dolor y disminución de la deformidad.

**CONCLUSIÓN:** El HV es un cuadro común en la población general que tiene importantes consecuencias funcionales en caso de ser sintomático, pudiendo incluso llevar a la limitación severa. Múltiples métodos de tratamiento existen en la actualidad, sin embargo, solo el tratamiento quirúrgico es capaz de corregir la deformidad.

**PALABRAS CLAVE:** HALLUX VALGUS, VALORACIÓN, ETIOPATOGENIA, TRATAMIENTO CONSERVADOR, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

## LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON GRÚA

INMACULADA LOPEZ ROBLES, MARIA ISABEL GARCIA CHAVES, MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ MELGUIZO

**INTRODUCCIÓN:** La movilización con grúa consiste en mover y acomodar al paciente en la cama o fuera de ella de forma que se sienta confortable, con cambios posturales que mejoren el tono muscular, la respiración y circulación. La grúa es un elemento auxiliar fundamental del que dispone el personal sanitario para movilizar al enfermo dependiente con la mayor seguridad y menor riesgo de lesiones para el y para el auxiliar de enfermería.

**OBJETIVOS:** Analizar la bibliografía reciente acerca de la movilización de pacientes con grúa por parte del personal de enfermería.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos, utilizando los descriptores relacionados con la temática.

**RESULTADOS:** Informaremos al paciente de lo que se va hacer y si es posible pediremos su colaboración, respetando su intimidad, frenar la cama y colocarla en posición horizontal, emplearemos métodos y recursos materiales como la grúa, arnés y recursos humanos, enfermeras, auxiliares de enfermería. El decúbito lateral en enfermos con fractura de cadera, colocaremos una almohada doblada en tre las piernas para evitar que se junten. Colocar el arnés y entremetida si el enfermo no la tuviese hacia la mitad, girarlo hacia decúbito contrario y acabar de estirar el arnés, las bandas de las piernas se pasan por debajo de ambas piernas y se entrelazan, la de la pierna derecha para colgar el gancho izquierdo y la de la pierna izquierda para colgar el gancho derecho.

**CONCLUSIÓN:** Es muy importante en enfermos con fractura de cadera, que en el momento del traslado con el arnés puesto y elevado sobre la cama sujetarle la pierna operada para mantener la alineación del miembro y restarle dolor, procurando mayor seguridad en el traslado y, movilizar a los pacientes que requieran ayuda total con menor esfuerzo para el personal sanitario.

**PALABRAS CLAVE:** CAMBIOS POSTURALES, SEGURIDAD, COMODIDAD, MOVILIZACIÓN, GRÚA.

## **PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA DERECHA EN MUJER DE 69 AÑOS**

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

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente mujer de 69 años que ingresa de forma programada para intervención de PTR derecha. Tras intervención se solicita valoración y tratamiento de Rehabilitación. Alérgica a penicilinas. NO HTA, no DM, no cardiopatía ni broncopatía conocidas. Intervenciones quirúrgicas previas: tiroidectomía total. Hipotiroides en tratamiento. Enfermedad actual: intervenida quirúrgicamente, realizándose: Técnica: corte femoral de 5 y 10 mm. Corte tibial de 2 mm y 3 de pendiente. Colocación de PTR de prueba. Colocación de PTR definitiva: Triathlon C. Femoral Cr cementado y 5, tibial de cruceta y 4, PE de 9 mm y patela 29 S. Solicitan valoración y tratamiento de Rehabilitación.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Paciente consciente y orientada. Colaboradora. Extremidad inferior derecha: Con vendaje compresivo y drenaje. No signos neurológicos ni vasculares distales. Pruebas complementarias: Radiografía: Gonartrosis en valgo Kellgren grado III.

**JUICIO CLÍNICO:** Gonartrosis derecha. Artroplastia total de rodilla derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Gonartrosis derecha. Artroplastia total de rodilla derecha.

**CONCLUSIONES:** La colocación de una prótesis total de rodilla es un acto quirúrgico que consiste en sustituir la articulación de la rodilla por una prótesis. Articulación muy completa, la rodilla une la tibia, la rótula y el fémur por ligamentos que favorecen una correcta estabilización articular. En el caso de esta paciente se realizará cura de la herida quirúrgica de forma ambulatoria y tratamiento de rehabilitación.

**PALABRAS CLAVE:** MUJER, PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA, GONARTROSIS DERECHA, ARTROPLASTIA.

## **ABORDAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON HERIDAS**

ALICIA BALTASAR SOLER, MARÍA TERESA MENDOZA SÁNCHEZ, JOSE LUIS RODRIGUEZ FUENTES

**INTRODUCCIÓN:** Una herida es el efecto causado por un agente externo de forma brusca en una parte de nuestro organismo, causando la ruptura de la superficie cutánea o mucosa, producida por distintas causas ya sea por traumatismos u otra agresión a la piel o por cualquier tipo de cirugía.

**OBJETIVOS:** Analizar las principales intervenciones que realiza el personal de enfermería ante paciente que presenta heridas.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión sistemática en diferentes bases de datos científicas y se utilizaron diversos descriptores. Se aplicó filtro de idioma y periodo temporal (2012-2016). De un total de 50/110 referencias encontradas, se escogieron 15/30 para un análisis en profundidad, se descartaron aquellos trabajos que no se centraban en el tema de interés a tratar.

**RESULTADOS:** El orden de actuación de enfermería a seguir delante de una herida sería: hemostasia; limpieza; cierre de la herida y protección de la zona. En atención a los siguientes criterios: Valorar los riesgos derivados del mecanismo de producción en función de su localización, la piel y estructuras afectadas en extensión y profundidad y la sensibilidad, movilidad y función zona lesionada. Además en el protocolo de actuación se tienen en cuenta los mecanismo de producción, ya que ocasionará lesiones diferentes, tiempo transcurrido desde que se produjo la herida y la posibilidad de contaminación.

**CONCLUSIÓN:** La actuación de enfermería en el cuidado de las heridas es más eficaz cuando se conoce cómo actuar correctamente para acelerar su cicatrización y así disminuir es mayor número de complicaciones y molestias que se le puedan producir al paciente.

**PALABRAS CLAVE:** HERIDA, ANALIZAR, ACTUACIÓN, CICATRIZACIÓN.

## **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON ESCOLIOSIS EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA**

ANA PETIDIER PINO, MARIA PAVON AMO, ALEJANDRO QUILES PARRA

**INTRODUCCIÓN:** La escoliosis se define como el aumento de la curvatura raquídea de 11 o más grados. El personal de enfermería en el servicio de traumatología trata con pacientes con escoliosis con alto grado de dolor, con dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria que les genera un estado de estrés o ansiedad y afecta directamente en su calidad de vida.

**OBJETIVOS:** Describir la actuación de enfermería ante el paciente con escoliosis en el servicio de traumatología. Describir el papel del personal de enfermería en la mejora de la calidad de vida del paciente con escoliosis en el servicio de traumatología.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión sistemática en profundidad del tema, utilizando los siguientes descriptores para la búsqueda: escoliosis, traumatología, enfermería, salud.

**RESULTADOS:** Los pacientes que se derivan al servicio de traumatología por escoliosis están basados en una sintomatología grave que impiden la realización de las actividades básicas de la vida diaria del paciente.

**CONCLUSIÓN:** El personal de enfermería en el servicio de traumatología trata de forma directa a pacientes con escoliosis en sus estadios más graves, por lo que el manejo del dolor, ansiedad repercutiendo de forma directa en la mejora de la calidad de vida del paciente con esta patología.

**PALABRAS CLAVE:** ESCOLIOSIS, TRAUMATOLOGÍA, ENFERMERÍA, SALUD.

## TRATAMIENTOS DEL ICTUS EN HOSPITALES CON Y SIN UNIDADES DE ICTUS

FRANCISCA MARTIN LOPEZ, ANA MARIA MOLINA RODRIGUEZ, CRISTINA RUIZ ALVAREZ

**INTRODUCCIÓN:** Cuando aparece un nuevo caso de Ictus es necesario tener un buen resultado, por ello es importante la organización de recursos asistenciales que permiten un menor tiempo de respuesta.

**OBJETIVOS:** Analizar el abordaje terapéutico y los resultados del tratamiento de centros de asistencia tradicional (equipos de ictus, sin Unidad de Ictus) y con Unidad de Ictus.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio para realizar comparaciones entre 3 centros con Unidad de Ictus y 2 centros con atención tradicional por Neurología, sobre una selección de indicadores para monitorizar la calidad de la atención en ictus. Participaron 234 pacientes donde se utilizaron cuestionarios para recoger la valoración del servicio y la asistencia sanitaria recibida por parte de los pacientes.

**RESULTADOS:** Los centros con Unidad de Ictus tuvieron un menor tiempo de respuesta tras el inicio de los síntomas, y el tiempo tardado en llegar al centro. En los hospitales con unidad de Ictus tuvo una mayor capacidad de respuesta en la aplicación de tratamiento frente a los centros con atención por neurología.

**CONCLUSIÓN:** Los centros con Unidad de Ictus tuvieron mejores tiempos de respuesta de referencia en el Ictus frente a los centros con atención por Neurología.

**PALABRAS CLAVE:** ICTUS, TRATAMIENTO, CENTROS HOSPITALARIOS, ENFERMEDAD.

## **PACIENTE ADULTO CON DOLOR EN LA PIERNA: CIATALGIA**

AILEEN SERRANO RAMÓN, ROCÍO MORAL CEPEDELLO, MARIA DEL CARMEN JURADO LIRA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 34 años que acude a consulta por presentar dolor en pierna izquierda con falta de sensibilidad en el miembro e imposibilidad para la marcha, tras bajarse del coche. Sin antecedentes personales de mayor importancia. Salvo destacar que su trabajo es dependiente en una tienda.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración general: tensión normal, frecuencia 66lpm, saturación 99% y T<sup>o</sup>;36,4 °C. Movilidad en cadera izquierda muy dolorosa. Pérdida de fuerza, sensibilidad y ROT. No signos inflamatorios externos. Pruebas complementarias: Rx lumbar y cadera izquierda, presentando lesión osteolítica en diáfisis proximal del fémur izquierdo.

**JUICIO CLÍNICO:** Ciatalgia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Pérdida de sensibilidad. Pérdida de fuerza. Disminución de los reflejos tendinosos en los músculos del miembro inferior.

**PLAN DE CUIDADOS:** Correcto seguimiento del tratamiento prescrito. Mantener posturas correctas. Mantener un peso adecuado. Realizar ejercicios que mejoren los músculos de la espalda y el abdomen. Evitar estar largos periodos de tiempo en la misma postura.

**CONCLUSIONES:** El tratamiento de la ciatalgia varía en función de la edad del paciente y del tiempo que lleve padeciendo esta enfermedad. Además es importante ver como reacciona el paciente ante un determinado fármaco, ya que no todas las ciatalgias pueden tratarse de la misma manera. El tratamiento quirúrgico se reserva en el caso de que el dolor no remita, se presenten tumoraciones o deformidades óseas progresivas por lo que sea necesario quitar la presión sobre nervio.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR, NERVIO, PÉRDIDA DE FUERZA, PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD.

## **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA: PARESTESIAS EN MANO DERECHA**

SONIA RUIZ MORENO, CATHERINE GARCIA MARQUEZ, MARIA DEL CARMEN GONZALEZ FERNANDEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 51 años, acude a consulta derivado por su médico de familia, refiere dolor en mano derecha a nivel de primeros tres dedos con parestesias en dichos dedos tanto de día como de noche, refiere menos fuerza en en mano. Antecedentes familiares: padre con tumor cefálico. Antecedentes personales: No AMC(alergias medicas conocidas). Paciente con antecedentes de intervención de Hartmann y resección de un asa de yeyuno por peritonitis secundaria a una diverticulitis perforada, con posterior reconstrucción del tránsito, y posterior eventroplastía de eventración de laparotomía media y de otra bajo la cicatriz de la antigua colostomía con malla de prolene supraaponeurótica.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Disminución sensibilidad en dedos mano, de fuerza y pérdida de extensión de codo derecha desde fractura infancia. RX sin alteraciones significativas.

**JUICIO CLÍNICO:** Cervicobraquiialgia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Evolución, persiste el dolor desde la columna cervical a los dedos de mano con sintomatología sensitiva sobre todo en primer, segundo y quinto dedo y la RX cervical sin alteraciones evidentes.

**PLAN DE CUIDADOS:** Tratamiento con ibuprofeno 600 mg cada 8 horas, diazepam 1 mg cada 24 horas para dormir, omeprazol 20 mg cada 24 horas con el desayuno, paracetamol 1gramos alterno con el ibuprofeno si precisa. Mantener cabecera elevada 45º, cuello recto, extremidades en extensión.

**CONCLUSIONES:** Al paciente se le solicitó RNM para valorar compromiso radicular, pedir colgar el informe a gestoría y usuarios y solicitar cita. Valoración de rehabilitación &reumatología a criterio de su médico de familia.

**PALABRAS CLAVE:** PARESTESIAS, FUERZA, SENSIBILIDAD, DISMINUCIÓN.

## **DIFERENCIAR TIPOS DE GRADOS EN LOS ESGUINCES DE TOBILLO MEDIANTE RX**

MARÍA DOLORES LÓPEZ ÁLVAREZ, MARÍA DOLORES NAVARRETE ROA, ELENA CALZADO COBLER

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Chica de 17 años de edad que acude a urgencias, refiriendo padecer dolor en el tobillo izquierdo, tras una caída mientras estaba jugando al baloncesto en el instituto. Refiere que no puede plantar el pie debido al dolor y que cuando llegó a casa se puso un bloque de hielo para la inflamación.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Evaluación de la inflamación externa del tobillo. Hematoma parte externa. Exploración radiográfica del pie.

**JUICIO CLÍNICO:** Esguince tobillo izquierdo grado II. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de anamnesis, la sospecha inicial fue de esguince de tobillo. Hubo de realizar Rx para diagnosticar el grado del esguince, arrojando y afirmando que el paciente presenta esguince de tobillo izquierdo de grado II.

**CONCLUSIONES:** El esguince se produce cuando se lesionan los ligamentos de la articulación al ser sometida a un movimiento anormal. Para su recuperación normalmente consiste en reposo, frío local, compresión y elevación del pie. También suele prescribirse antiinflamatorios como el ibuprofeno o el diclofenaco. En este caso al paciente se le pone una férula y se le recomienda reposo absoluto en dos semanas con la elevación del pie, debiendo volver a consulta cuando dicho período pase para posterior revisión. El reposo absoluto es primordial para la cura de este tipo de lesiones.

**PALABRAS CLAVE:** ESGUINCES, TOBILLO, GRADOS, RADIOGRAFIAS.

## **GONARTROSIS DE RODILLA COMO SOBRELLEVAR SU RECUPERACIÓN**

MARIA SUSANA GARCIA GARCIA, MARIA JOSE GARZON GARZON, MARIA DEL MAR GINEL SALVADOR

**INTRODUCCIÓN:** En España hay más de 7 millones de personas que padecen la enfermedad reumática, la gonartrosis es una de ellas la cual cursa muy lento y crónico, incluso estando en reposo el enfermo tiene un dolor mecánico. La artrosis es la destrucción progresiva del cartílago articular en los cuales se producen unos fenómenos inflamatorios de degradación y destrucción articular, para ralentizar la progresión de esta enfermedad se deben aplicar unas medidas higiénicas y conservadoras en fases avanzadas de esta enfermedad.

**OBJETIVOS:** Analizar e intentar que los pacientes tengan una recuperación lo mejor posible del movimiento de las articulaciones, dándoles la confianza para que puedan deambular con toda confianza en su enfermedad.

**METODOLOGÍA:** Se realiza la Revisión Bibliográfica buscando en las siguientes bases de datos: Medline, Cochrane, Pubmed, con un rango temporal del 2006 al 2011, donde se han usado los siguientes Descriptores: articulación, enfermedad, cartílago.

**RESULTADOS:** Tras la intervención el paciente no suele manifestar un dolor intenso y se recomienda seguir con los ejercicios de rehabilitación, se debe de ayudar a caminar con un bastón siempre siguiendo los consejos de la fisioterapia rehabilitadora.

**CONCLUSIÓN:** Este tipo de enfermedad se da con más frecuencia en mujeres de más de 40 años de edad en las cuales aplicándose medidas de higiene-conservadoras, se van a ir reduciendo los daños en la articulación. Con una rehabilitación adecuada el pronóstico es favorable haciendo sus debidos ejercicios siempre bajo la supervisión de un fisioterapeuta y la ayuda del personal de enfermería.

**PALABRAS CLAVE:** RODILLA, ARTROSIS, DEGRADACIÓN, DOLOR MECÁNICO.

## **PACIENTE CON HERNIA DISCAL: IMPORTANCIA DE LA HIGIENE POSTURAL**

RAQUEL LÓPEZ TURPÍN, ENCARNACIÓN HERNÁNDEZ PÉREZ, GERMAN GONZALEZ MARTINEZ, MARIA CARMEN PEREZ EGEA, MARIA JOSE MATEOS ORTUÑO, NIEVES ASENCIO LÓPEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 37 años que acude al traumatólogo por parestesias, hormigueo y calambres en brazo y antebrazo derecho y dedos pulgar e índice de mano derecha.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: Ausencia de dolor cervical. Rango de movimientos del cuello y extremidades completo. Sensibilidad disminuida en cara interna del antebrazo derecho, dedos pulgar e índice. Fuerza muscular completa y reflejos conservados. Pruebas complementarias: EMG (radiculopatía C6 derecha). RMN (compromiso saco dural en porción lateral derecha, C6).

**JUICIO CLÍNICO:** Tras anamnesis, exploración física y realización de pruebas complementarias se diagnostica de hernia discal cervical a nivel C6. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Resultados de la RMN y EMG compatibles con hernia discal C6. No necesario diagnóstico diferencial.

**CONCLUSIONES:** El tratamiento va a depender de varios factores: afectación neurológica, dolor o edad del paciente. Normalmente se decide un tratamiento conservador (fisioterapia, osteopatía y medicación); sobre todo tratándose de una mujer joven (37 años). Si no se soluciona, se adopta un tratamiento quirúrgico. La hernia de disco cervical se considera una patología evitable siguiendo pautas médicas y fisioterapéuticas, sobre todo evitando malos hábitos. La enfermería, al ser personal sanitario &ldquo;cuidador&rdquo; por excelencia, tiene un papel importante sobre todo en Atención Primaria para instruir a los pacientes sobre higiene postural. Su población diana serían pacientes con dolores osteomusculares que van a su consulta por otros motivos y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia que van adquiriendo malos hábitos posturales. A todos ellos se les deben dar recomendaciones de higiene postural. A su vez, la enfermería es susceptible de padecer enfermedades musculoesqueléticas como una hernia discal sobre todo en hospitales al realizar su trabajo en planta, por lo que también debe aplicar todos los conocimientos que tenga acerca de ergonomía, sobre su persona.

**PALABRAS CLAVE:** HERNIA, CERVICAL, SENSIBILIDAD, PARESTESIAS, HIGIENE POSTURAL.

## PACIENTE JOVEN CON LUXACIÓN DE HOMBRO DERECHO

MARIA DEL CARMEN JURADO LIRA, ROCÍO MORAL CEPEDELLO, AILEEN SERRANO RAMÓN

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 28 años que se encontraba trabajando como reponedor en un supermercado y tras cargar una caja de yogures refiere un fuerte dolor en el hombro con imposibilidad de mover el brazo y dice que se le ha inflamado por momentos. Como antecedentes personales; no alergias medicamentosas, no patologías previas, paciente deportista a diario y no fumador.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la exploración física se observa una equimosis del hombro derecho con fuerte dolor a la palpación. Se realiza Rx simple, antero posterior y axilar del hombro y brazo derecho donde se observa una variación de la cabeza del húmero que está desplazada bajo la apófisis coracoidea.

**JUICIO CLÍNICO:** Luxación del hombro derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Luxación acromio clavicular, luxación gleno humeral.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se le administra analgésicos para el dolor, Enantyum más Valium IM. El traumatólogo le realiza una reducción de la luxación y tras ello realizamos un vendaje de velpeau.

**CONCLUSIONES:** Este tipo de luxación se produce por un movimiento forzado y violento del brazo. Tras 2- 4 semanas de inmovilización del hombro el paciente tendrá que acudir a rehabilitación para la recuperación del movimiento correcto del brazo y fortalecer ligamentos y músculos del hombro y le enseñarán las posturas y movimientos más correctos a la hora de cargar pesos para evitar futuras lesiones.

**PALABRAS CLAVE:** IMPOTENCIA FUNCIONAL, DOLOR, LUXACIÓN, CUIDADOS.

## **PACIENTE EN URGENCIAS DIAGNOSTICADO DE FRACTURA DE RÓTULA**

LUCÍA HINOJO GARCIA, MARIA DOLORES MELLADO VALDES, MARIA DOLORES GARCIA CORRAL

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente que acude a urgencias por traumatismo accidental en choque fortuito rodilla contra rodilla durante celebración de partido de fútbol. Refiere dolor e impotencia funcional que impide deambulación. Se realiza radiografía de rodilla presenciando fractura de rótula con separación de ambos fragmentos óseos. Pasa a observación para realizar pruebas preoperatorias y administrar analgésicos por el dolor. Se habla con traumatólogo e indica poner férula de yeso y quirófano por la tarde.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: Constantes: T&ordf;: 36, TAS: 150, TAD: 60. Aspecto General: Buen estado general. Consciente, bien orientado. MM. SS. /MM. II. : Hemartrosis rodilla izquierda. Pulsos pedios y tibial posterior conservados. No alteraciones motoras ni sensitivas en pierna y pie izquierdo. Pruebas complementarias: ECG: Ritmo sinusal. Frecuencia: 75 lpm. Eje de P y QRS normales. Radiografía de rodilla: Fractura de rótula con separación de fragmentos. Analítica de sangre: hemograma, bioquímica y coagulación normales.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura de rótula.

**CONCLUSIONES:** La rótula es un hueso ubicado en la articulación de la rodilla que facilita la flexión y extensión de esta articulación. Existen diversos tipos de fractura de rótula, pero mientras mayor cantidad de fragmentos en los que se separe la rótula mayor dificultad tendrá el proceso de consolidación del hueso. Es imprescindible la radiografía para valorar la fractura y el grado de la misma ya que requiere una atención inmediata por originar un dolor agudo e intenso y una incapacidad funcional de la articulación más que significativa. **PLAN DE CUIDADOS:** Antes de la intervención: Visita de preanestesia Comprobación de pruebas complementarias. Consentimientos firmados. Ayunas a las 24h. Día de la intervención: Preparación quirúrgica. Rasurado, retirada de joyas y prótesis. Administración de premedicación. Toma de constantes. Postoperatorio: Control de constantes vitales, vendaje, redones, micción. Sueroterapia hasta ingesta. Dieta progresiva. Reposo absoluto en cama. Administración de tratamiento farmacológico según pauta médica.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA DE RÓTULA, TRAUMATISMO, DOLOR AGUDO, URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS.

## HIPERCIFOSIS DORSAL. SÍNTOMAS, CAUSAS Y TRATAMIENTO

M. CUSTODIA CORTÉS FERNÁNDEZ, RAQUEL CORTÉS FERNÁNDEZ, MANUELA LIÑAN GARCÍA

**INTRODUCCIÓN:** La hipercifosis dorsal es una curvatura de la zona dorsal de la columna de forma muy pronunciada. Se produce por posturas inadecuadas prolongadamente o que falta fuerza en la musculatura para vertebral. En los adolescentes se debe a una anomalía en el proceso de osificación de las vértebras dorsales y en los adultos la causa más común es por consecuencia de la osteoporosis.

**OBJETIVOS:** Conocer qué es la hipercifosis dorsal, sus síntomas, sus causas y su tratamiento.

**METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión sistemática y una búsqueda bibliográfica de hipercifosis dorsal y cifosis dorsal.

**RESULTADOS:** Los dolores por hipercifosis dorsal suelen presentarse en los omoplatos e irradiarse hacia la región cervical y lumbar. Suele afectar a la caja torácica por lo que puede existir dificultad respiratoria. Los síntomas más comunes son una apariencia encorvada hacia delante, dolor de espalda leve o severo, pérdida de altura, dificultad para estar de pie en posición vertical y fatiga. Se puede corregir si se empieza a tratar a tiempo, por lo que es importante la prevención. Si se tiene niños pequeños es conveniente observar y corregir la postura. El tratamiento que mejor resultado tiene es el tratamiento quiropráctico en el postural y la causada por subluxaciones vertebrales. Esto ayuda a tratar el dolor y la rigidez y mejoran la inmovilidad provocada por la curvatura. Algunos médicos recomiendan un corsé en casos muy deformantes y progresivos antes de que termine el crecimiento en adolescentes. El ejercicio como la natación fortalece y tonifica la musculatura para vertebral incidiendo en los músculos de la zona dorsal. También algunos ejercicios que ejerciten esa musculatura, el yoga y el pilates es beneficioso.

**CONCLUSIÓN:** La gran mayoría de los casos la reeducación postural y ejercicios ejercitando la musculatura permite tratar estas deformidades y sus consecuencias de una forma eficaz y con resultados duraderos.

**PALABRAS CLAVE:** HIPERCIFOSIS, JOROBA, YOGA, PÉRDIDA DE ALTURA.

## **ANÁLISIS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS HALLUX VALGUS EN UN HOSPITAL COMARCAL**

MANUEL JOSÉ CANO GUERVÓS, ANDRÉS JESÚS CORRAL GARCÍA, INMACULADA ORIHUELA GONZÁLEZ

**INTRODUCCIÓN:** El Hallux Valgus es una de las causas más frecuentes de consultas podológicas. Aunque no se conoce con exactitud el motivo de su aparición, se podría atribuir a varios factores.

**OBJETIVOS:** Evaluar los resultados de la osteotomía de Weil para el tratamiento y prevención de la metatarsalgia de sobrecarga de los radios centrales del pie. Conocer el grado de eficacia de estas intervenciones quirúrgicas.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de 60 pacientes intervenidos de Hallux Valgus con un total de 71 pies intervenidos durante el año 2016 mediante la la osteotomía de Weil. Las variables han sido la edad, sexo, resultados y complicaciones. Se revisaron las historias clínicas atendiendo al diagnóstico principal de hallux valgus. Se consultaron, informe de alta, hoja de quirófano y hojas de evolución.

**RESULTADOS:** La edad media ha sido de 61 años. Los resultados fue de un 82% excelentes. Complicaciones quirúrgicas: cuatro pacientes tuvieron intolerancia al material de osteosíntesis y uno retardo de consolidación. El 61% de los pies presentaban un defecto leve de movilidad metatarsofalángica.

**CONCLUSIÓN:** La osteotomía de Weil es una técnica adecuada y segura para tratar las metatarsalgias de los radios centrales. Tiene inconvenientes relacionados con la intolerancia al material de osteosíntesis a baja escala y con defectos de movilidad metatarsofalángica. Los resultado clínicos y radiológicos a largo plazo de la intervención mediante la técnica de Weill puede ser considerada aceptable, con una baja tasa de complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** HALLUX VALGUS, METATARSALGIAS, COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS, TÉCNICA DE WEIL.

## LA MANIPULACIÓN DE LOS IMPLANTES DE PRÓTESIS

MARIA DEL PILAR PEREZ LOPEZ, INMACULADA CONCEPCIÓN GOMEZ PÉREZ, TANIA MARIA CUADRA GONZALEZ

**INTRODUCCIÓN:** Una prótesis, es un elemento desarrollado artificialmente, que se queda implantado en el paciente más de 30 días, con el fin de mejorar o reemplazar una función, una parte o un miembro completo del cuerpo humano afectado. Se consideran imprescindibles, para realizar algunas cirugías y su almacenamiento tiene que ser en condiciones de temperatura y humedad adecuadas para mantener la esterilidad.

**OBJETIVOS:** Determinar pautas para la realización de una guía visual recordando el circuito para el material implantable.

**METODOLOGÍA:** Hoja de registro de prótesis-quirófano-administrativa-almacén de logística-almacén de prótesis. 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:** Se pretende que la información llegue a todos los profesionales que se ven implicados en él y a resolver las dudas, que surjan en algún punto del proceso. El estudio de la eficacia de esta guía, se tendría que realizar en una segunda fase, tras realizar, varias reuniones informativas sobre el circuito y la creación y ubicación de ella.

**CONCLUSIÓN:** Elaboración de una guía visual sobre el circuito de prótesis, donde indica, de manera clara, sencilla y ordenada todos los pasos claves a seguir, para la manipulación de las prótesis.

**PALABRAS CLAVE:** RECEPCIÓN, ALMACENAJE, PRÓTESIS, ESTÉRILES.

## **ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

ANABEL MEDINA MARTÍN, MARIA GLORIA GUTIÉRREZ ROMERO, MARIA TERESA JIMÉNEZ CALVO

**INTRODUCCIÓN:** Cuando hablamos de un paciente politraumatizado nos referimos al que sufre dos o más lesiones traumáticas consideradas graves, que producen un trastorno importante en las funciones circulatorias, respiratorias o ambas, lo que puede suponer un peligro en el pronóstico vital.

**OBJETIVOS:** Conocer el papel del TCAE ante pacientes politraumatizados.

**METODOLOGÍA:** Trabajo de investigación teórica: revisión sistemática. Las bases de datos consultadas han sido PubMed y Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Descriptores: politraumatizado, traumatismo, cuidados críticos, atención de enfermería.

**RESULTADOS:** Ante un paciente politraumatizado el periodo de tiempo en su asistencia es determinante para su evolución. En estos casos las actuaciones del TCAE son: Evaluar, avisar al personal sanitario Médico, DUE... Y socorrer dentro de sus posibilidades y conocimientos adquiridos, así como asegurarse que la vía aérea permanezca permeable e iniciar rápidamente las maniobras de soporte vital si es preciso. Evaluar de forma continua el nivel de conciencia y las constantes vitales. Después de solucionar los problemas vitales se procede a realizar una exploración buscando lesiones o fracturas. Controlar las hemorragias y su sangrado. Realizar medición de la temperatura, glucemia, frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión arterial, etc. , Siempre que se disponga del material necesario. Vigilar el color de la piel, según la cantidad de presencia de sangre que circula por la zona. No se debe causar mayor daño del ya existente.

**CONCLUSIÓN:** El TCAE debe reconocer rápidamente un paciente politraumatizado y comenzar sus actuaciones para estabilizarle, ya que esto mejorará su diagnóstico y en algunos casos podrá incluso salvarle la vida. Unos cuidados de calidad garantizan una mejor y más rápida recuperación de estos pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** PACIENTE, POLITRAUMATISMO, TRASTORNO, PELIGRO, DIFICULTAD, LESIONES.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRACCIÓN TRANSESQUELÉTICA

ANDREA FALCÓN MARTÍNEZ, CARMEN GARRIDO FAGES, CARMEN MARIA MARTÍNEZ ESTEPA

**INTRODUCCIÓN:** La tracción transesquelética es una de las dos formas básicas de tracción utilizadas por parte de los servicios de traumatología para el tratamiento de fracturas óseas que permiten la inmovilización de dichas fracturas en pacientes encamados. Es utilizado principalmente para fracturas de extremidades inferiores, cadera y acetábulo. Ésta se aplica a la estructura afectada mediante un clavo metálico o alambre introducidos en el tejido óseo y fijados con cuerdas atadas a un peso determinado. Su objetivo es inmovilizar, posicionar y alinear la fractura ósea en el proceso de curación. Este tratamiento puede ser provisional o definitivo. La infección del clavo es una de las complicaciones que puede aparecer con la tracción transesquelética.

**OBJETIVOS:** Determinar el manejo de los cuidados de enfermería en pacientes con tracción transesquelética.

**METODOLOGÍA:** Revisión Bibliográfica en bases de datos, como Pubmed y Dialnet, mediante los descriptores: tracción transesquelética, cuidados de enfermería en pacientes con tracción transesquelética, manejo del paciente con tracción esquelética y complicaciones de la tracción transesquelética. Se han seleccionado artículos publicados entre los años 2010 -2017.

**RESULTADOS:** Los cuidados específicos para el paciente que presenta tracción transesquelética presenta dos grandes pilares: la educación sanitaria (explicar al paciente el grado de movilidad tolerable, como hacerlo y las posturas correctas) y prevenir las complicaciones potenciales (control de la zona punción, cura diaria, desinfección de la zona, protección de la zona, evitar aparición de escaras, control neurovascular y educación sanitaria para evitar desuso de las zonas no afectadas).

**CONCLUSIÓN:** El papel de enfermería en los cuidados del paciente con tracción transesquelética es importante, ya que previene complicaciones derivadas de este tratamiento y ayuda a un correcto proceso de curación de la fractura.

**PALABRAS CLAVE:** TRACCIÓN TRANSESQUELÉTICA, MANEJO DEL PACIENTE, TRACCIÓN ESQUELÉTICA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, PACIENTES CON TRACCIÓN, COMPLICACIONES TRACCIÓN.

## RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE CAÍDA EN VÍA PÚBLICA

JUAN MANUEL RUIZ DELGADO, MARIA ESPERANZA GAMARRA BARBA, ENRIQUE SÁNCHEZ ARAGONÉS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 74 años trasladada por la ambulancia al servicio de urgencias debido a una caída en la vía pública. Presenta dolor agudo en EII con acortamiento y rotación externa de la misma. Disnea acompañada de dolor costal izquierdo. No alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza un estudio Rx de caderas y parrilla costal, que destacan en la exploración. Además se realiza analítica preoperatoria incluyendo gasometría y rx tórax. Y valoración enfermera. Respiración: Leve disnea de reposo por fractura costal. Sat: 92%. Alimentación/Hidratación: Presenta dentadura postiza. Dieta normal sin sal. Eliminación: Estreñimiento debido a que la paciente esta encamada. Refiere no tener ningún problema para hacer de vientre anteriormente. Movilidad/Postura: Movilidad muy limitada debido a la fractura de costal y de fémur. Dormir/Descansar: Refiere costarle conciliar el sueño, duerme de 4 a 6 horas diarias. Vestirse/Desvestirse: Autónoma para las ABVD. Temperatura corporal: Sin alteraciones Higiene/Integridad piel y mucosas: Alteración de la integración cutánea. Presenta una úlcera en pie derecho controlada por atención primaria. Evitar peligros: Refiere ansiedad ante esta nueva situación, sobretodo el no poder moverse se lo crea. Comunicación/Relaciones sociales: Viuda desde hace 3 años, tiene 3 hijos de los cuales una se ocupa de ella. Refiere que esta situación le causa tristeza

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura de cabeza de fémur izq. Y fractura costal izq. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza durante la exploración y realización de pruebas complementarias. Necesita ser intervenida de prótesis parcial de cadera, precisando rehabilitación.

**CONCLUSIONES:** La paciente se encuentra con mayor motivación para su recuperación. El dolor está controlado con la analgesia prescrita. Comienza deambulación con muletas, responde satisfactoriamente. La disnea se ha resuelto. Todo ello reduce su ansiedad.

**PALABRAS CLAVE:** RESOLUCIÓN, QUIRÚRGICA, DOLOR, CAÍDA, VÍA PÚBLICA.

## ANÁLISIS DE LAS ESCISIONES DEL CARTÍLAGO SEMILUNAR EN ANDALUCÍA

DESIREE BARBERO MARTINEZ, VANESA SIERRA ARIAS, ANTONIO ANDRES CASTILLO

**INTRODUCCIÓN:** El cartílago semilunar de la rodilla, más conocido como menisco, es un fibrocartílago que forma parte de la articulación de la rodilla. Un tercio de las lesiones de menisco están relacionadas con deportistas mayoritariamente jóvenes. Los meniscos preservan el cartílago articular, garantizan la función articular y previenen la aparición de artrosis.

**OBJETIVOS:** Analizar el número de escisiones del cartílago semilunar realizadas en Andalucía entre los años 2013 y 2015, diferenciando a los pacientes con edades comprendidas entre los 15-44 años, 45-64 años y a los mayores o iguales a 65 años.

**METODOLOGÍA:** La información para realizar este trabajo ha sido obtenida de la Actividad en Hospital de Día Quirúrgico en los hospitales del Servicio de Salud Público de Andalucía de entre los años 2013 y 2015.

**RESULTADOS:** Durante el año 2013 en Andalucía entre los 15-44 años se intervinieron a 1011 personas, entre los 45-64 años 1277 personas y con 65 años o más a 213 personas; durante el 2014 en Andalucía entre los 15-44 años se intervinieron a 1063 personas, entre los 45-64 años 1274 personas y con 65 años o más a 227 personas. Y por último, en el 2015 en Andalucía entre los 15-44 años se intervinieron a 1051 personas, entre los 45-64 años 1254 personas y con 65 años o más a 209 personas.

**CONCLUSIÓN:** En los tres años estudiados coincide el grupo de edad comprendido entre los 45-64 años como en el que más escisiones del cartílago semilunar se han realizado. En el que menos escisiones se han realizado es en el que incluye a los pacientes entre los 65 o más años.

**PALABRAS CLAVE:** ARTICULACIÓN DE LA RODILLA, MENISCO, CARTÍLAGO ARTICULAR, FIBROARTÍLAGO.

## **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO EN EQUIPO**

JULIO SANTIAGO ARIAS, JULIA MOLERO MESA, CARMEN SANTIAGO ARIAS

**INTRODUCCIÓN:** El trabajo en equipo se puede definir como un grupo de personas que realiza una actividad organizada con la intención de lograr un objetivo común y que desea utilizar la disciplina del trabajo en equipo como el medio de incorporar un pensamiento colectivo a través del diálogo. También se puede considerar como un conjunto de personas asignadas de acuerdo a habilidades y competencias específicas.

**OBJETIVOS:** Determinar las funciones y los beneficios del trabajo en equipo en el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

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

**RESULTADOS:** Se refiere a la serie de estrategias procedimientos y metodologías que utiliza un grupo humano para lograr las metas propuestas. Cada miembro conoce sus funciones y las de los demás, cada persona incorpora conocimientos, técnicas y recursos, por lo que es actividad orientada a una buena salud y el concepto de equipo implica desarrollo como un proceso dinámico. El trabajo en equipo permite aportar ideas y soluciones gracias a la combinación de los distintos puntos de vista de los miembros de un equipo creando soluciones más efectivas a los posibles problemas que puedan surgir. Además de trabajar en equipo, ayuda a compartir conocimientos y estimula el aprendizaje tanto a nivel individual como colectivo.

**CONCLUSIÓN:** Por lo que se fortalece el espíritu colectivista, disminuyen los gastos institucionales, existe un mayor conocimiento, surgen nuevas formas de abordar un problema, son más diversos los puntos de vista logrando así un objetivo común.

**PALABRAS CLAVE:** EQUIPO, HABILIDADES, COLECTIVO, ORGANIZACIÓN.

## **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA FRACTURA DE CADERA**

ENCARNACION LOPEZ DURAN, ELISA ISABEL MOLINA LOPERA, SILVIA RUBIO LEBRON

**INTRODUCCIÓN:** Se considera una fractura de cadera a la rotura de cualquiera de los componentes que forman la articulación de la cadera y son más comunes en personas ancianas y mujeres.

**OBJETIVOS:** Determinar pautas para: Incrementar la calidad asistencial, controlando el dolor, evitando y estabilizando la fractura. Proporcionar apoyo para su restablecimiento de autodependencia. Realizar observaciones de complicaciones que puedan empeorar la fractura.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas y así obtener información sobre el protocolo a llevar por el TCAE. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

**RESULTADOS:** Con este plan se conseguirá una unificación del protocolo del TCAE frente a fracturas de cadera. Hay varios tipos; Fractura de la cabeza femoral, de cuello femoral, intertrocanterica y subtrocanterica.

**CONCLUSIÓN:** Tras la realización del estudio podemos concluir que, si se lleva a cabo adecuadamente se mejorará la calidad asistencial a personas con fractura de cadera en hospitales y urgencias.

**PALABRAS CLAVE:** TCAE, FRACTURA, CADERA, PROTOCOLO, SALUD.

## **FRACTURA DE CADERA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRA Y POST OPERATORIO**

CLAUDIA MOLINA RUIZ, GEMA GONZÁLEZ MÁRQUEZ, AMANDA CORREA GOMEZ

**INTRODUCCIÓN:** El 90% de los pacientes intervenidos de fractura pertrocanterea superan los 75 años de edad. Este rango de edad debe ser tenido en cuenta a la hora de la colocación en la mesa de tracción necesaria para la realización de la técnica. Con este estudio se pretende mejorar la confortabilidad del paciente durante la intervención. Y así hacer el tiempo intraoperatorio menos incomodo y reducir en el postoperatorio la analgesia requerida por el paciente por dolores relacionados con la posición intraoperatoria.

**OBJETIVOS:** Determinar pautas para mejorar la confortabilidad del paciente durante la inserción del clavo intramedular y disminuir el dolor articular postoperatorio.

**METODOLOGÍA:** Observación y valoración del estado del paciente durante la cirugía y posterior valoración de grado de dolor y zonas donde refería dicho dolor. Se realiza un breve test intraoperatorio de tres ítems donde valora la confortabilidad del paciente. Se realiza otro test de dos ítems donde incluye la escala del dolor.

**RESULTADOS:** Tras la interpretación de los datos registrados en los ítems intra y post operatorios, podemos volcar los datos siguientes. El cambio de posición que se ha realizado de la posición del paciente durante la cirugía del clavo intramedular, ha mejorado en el 90% de los casos la confortabilidad y comodidad del paciente en la mesa de tracción y ha disminuido el 95% del dolor articular referido a la zona articular del miembro superior del lado afectado en la valoración del dolor postoperatorio.

**CONCLUSIÓN:** Gracias a este cambio de posicionamiento del miembro superior del lado afectado de la fractura, se ha anulado el dolor articular del miembro superior, se ha mejorado la postura del paciente intraoperatoriamente y todo esto hace que el paciente mientras esta siendo intervenido esta más tranquilo, cómodo y sin dolor secundarios a la colocación en la mesa de tracción.

**PALABRAS CLAVE:** PACIENTE, DOLOR, FRACTURA, CIRUGÍA.

## UNA FRACTURA INTERTROCANTÉRICA DE CADERA DERECHA

SAMANDA SERVAN MOJONERO, SONIA RUIZ RONDAN, JESUS ANTONIO ORTEGA CORREA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente con 85 años que ha sufrido una caída accidental en las escaleras de su domicilio, presenta dolor intenso en el miembro inferior derecho (MID), con dificultad para la deambulación, sin pérdida de conocimiento. Fractura intertrocantérica de cadera derecha.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se le hace Rx de cadera derecha con resultado de fractura subcapital derecha. Realizamos un ECG por petición del anestesta. Analítica preoperatoria: (bioquímica, hemograma, coagulación) y también para pruebas cruzadas. Se le pone a la paciente una sonda vesical.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura intertrocantérica de cadera. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** No focalidad neurológica. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda (TVP). Dolor a la rotación de cadera derecha y mucha dificultad para la deambulación.

**PLAN DE CUIDADOS:** Diagnóstico NANDA 00134. Náuseas. Resultados NOC: 0602. Hidratación. 1014. Apetito. 1618. Control de las náuseas y vómitos. Intervenciones NIC: 2080 Manejo de líquidos/electrolitos. 4200 Terapia intravenosa (IV). 1570 Manejo del vómito. 3900 Regulación de la temperatura. Diagnóstico NANDA 00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Resultados NOC: 0204 0204. Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1102 Curación de la herida: por primera intención. Intervenciones NIC: 3500 Manejo de presiones. 3590 Vigilancia de la piel. 0840 Cambio de posición.

**CONCLUSIONES:** Al quinto día de la intervención se le realiza al paciente una analítica completa y una radiografía del miembro operado, a modo control, en las cuales no se observa ninguna anomalía. La paciente ha evolucionado favorablemente, con dolor controlado, y siendo capaz de deambular con ayuda de un dispositivo de apoyo. Se realiza una última cura hospitalaria. Se informa que las curas se llevarán a cabo todos los días en su centro de salud para que la valore la enfermera del centro y retirada de grasas a los 9/10 días. Le entregamos el informe del alta de enfermería y le retiramos la vía periférica.

**PALABRAS CLAVE:** ACCIDENTE, FRACTURA DE CADERA, DOLOR INTENSO, DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.

## **PACIENTE QUE PRESENTA FRACTURA ESTABLE DE PELVIS TRAS PRECIPITACIÓN**

CELIA GALDEANO LÓPEZ, ALICIA GALDEANO CARRILLO, CRISTINA FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 28 años que acude a urgencias tras sufrir precipitación en ambiente laboral de 5 metros de altura, que le ha ocasionado fractura de ramas púbicas de pelvis izquierda, fractura de olécranon del codo izquierdo y fractura de la base del 5º metacarpiano izquierdo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Antecedentes personales: Enfermedad de Crohn. No alergias medicamentosas conocidas. Exploración y pruebas complementarias: Tª: 36,7°C, TA: 100/60mmHg. Aspecto general: C. Y O. ; Estado general conservado; Eupneico en reposo. Piel y mucosas: Normohidratado y normocoloreado. Cráneo y cuello: Neurológicamente estable, sin focalidad. No meningismo. Tórax: AC: Tonos rítmicos sin soplos ni ruidos anómalos. AP: Murmullo vesicular conservado. No roncus ni sibilantes ni crepitantes. Abdomen: Blando y depresible. No doloroso a la palpación profunda. Peristaltismo presente. No megalias. Pelvis estable con dolor a la palpación en área iliopubiana izquierda. Extremidades: MSI inmovilización con férula braquiopalmar y extensión al 5º dedo. No alteraciones en la perfusión periférica ni déficit distales sensitivo-motores. Resto de articulaciones de miembros sin dolor a la palpación ni a la movilización. Pruebas complementarias: Sangre: Hemograma: Hts: 4,01; Hb: 13,20; Hto: 38,50; Lc: 11,23 (Ntf-84,5, Linf-11,2); Pla: 164. Coagulación: Actividad de protrombina: 80,4; INR: 1,10; Ttpa: 23. Bioquímica: Glucosa: 99; Urea: 27; Creatinina: 0,64; Na: 138; K: 5,00. ECG: Ritmo sinusal a 75 lpm con PR de 0,16 y QRS de 0,08. Eje normal. No hipertrofias ni criterios de isquemia aguda. Radiología tórax: ICT normal. No condensaciones pulmonares. Senos costofrénicos conservados. No neumoperitoneo.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura estable de pelvis. Fractura de olécranon del codo izquierdo. Fractura/luxación de la base del 5º metacarpiano izquierdo. Policontusionado. **CONCLUSIONES:** Se realiza Ingreso a cargo de traumatología para tratamiento quirúrgico del codo y mano, estudio radiológico con TAC de columna y pelvis, apreciándose fracturas de apófisis transversas lumbares izquierdas (L1-L4), se coloca lumbostato. Estando estable tras 3 días hospitalizado, con control del dolor y sin indicios de sangrado es dado de alta a su domicilio con antibióticos y analgésicos; siguiendo un plan de cuidados, tratamiento farmacológico y posterior seguimiento por el servicio de Traumatología.

**PALABRAS CLAVE:** PRECIPITADO, FRACTURAS, DOLOR, POLITRAUMATIZADO.

## **PACIENTE PLURIPATOLOGICO CON FRACTURA DE CADERA**

VIRGINIA FERNANDEZ AGUILAR, MIRIAM PARRA NOGAREDO, EVA MARÍA CALVENTE CANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 75 años con antecedentes personales de dm, hta, dlp, epoc, cardiopatía isquémica, irc leve, acv isquémico, que acude a urgencias por dolor e impotencia funcional en cadera izquierda, refiere haberse caído cuando se levantó de la cama a orinar.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** SE observa leve acortamiento y rotación externa de mii. Pulsos distales conservados. Se solicita rx de cadera izquierda en la que se aprecia fractura pertrocanterea de fémur izquierdo. Se saca analítica y pruebas cruzadas para tratamiento quirúrgico.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura pertrocanterea de fémur izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Comtusión, osteoporosis, fractura fémur distal.

**PLAN DE CUIDADOS:** Paciente intervenido en menos de 24horas, pero aún así estuvo hospitalizado 10 días por desorientación.

**CONCLUSIONES:** Una de las incidencias más frecuentes en el adulto es la fractura de cadera, teniendo su tratamiento precoz una gran importancia a la hora de evitar complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** SALUD, TERAPIA, ADULTO, FRACTURA.

## **INFLUENCIA DEL GROSOR DEL LIGAMENTO TRANSVERSO DEL CARPO EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO**

MARIA EUGENIA SAEZ MARIN, LUCIA SANCHEZ MOLINA, ROSARIO MOLINA ARQUELLADAS

**INTRODUCCIÓN:** Esta afección puede provoca una presión excesiva en el nervio mediano, este nervio se encuentra en la muñeca lo que permite la sensibilidad y el movimiento de las diferentes partes de la mano. El síndrome del túnel carpiano puede provocar entumecimiento, hormigueo, debilidad o daño muscular en la mano y dedos.

**OBJETIVOS:** Determinar si el grosor del ligamento transversal del carpo medido por resonancia magnética influye en la aparición del síndrome del túnel carpiano.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado un estudio con 94 pacientes, de los cuales 28 tenían síndrome del túnel carpiano, se sometieron a resonancia magnética, 37 con molestias en diferentes regiones del carpo sin síntomas del túnel carpiano y 29 sujetos sanos. Dos observadores realizaron 3 mediciones en 3 niveles diferentes y en los 3 grupos de pacientes.

**RESULTADOS:** No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las mediciones del grosor del ligamento transversal carpiano entre el grupo de síndrome del túnel carpiano y el grupo sin afectación del túnel carpiano, pero sí diferencias estadísticas entre el grupo control y el síndrome de túnel carpiano y entre el grupo control y el grupo sin implicación del túnel carpiano. En ambos grupos, el grosor del ligamento transversal fue mayor que en el grupo control.

**CONCLUSIÓN:** El síndrome del túnel carpiano es multifactorial. El grosor del ligamento transversal no afecta directamente el inicio de los síntomas.

**PALABRAS CLAVE:** MANO, TÚNEL CARPIANO, ENFERMEDAD, SÍNDROME.

## GENERALIDADES Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

ESTEFANIA SANTALO PEREZ, ANA MORENO ESCRIBANO, MONICA CASTRO GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** Síndrome del túnel carpiano es una afección en la cual existe una presión excesiva en el nervio mediano, permite la sensibilidad y el movimiento a partes de la mano. El síndrome del túnel carpiano presenta los siguientes síntomas: entumecimiento, hormigueo, debilidad, o daño muscular en la mano y dedos. Es el atrapamiento nervioso periférico más frecuente.

**OBJETIVOS:** Identificar las recomendaciones y pautas de actuación ante el síndrome del túnel carpiano, así como determinar las principales consecuencias.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica a través del uso de las bases de datos: Pubmed, Dialnet, Scielo. Se usaron los descriptores: Nervio ,muñeca, túnel y parestesia.

**RESULTADOS:** Las principales recomendaciones y actuaciones serían: Modificar las actividades de manipulación que lo provocan. Usar ortesis en posición neutra, que es en la que menos presión hay en el túnel. Administrar inyecciones locales de corticoides con o sin anestésico local, con un maximo entre dos o tres infiltraciones. Descomprimir quirúrgicamente el túnel carpiano. Como consecuencia, desaparecen las parestesias nocturnas, el dolor en la muñeca y en casos dolor en el hombro. Recuperan habilidad, no se caen los objetos de las manos.

**CONCLUSIÓN:** Gran satisfacción entre un 70 -90% de los pacientes tras la descompresión. Se pueden presentar complicacione : cicatriz hiperalgica, persistencia de síntomas, lesión neurovascular, hematomas, perdida de fuerza, síndrome de dolor regional complejo y pillar pain, esto es un dolor profundo que se extiende desde la base de la eminencia tenar a toda la muñeca.

**PALABRAS CLAVE:** NERVIO, MUÑECA, PARESTESIA, TÚNEL.

## INTERVENCIONES EN EL ATRAPAMIENTO DEL NERVIIO DIGITAL PLANTAR

ESTEFANIA SANTALO PEREZ, MONICA CASTRO GARCIA, ANA MORENO ESCRIBANO

**INTRODUCCIÓN:** Es un engrosamiento en la bifurcación del nervio digital plantar, a la altura de las cabezas de los metatarsianos. Es una causa frecuente de metatarsalgia. Las ramas del nervio se pellizcan (comprimido) entre los huesos, causando dolor. El dolor se agrava cuando el movimiento del tobillo y cierto calzado y actividades como correr suponen una presión adicional sobre los nervios pinzados.

**OBJETIVOS:** Analizar las intervenciones en el atrapamiento del nervio digital plantar.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica a través del uso de las bases de datos: Pubmed, Dialnet, Scielo. Se usaron los descriptores: NERVIIO, ENGROSAMIENTO, SÍNDROME, HISTOLOGÍA.

**RESULTADOS:** Los dispositivos que impiden el movimiento del pie (como las férulas ) y otros dispositivos colocados en el calzado (ortesis) pueden ser beneficiosos ,así como la fisioterapia y la aplicación de frío extremo en el nervio (crioterapia). Si dichos tratamientos no funcionan, puede contribuirse a aliviar el dolor mediante la inyección de una solución de alcohol para bloquear el nervio o mediante cirugía para liberar el nervio de las estructuras que lo comprimen.

**CONCLUSIÓN:** Será fundamental y clave el reconocimiento de los factores de compresión externa, el análisis y la adecuación para determinar las causas del atrapamiento.

**PALABRAS CLAVE:** NERVIIO, ENGROSAMIENTO, HISTOLOGÍA, SÍNDROME.

## IMPORTANCIA DE LA ARTROSIS EN LA POBLACIÓN ACTUAL

ESTEFANIA SANTALO PEREZ, ANA MORENO ESCRIBANO, MONICA CASTRO GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** Es una enfermedad que presenta unas características muy definidas y que se caracterizan por: presentar una alteración de toda la articulación, existe un proceso de deterioro del cartílago, con reacción proliferativa del hueso subcondral e inflamación de la membrana sinovial. Posteriormente la degeneración abarca márgenes articulares, incluyendo ligamentos, tendones e incluso músculos. Es una enfermedad crónica (con duración en muchos casos de décadas) y tiene una afección inflamatoria, la sinovitis está presente en muchas ocasiones durante el desarrollo de la enfermedad. Estas características son fundamentales en el manejo del paciente con artrosis.

**OBJETIVOS:** Analizar la importancia de la artrosis en la población actual.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica a través del uso de las bases de datos: Pubmed, Dialnet, Scielo. Se usaron los descriptores: Cartílago, sinovitis, hueso, tendones.

**RESULTADOS:** El tratamiento ha de ser integral, actuando desde el principio sobre los factores de riesgo modificables, y reincorporando al paciente en sus actividades de la vida cotidiana y laboral. El tratamiento ha de ser multidisciplinar, se implicarán médicos de familia, reumatólogos, rehabilitadores, enfermeros, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

**CONCLUSIÓN:** Los tres pilares básicos en el tratamiento no farmacológico y que disponen de una evidencia consistente son la educación sanitaria, el ejercicio físico y la pérdida de peso.

**PALABRAS CLAVE:** SINOVITIS, HUESO, TENDONES, CARTÍLAGO.

## PRESENCIA DE BIOFILM EN HÉRIDAS ESTÁTICAS

ESTEFANIA SANTALO PEREZ, MONICA CASTRO GARCIA, ANA MORENO ESCRIBANO

**INTRODUCCIÓN:** Los biofilms son comunidades microbianas complejas que contienen microorganismos incrustados en una barrera limosa y protectora de azúcares y proteínas.

**OBJETIVOS:** Analizar estrategias para reducir la cantidad de biofilm y evitar que se vuelva a formar. Identificar los factores que pueden contribuir a la cronicidad de la herida, como la infección y el desequilibrio de humedad.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica a través del uso de las bases de datos: Pubmed, Dialnet, Scielo. Se usaron los descriptores: herida, cicatrización, antibiótico, infección.

**RESULTADOS:** El biofilm puede proteger a los microorganismos frente a la respuesta inmunitaria del huésped y a los antibióticos protegiendo a los microorganismos y permitiendo su multiplicación. El biofilm es difícil de eliminar completamente y puede volver a formarse de manera rápida. La variabilidad y complejidad de la estructura del biofilm hacen que la observación visual de la carga biológica de la herida pueda resultar difícil. La superficie de la herida brillante o limosa, material descamado y estancamiento de la cicatrización pueden ser indicativos de la presencia de biofilm.

**CONCLUSIÓN:** La identificación y el tratamiento tempranos del biofilm de una herida pueden mejorar la cicatrización de la misma y el bienestar del paciente. Será muy importante la evaluación del paciente y de la herida, limpieza y desbridamiento y finalmente volver a evaluar la herida, examinarla cada vez que se cambie el apósito.

**PALABRAS CLAVE:** HERIDA, CICATRIZACIÓN, INFECCIÓN, ANTIBIÓTICO.

## LUXACIÓN DE HOMBRO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA

SARA FERNANDEZ LUQUE, XAVIER ENSENYAT COLOMER, YOLANDA RIOS VAZQUEZ ,  
MARIA ELENA PACIOS CAMPOS, MARÍA JOSEFA LÓPEZ DÍAZ, YOLANDA DOMINGO  
GASQUEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 69 años acude a urgencias después de sufrir una caída casualmente en la calle en el área metropolitana de Barcelona. Acude a urgencias en ambulancia refiriendo dolor en el hombro Izquierdo sin movilidad del mismo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA: 110/75 lpm, temperatura: 36,8°C, Saturación oxígeno: 98%. Antecedentes: Neoplasia de colon, alergias no conocidas. Hematoma con inflamación, situado en la zona de la lesión.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura subcapital del humero izquierda con luxación. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La sospecha inicial fue luxación de hombro sin descartar fractura del humero. Solicitamos RX.

**CONCLUSIONES:** Se le realiza maniobras de recolocación a la posición correcta (técnica Kocher , modo hipocrático, técnica de SPASO, etc. ). Para realizar esta maniobra es imprescindible contar con un estudio radiológico (RX) pre y post de la técnica. El hombro es una articulación que suele luxarse con más frecuencia. El 50% de la gente mayor que presenta esta luxación o fractura es asociado a patologías de fractura del manguito rotador, cuello, cabeza humeral entre otros.

**PALABRAS CLAVE:** LUXACIÓN, URGENCIAS, HOMBRO, TRAUMATOLOGÍA.

## PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN ARTROPLASTIA DE CADERA

ANGELES VICENTE PEREZ, LAURA ISABEL DÍAZ CABELLO, ENCARNACIÓN UBAGO PALMA

**INTRODUCCIÓN:** La infección de la prótesis articular es una de las complicaciones más graves que pueden afectar a una artroplastia de cadera. Este tipo de infecciones constituyen el 1.5% De las infecciones postoperatorias en los primeros dos años. La profilaxis antibacteriana es, por tanto, fundamental para el bienestar del paciente.

**OBJETIVOS:** Identificar las actuaciones antes de realizar una artroplastia de cadera y analizar la profilaxis antibiótica adecuada para evitarla.

**METODOLOGÍA:** Para el presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la artroplastia de cadera y la profilaxis antibiótica asociada a la misma. Esta búsqueda se ha llevado a cabo en tres bases de datos: ProQuest, Web of Knowledge y Medline. Se han utilizado como clave de búsqueda “Artroplastia + Cadera” y “Profilaxis + Antibiótica”. Como criterios de exclusión se han eliminado las publicaciones de más de 5 años.

**RESULTADOS:** La recomendación profiláctica es una dosis de antimicrobiano (1g de cefazolina, 2 g de flucloxacilina); administración una hora antes de la incisión y del torniquete; duración por 24 h; 2 g de cefazolina en pacientes con peso > 80 kg; segunda dosis de cefazolina o flucloxacilina si la cirugía fue > 4 h; y uso de vancomicina en pacientes con factores de riesgo de SAMR. Con una duración de 24-48 h.

**CONCLUSIÓN:** Una profilaxis inadecuada puede ser devastadora, por lo que la vigilancia y detección de infección en las artroplastias de cadera es fundamental para evitar todas las complicaciones asociadas a la misma. Los estudios muestran que las dosis y secuenciación adecuada, así como la adherencia a las guías de tratamiento profiláctico son fundamentales para asegurar una recuperación exitosa y evitar la persistencia de infección, antibiótico crónico, reimplantación de prótesis e incluso muerte.

**PALABRAS CLAVE:** PROFILAXIS, ANTIBIÓTICOS, CADERA, ARTROPLASTIA, ENFERMERÍA.

## **PREVALENCIA DE INFECCIONES TRAS PRÓTESIS DE CADERA**

MONICA CASTRO GARCIA, ESTEFANIA SANTALO PEREZ, ANA MORENO ESCRIBANO

**INTRODUCCIÓN:** Existen muchos tipos de bacterias presentes en la piel que pueden llegar a la prótesis. Aunque antes de la intervención se desinfecta la piel, no se puede esterilizar así que todas las bacterias no se eliminan.

**OBJETIVOS:** Analizar las consecuencias derivadas de cirugía en prótesis de cadera.

**METODOLOGÍA:** Se trata de un estudio observacional de corte transversal. La muestra está formada por 60 pacientes que acuden al quirófano del Hospital de La Línea para realizar intervención de prótesis de cadera. A todos se les fue citando semana tras semana para valorar la evolución.

**RESULTADOS:** En las prótesis de cadera se dan entre el 1% y el 3% infecciones tras la cirugía y nuestro objetivo es analizar llevando a cabo un seguimiento de todas las prótesis operadas en un año para ver que puede causarlas. De los 60 pacientes: 44 no tuvo complicación tras la cirugía. 12 Tuvieron que tomar antibióticos por infección tras ella. 4 Rechazaron la prótesis.

**CONCLUSIÓN:** Nuestro objetivo debe ser: Reducir la prevalencia de infecciones tras la cirugía realizando las curas con la mayor asepsia posible, llevar a cabo un registro del paciente observando el antiséptico usado, días que se le cura y apósitos usados, para ver si la incidencia es menor cuando se cambian algunas de esas variables y así poder mejorar el descenso de infecciones tras la cirugía.

**PALABRAS CLAVE:** CADERA, PRÓTESIS, INFECCIÓN, CIRUGÍA.

## **PACIENTE ADULTO DIAGNOSTICADO DE GONALGIA POR DOLOR DE RODILLA**

MARIA DEL CARMEN SERRANO RODRÍGUEZ, CRISTINA JIMENEZ HERNANDEZ, PATRICIA GARCIA FERNANDEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 41 años de edad, que acude a urgencias, con necrosis rotuliana derecha según informa el propio paciente (no aparta el informe), pendiente de prótesis rotuliana, el paciente deambula con muletas. El paciente acude por presentar gonalgia derecha de meses de evolución con exacerbación en el día de hoy mientras deambula. Según refiere el paciente no ha habido traumatismo previo en la zona. El paciente está realizando un tratamiento con targin 2-0-2, enantyum 1-1-1. Se encuentra afebril. No presenta dolor torácico, disnea ni palpitaciones. Tampoco presenta náuseas ni vómitos.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Para la exploración de la rodilla se realiza radiografía, con la que se puede comprobar que no se aprecia deformidad, la rótula se encuentra en posición y movilidad normal. Se aprecia un derrame articular leve con signos de rebote rotuliano. No hay aumento de calor local, hematoma ni deformidad. No se aprecian bloqueos ni otros signos meniscales. La marcha es normal.

**JUICIO CLÍNICO:** Gonalgia derecha pendiente de exploración por el traumatólogo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En el diagnóstico diferencial puede plantearse una artritis reumatoide, que cursa con dolor en la rodilla e inflamación severa, pero no se aprecia una gran inflamación por lo que se descarta este diagnóstico. También se puede plantear el diagnóstico por rotura del algún ligamento, que prácticamente siempre suele anteceder con un golpe y se observa limitación severa de los movimientos de la rodilla, como el paciente refiere no haber tenido ningún golpe y los movimientos de la rodilla son bastante normales se descarta también este diagnóstico.

**CONCLUSIONES:** Muchas personas, de diferentes edades, sufren de dolor en la rodilla, llamado también gonalgia, existen múltiples causas que pueden provocarlo, desde una artrosis, una rotura del menisco o de un ligamento entre otros. También se observa una relación con factores de estrés emocional o afecciones viscerales que pueden provocar este dolor.

**PALABRAS CLAVE:** CASO, GONALGIA, RODILLA, DOLOR.

## **PACIENTE ADMITIDO A URGENCIAS CON POLITRAUMATISMO POR INTENTO DE AUTOLISIS**

JUAN JOSÉ SÁNCHEZ GONZÁLEZ, CARLOS ANDRES LANZAS, VIRGINIA ARENAS CANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 26 años que ingresa a urgencias de traumatología, tras haber cometido un intento de autolisis. Presenta politraumatismo con fractura abierta de radio izquierdo de moderada extensión (fractura de Colles), pelvis (fractura ala izquierda sin afectación del anillo pélvico), y ambos calcáneos.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza Radiografía de tórax, pelvis y extremidades, se solicita TAC, y se hace una exploración completa según ABCDE.

**JUICIO CLÍNICO:** El paciente presenta Politraumatismo con fractura abierta de radio izquierdo, fractura de ala izquierda de pelvis y de ambos calcáneos. Se explican los diagnósticos enfermeros que se identifican en este caso, los cuales son ansiedad, dolor agudo y riesgo de autolisis. Se identifican indicadores y actividades a realizar. **PLAN DE CUIDADOS:** Tras la exploración inicial y la realización de las pruebas pertinentes, se decide trasladar al paciente estable a quirófano de urgencias para reducción de la fractura abierta.

**CONCLUSIONES:** El trabajo de Enfermería en el politraumatizado será la identificación precoz de la situación de gravedad del paciente. Exploración neurológica y valorar necesidad de intubación, completa exploración ABCDE, y en el caso de politraumas graves (pero estables), como éste se debe conseguir que el paciente llegue a quirófano de urgencias en un tiempo menos a 30 minutos. Se administrará además analgesia para el fuerte dolor y se ayudará a la inmovilización del brazo afectado, y del paciente en general hasta que las pruebas diagnósticas muestren el alcance de la lesión.

**PALABRAS CLAVE:** POLITRAUMA, URGENCIAS, POLITRAUMATIZADO, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, AUTOLISIS.

## ACCIDENTE DE TRÁFICO CON LESIONES CERVICALES DOLOROSAS

LEONOR CERRO REDONDO, MAGDALENA SANCHEZ BERRUEZO, ANA BELEN CABRERA MORENO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Joven de 27 años acude al servicio de urgencias por accidente de tráfico dentro del casco urbano. Dice hacer un stop y el automóvil trasero golpearla. Ella ocupaba el asiento delantero derecho del vehículo. Presenta mareos, acompañados de vómitos y fuerte dolor de cabeza, cervicales y espalda. Se encuentra muy nerviosa porque dice perder la vista por momentos y tensión en el pecho.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Inspección: no posturas viciosas. Palpación: dolorimiento difuso a la palpación de las espinosas del raquis cervical acompañada de contractura antalgica de la musculatura paravertebral. Movilización: dolorimiento y limitación de las lateralizaciones y de la flexo-extensión. Exploración Radiológica: no evidencia de lesiones vertebrales y desplazamientos de los discos. Rectificación de la lordosis cervical.

**JUICIO CLÍNICO:** Wisplah cervical. Diagnóstico con derivación al alta. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome costoclavicular, síndrome de pectoral menor, síndrome escapulocostal, síndrome miofascial.

**PLAN DE CUIDADOS:** Collarín cervical intermitente durante una semana, no es necesaria llevarlo todo el día. Robaxisal compuesto, dos comprimidos cada 8 horas. Control por los servicios médicos de la compañía del vehículo siniestrado. Rehabilitación por parte de la clínica perteneciente a la compañía del vehículo siniestrado.

**CONCLUSIONES:** La paciente ha sufrido un latigazo cervical debido al impacto producido por la relajación cervical al ser golpeada por otro vehículo trasero. Para determinar secuelas debe comprobarse la presencia de dolor de tal magnitud que obligue al afectado a consultar con frecuencia y a recibir tratamiento, siendo importante el concepto de clínica del dolor.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR, MAREOS, VISTA, NERVIOS, TENSIÓN, LESIÓN.

## FRACASO DE PRÓTESIS DE CADERA

MIGUEL ANGEL ARAGÓN ESTRADA, CRISTINA CORONIL MARCHÁN, MARTA VALVERDE SÁNCHEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 78 años que acude a urgencias por referir dolor nivel de la cadera derecha, que progresivamente ha ido aumentando de intensidad con claudicación a la deambulación que no mejora con los tratamientos habituales mandados por su médico de cabecera. Fue operada de fractura de cadera hace dos años por caída en su domicilio con tratamiento de prótesis total de cadera.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A la exploración, presenta limitación en todos los movimientos de la articulación y dolor. Se realiza rayo de la cadera anteroposterior y lateral en las cuales se aprecia un aflojamiento de componente acetabular con lisis en cóndilo y lisis en fémur derecho.

**JUICIO CLÍNICO:** Fracaso de prótesis de cadera por aflojamiento. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trocanteritis articulación cadera. Bursitis de articulación. Distensión muscular. Fractura de cadera.

**PLAN DE CUIDADOS:** La paciente deberá permanecer ingresada en el centro para someterse a una intervención quirúrgica para realizarse cambio de prótesis de cadera y realizar nuevamente proceso postquirúrgico de curas de herida quirúrgica, rehabilitación y deambulación temprana con ayuda de bastones ingleses.

**CONCLUSIONES:** La prótesis de cadera se implanta para sustituir la articulación de cadera (cabeza del hueso del fémur con el cotilo de la pelvis) por problemas como fracturas, desgaste articular, artrosis, artritis reumática, necrosis... A veces es necesario el recambio de este tipo de prótesis, siendo el motivo principal el dolor. Este dolor puede ser provocado por un proceso de aflojamiento o desgaste de las distintas piezas que componen la prótesis y en algunas ocasiones puede ser secundario a un proceso infeccioso. Las prótesis para rescate son ligeramente distintas de las usadas en las cirugías primarias (dependerá de la calidad del hueso y del tipo de anclaje elegido).

**PALABRAS CLAVE:** CADERA, PRÓTESIS, FRACASO, DOLOR, AFLOJAMIENTO.

## **COLGAJO FASCIOCUTÁNEO SURAL INVERSO PARA COBERTURA DE DEFECTOS DE PARTES BLANDAS EN PIERNA, TOBILLO Y PIE**

MARTA MARIA PIÑA CASTILLA, JOSE CARLOS MARCHENA RODRIGUEZ, ROCIO ARAGÓN ALVAREZ

**INTRODUCCIÓN:** La pérdida de tejidos blandos con exposición ósea y tendinosa es frecuente a nivel del tercio inferior de la pierna, el tobillo y el pie. La cobertura de estos defectos puede lograrse utilizando colgajos rotatorios locales o colgajos libres.

**OBJETIVOS:** El objetivo de este trabajo es analizar los resultados obtenidos con el empleo del colgajo fasciocutáneo sural de base distal para reconstruir defectos de partes blandas alrededor de la tibia distal, el tobillo y el pie.

**METODOLOGÍA:** Se evaluaron, en forma retrospectiva, 20 colgajos pediculados fasciocutáneos surales inversos realizados entre 2007 y 2013. La edad promedio de los pacientes era de 42 años (rango 6-79); 14 hombres y 5 mujeres. Las causas de los defectos fueron: postraumáticas (17 casos, un caso bilateral) y secundarias a resecciones oncológicas (2 casos). La muestra incluyó tres pacientes diabéticos, una mujer obesa y ocho pacientes tabaquistas. En 10 casos, las heridas presentaban exposición tendinosa y, en 10 casos, exposición ósea. El diámetro promedio de los defectos fue de 8,9 x 5,75 cm.

**RESULTADOS:** El seguimiento promedio fue de 16 meses. Se logró una exitosa cobertura completa del defecto en los 20 casos. El tiempo promedio de internación fue de 3,15 días. Por lo que tres colgajos presentaron necrosis parcial superficial, en un caso el colgajo sufrió necrosis en su tercio distal y en un paciente se decidió amputar la extremidad por persistencia de la osteomielitis.

**CONCLUSIÓN:** Pese a que se han descrito múltiples opciones de cobertura en defectos de tejidos blandos alrededor de la tibia distal, el tobillo y el pie, el colgajo sural inverso es en la actualidad uno de los procedimientos más frecuentes para cubrir estos defectos. Se evaluaron 20 colgajos surales inversos y se logró la cobertura completa de los defectos de tejidos blandos, tanto en defectos postraumáticos como en los resultantes de resecciones oncológicas.

**PALABRAS CLAVE:** TOBILLO, PIE, PIERNA, FASCIOCUTÁNEO.

## **LA REHABILITACIÓN PRE Y POST CIRUGÍA EN LA ARTROPLASTIA DE CADERA**

ANTONIA MARTINEZ HARO, ASUNCION MUÑOZ CUENCA, ANA BELEN MARTINEZ MUÑOZ

**INTRODUCCIÓN:** El proceso de rehabilitación ha de diseñarse para preparar al paciente a fin de que pueda realizar o volver a efectuar ejercicio físico, actividades deportivas y recreativas y actividades sociales. Los protocolos de tratamiento médico rehabilitador han de ser interdisciplinarios y han de focalizarse en el control del dolor, en maximizar el balance articular, en mejorar el balance muscular y en las actividades de la vida diaria.

**OBJETIVOS:** Determinar los ejercicios necesarios para una buena recuperación tras la cirugía.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica. La búsqueda se ha realizado tanto en bases de datos electrónicas nacionales como internacionales, sitios web oficiales con el fin de obtener información y datos estadísticos sobre la cirugía de cadera.

**RESULTADOS:** En los artículos consultado el fin del tratamiento rehabilitador es: prevenir la luxación, recuperar la fuerza muscular, evitar las complicaciones asociadas al encamamiento, enseñar al paciente la deambulación y transferencias, y conseguir la movilidad sin dolor dentro de los límites de precaución. La rehabilitación previa se basa, en un programa educacional destinado a obtener una mejoría. En el caso de la rehabilitación postoperatoria, es importante realizarla de forma precoz, recomendándose actualmente para dicho tratamiento, entre otros: la crioterapia local en las primeras 48 horas, la cinesiterapia y la movilización pasiva continua.

**CONCLUSIÓN:** Los resultados directos de la artroplastia de cadera son favorables, hoy se persigue la satisfacción del paciente en términos de bienestar físico, mental y social, y en sus dimensiones psicológicas y subjetivas

**PALABRAS CLAVE:** ARTROPLASTIA, CIRUGÍA, REHABILITACIÓN, PREVENCIÓN.

## MANEJO PACIENTE CON INFECCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

NATALIA NAVARRO GORDILLO, JOSE MARIA TAPIA PARRA, IGNACIO JESUS MORGADO MORA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 76 años. Acude al hospital porque manifiesta dolor en su rodilla izquierda desde hace 1 semana, no remite el dolor ante analgesia y tiene fiebre de  $>38^{\circ}$  desde hace 3 días. Tiene antecedentes de asma bronquial persistente leve, hipertensión arterial y hernia de hiato. Posee una limitación de amplitud de movimientos articulares en las piernas y requiere de un bastón para su desplazamiento. Entre sus antecedentes quirúrgicos se encuentran una histerectomía por mioma, apendicectomía, cistocele, legrado, prótesis total de rodilla izquierda y derecha y catarata del ojo izquierdo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración y observación de la paciente a través de la auscultación, toma de constantes y palpación. Entrevista teniendo en cuenta las 14 necesidades de Virginia Henderson. Recogida de datos de su historial clínico.

**JUICIO CLÍNICO:** La paciente presenta una infección en su rodilla izquierda a consecuencia de la operación en la que se implantó una prótesis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Manifiesta dolor en la rodilla izquierda al movimiento y al tacto, está inflamada, enrojecida y cálida.

**CONCLUSIONES:** La prótesis izquierda de la paciente deberá ser operada por un especialista y el personal de enfermería aportará toda la información necesaria de los procedimientos y tratamientos realizados para atender sus necesidades, utilizando un lenguaje coloquial y sencillo. Trataremos de facilitarle los medios para que realice su aseo personal desde el día siguiente a la intervención. De manera progresiva, iniciaremos la movilidad y posterior deambulación, aportándole los medios necesarios para ello. En el postoperatorio inmediato haremos una vigilancia estrictas de las constantes vitales. Debe ser ayudada para ir al baño. Seleccionar y desarrollar las medidas farmacológicas y no farmacológicas de alivio del dolor. Observaremos la coloración de la herida, aumento de la temperatura y posible presencia de exudado presionando ambos márgenes de la herida de manera suave, observando el aspecto del apósito que retiramos.

**PALABRAS CLAVE:** RODILLA, PRÓTESIS, INFECCIÓN, PRÓTESIS TOTAL RODILLA.

## NAVEGACIÓN EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

LUCIA MARIA IBAÑEZ MARTINEZ, LOURDES FERNANDEZ IGLESIAS, ROCÍO VÁZQUEZ SÁNCHEZ, FRANCISCO DÍAZ-FAES GONZÁLEZ, LUCIA NESPEREIRA BAIGORRI

**INTRODUCCIÓN:** La cirugía de artroplastia de rodilla navegada nos permite abreviar instrumental para la colocación de la prótesis simplificando así la técnica.

**OBJETIVOS:** Evaluar la navegación en artroplastia de rodilla.

**METODOLOGÍA:** Se procede al estudio de 29 cirugías protésicas de rodilla realizadas en un año, mediante la asistencia de un navegador como ayuda a la cirugía.

**RESULTADOS:** La cirugía asistida por navegación aporta sencillez a la técnica quirúrgica y por tanto a la hora de instrumentar. Proporciona un ayuda importante en la colocación de los implantes y en especial en los casos de la estabilizada posterior sin incrementar el tiempo de la intervención.

**CONCLUSIÓN:** La informática está cobrando mucho auge en los últimos años y en nuestro caso, para la colocación de implantes en la cirugía de la rodilla, ayuda a simplificar la intervención y sus pasos.

**PALABRAS CLAVE:** RODILLA, NAVEGACIÓN, SENCILLEZ, PRÓTESIS.

## PACIENTE CON GONALGIA DERECHA POR ARTROSIS

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

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente varón de 67 años de edad que acude al servicio de traumatología derivado por su MAP, por presentar gonalgia derecha de años de evolución. Refiere tener incapacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria. El dolor aumenta al realizar alguna actividad y cede en reposo. Se hizo RMN hace 2 años. Se ha infiltrado en 3 ocasiones en el centro de salud. Refiere continuar con dolor de rodilla e impotencia funcional. En tratamiento con condroitin 400 mg. AP: No RAM, dermatitis alérgica de contacto, HTA, taquicardia sinusal en tratamiento con apocard 100 y bisiprolol de 2,5 mg. Pendiente realización de cateterismo cardiaco. En tratamiento con losartan 100, ebastina 20 mg.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** RNM de rodilla derecha y telerx de MMII en carga. Balance articular con limitación a últimos grados en extensión y dolor con flexión forzada, dolor en cápsula medial, L. L. I y región anserina. T. A 135/80, fc 89 lpm, saturación 96%.

**JUICIO CLÍNICO:** Gonartrosis de rodilla. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras la exploración y pruebas complementarias se diagnostica de condromalacia rotuliana.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se recomienda bajar de peso para disminuir la presión que sufre la articulación.

**CONCLUSIONES:** La gonartrosis de rodilla consiste en el desgaste y degeneración articular de la articulación de la rodilla. Es más frecuente en mujeres a partir de los 45 años aumentando la sintomatología progresivamente. Tiene varios factores de riesgo: como la edad (es más predominante a partir de 60 años), la obesidad, realización de trabajos que requieran gran esfuerzo físico, y factores genéticos. En pacientes con la enfermedad muy avanzada y con mucha sintomatología se recomienda la intervención quirúrgica de prótesis de rodilla parcial o total, que dá muy buen resultado, mejorando el paciente considerablemente.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR, GONARTROSIS, DEGENERACIÓN, CARTÍLAGO, INCAPACIDAD.

## MANEJO DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL

MÓNICA LAVIANA ÁLVAREZ, MARÍA ÁNGELES ÁLVAREZ ROCES

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome compartimental es una condición en la cual se produce un rápido aumento de presión dentro de un compartimento muscular que puede llevar al daño del miembro afectado. La valoración de las constantes puede detectarlo y diagnosticarlo a tiempo.

**OBJETIVOS:** Analizar y describir el síndrome compartimental, y cómo detectarlo.

**METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de las diferentes publicaciones científicas referentes al síndrome compartimental. Se aplicó un filtro de idioma (Castellano e Inglés). Se analizaron varias bases de datos tales como Scielo, Elsevier y PubMed. Para la búsqueda, los operadores booleanos utilizados fueron AND y OR y los descriptores Enfermería, Cirugía Ortopédica, y Síndrome Compartimental.

**RESULTADOS:** El síndrome compartimental suele producirse tras un traumatismo o tras una cirugía. No es muy frecuente y es fácil diagnosticar pero el tiempo de actuación es crucial para evitar repercusiones funcionales. Las causas del síndrome compartimental pueden ser extracompartimentales (férulas o yesos compresivos). O intrínsecas (hemorragia o edema). Tiene una clínica indetectable por las 6Ps: Parestesia, Dolor, Presión, Palidez, Parálisis y ausencia de Pulsos periféricos. La parestesia suele ser uno de los primeros síntomas pero el más llamativo es el dolor desproporcionado que no cede con opiáceos. El resto de los signos son tardíos y difíciles de detectar. El dato más fiable sería la medición directa de la presión intracompartimental. Ante la sospecha de un síndrome compartimental el protocolo de actuación sería la retirada de vendajes o yesos compresivos y reevaluar. Si se confirma o sigue sospechando se recomienda una evaluación y fasciotomía quirúrgica.

**CONCLUSIÓN:** El síndrome compartimental es una complicación rara y poco frecuente pero muy grave, que si no es tratada a tiempo puede poner en riesgo el miembro afectado. Una valoración correcta de los signos y síntomas por parte de la enfermería es crucial en su detección y rápido tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** SÍNDROME COMPARTIMENTAL, ENFERMERÍA, VALORACIÓN, CIRUGÍA ORTOPÉDICA.

## POSICIONES QUIRÚRGICAS EN LA ARTROSCOPIA DE HOMBRO

ROSARIO TORAL SIMON, PILAR VILLAESCUSA SANCHEZ, JESUS CARPENA VELANDRINO

**INTRODUCCIÓN:** En la artroscopia de hombro, la colocación quirúrgica del paciente puede ser en decúbito lateral del lado contrario al que se opera o en silla de playa (semisentado). En el Hospital Virgen del Castillo de Yecla, colocamos al paciente en una posición u otra dependiendo del tipo de patología que presenta el paciente: Inestabilidad en decúbito lateral. Resto de lesiones (rotura de manguito rotador, bursitis) en silla de playa o semisentado.

**OBJETIVOS:** Determinar las posiciones quirúrgicas específicas del paciente para la artroscopia de hombro. Analizar la importancia de la protección de los puntos de apoyo del paciente en la mesa quirúrgica y de las prominencias óseas.

**METODOLOGÍA:** Es un proceso descriptivo donde mediante la evidencia científica, observación y experiencia queremos mostrar la correcta colocación del paciente para un óptimo acto quirúrgico, por la seguridad de este y del resto del equipo de quirófano.

**RESULTADOS:** Aumento de la seguridad del paciente, al minimizar los riesgos en la cirugía artroscópica de hombro, tras la presentación de las distintas posiciones quirúrgicas específicas. Reducción del tiempo de preparación del paciente en la posición adecuada, tras conocer las distintas posiciones.

**CONCLUSIÓN:** En nuestro hospital, tenemos protocolizada la posición para la cirugía artroscópica de hombro, dependiendo de la patología, con lo que todo el personal sabe la colocación y el utillaje necesario para llevarla a cabo siempre bajo la supervisión de la enfermera quirofanista, el anestesista y el cirujano traumatólogo.

**PALABRAS CLAVE:** ARTROSCOPIA, HOMBRO, SILLA DE PLAYA, POSICIONES, QUIRÓFANO, DECÚBITO LATERAL.

## CUIDADOS DEL PACIENTE INMOVILIZADO CON YESO

JUANA GARCÍA FERNÁNDEZ, ANA MARÍA CASTAÑO HARO, ANA ISABEL SALDAÑA HERNANDEZ

**INTRODUCCIÓN:** La inmovilización con yeso es un procedimiento frecuente que se realiza para el tratamiento de fracturas, fisuras, esguinces... Dependiendo del tipo de lesión se coloca férula o yeso cerrado. Ambas técnicas se realizan con suma precaución para conseguir que el tratamiento sea efectivo y evitar la aparición de posibles complicaciones. Una vez colocado el yeso o férula, el paciente debe llevar a cabo una serie de cuidados y precauciones para evitar también la aparición de estas complicaciones.

**OBJETIVOS:** Analizar las recomendaciones que deben darse al paciente tras la colocación de un yeso o férula.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una revisión bibliográfica sobre este tema. Se utilizan las siguientes bases de datos como: Pubmed, Cuiden, Dialnet y el buscador "Google Académico". Se incluyeron estudios publicados en los 10 últimos años en idioma castellano; seleccionando al final 6 estudios.

**RESULTADOS:** El paciente debe ser informado verbalmente y por escrito de los cuidados que debe tener con el yeso y el miembro afectado: No debe apoyar el yeso en zonas duras hasta que no se haya secado completamente para evitar deformidades que puedan producirle úlceras en la piel. Debe mantener elevado el miembro afectado y mover los dedos para mejorar el retorno venoso y prevenir o disminuir el edema. Evitar mojar el yeso o férula, ya que puede producir maceración de la piel, infección y alteración de la integridad estructural del yeso.

**CONCLUSIÓN:** Es función de enfermería, la educación al paciente de los cuidados que debe seguir con el miembro afectado y el yeso o férula para evitar la aparición de complicaciones, así como informar de los posibles signos y síntomas de alarma que deben hacer al paciente, acudir al hospital.

**PALABRAS CLAVE:** COMPLICACIONES, CUIDADOS, EDUCACIÓN, FÉRULA, YESO.

## **PAPEL DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DEL POLITRAUMATIZADO GRAVE**

DAVID CORDOBA PIZARRO

**INTRODUCCIÓN:** El término de politraumatizado se refiere a aquellos pacientes lesionados con dos o más lesiones severas en al menos dos partes del cuerpo. Los pacientes que sufren un politraumatismo suelen verse afectados por un shock traumático y/o hipotensión hemorrágica, poniendo en serio peligro uno o más funciones vitales del organismo. Es por tanto, que el manejo del paciente politraumatizado presenta un gran desafío. Precizando en la mayoría de los casos de una evaluación multidisciplinaria y de una adecuada y rápida estabilización en el área de emergencias y en algunas ocasiones incluso es necesaria la intervención quirúrgica antes de la admisión hospitalaria.

**OBJETIVOS:** Determinar la importancia del papel del celador en la movilización del paciente politraumatizado grave en el área de urgencias.

**METODOLOGÍA:** Base de datos: Pubmed. Descriptores: politraumatizado grave, traslado, movilización. Fórmulas de búsqueda: severe polytrauma AND transfer.

**RESULTADOS:** El manejo del paciente politraumatizado en urgencias es un desafío incluso para los médicos más experimentados. El celador debe facilitar el traslado del paciente desde la ambulancia en urgencias hasta la sala de críticos para que se pueda realizar de la forma más precoz posible la evaluación inicial del paciente, lo que engloba la valoración de la vía aérea, la respiración, la circulación y la discapacidad (lesión neurológica). La resucitación requiere no sólo la administración de fluidos y sangre, sino también el manejo emergente del traumatismo pélvico y la estabilización de las fracturas de los huesos largos, para ello el celador debe colaborar con el médico y con el resto del personal sanitario en la colocación de los diferentes dispositivos que permitan la fijación y estabilización precoz de las fracturas visibles.

**CONCLUSIÓN:** La importancia de una buena movilización y traslado del paciente politraumatizado grave evita lesiones mayores y garantiza una efectiva y correcta atención del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** POLITRAUMATIZADO GRAVE, CELADOR, MOVILIZACIÓN, TRASLADO.

## INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA FALLIDA DE HERNIA DE DISCO LUMBAR

MARIA VICTORIA NARANJO GONZALEZ, MARÍA JOSEFA ORTIZ TORRES, ALMUDENA JIMENEZ PEDREGOSA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 39 años que hace 6 años presenta síndrome lumboceático izquierdo. Con tratamiento médico y reposo mejora, quedando dolorido y siguiendo trabajando. Nueva agudización hace un año con igual respuesta, siendo el último episodio hace 7 meses, ya con irradiación bilateral de predominio izquierdo. Teniendo que cambiar continuamente de postura, no mejorando con el reposo en cama, ni con la deambulación. No lo han mejorado los diversos tratamientos, ni tampoco la ozonoterapia.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Limitación en la flexión lumbar. Lasegue a los 45° en lado derecho y a los 15° en el lado izquierdo. Cierta paresia a la flexión dorsal del pie izquierdo e hipoestesia L5 izquierda. RM lumbar: Discartrosis L4-L5, L5-S1, protusión discal posterior izquierda L5-S1 con cierre parcial de agujeros de conjunción bilateral a este nivel y hernia discal foraminal y extraforaminal derecha L4-L5.

**JUICIO CLÍNICO:** Hernia discal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Discartrosis L4-L5, L5-S1.

**PLAN DE CUIDADOS:** Intervención quirúrgica, practicando una fenestración y liberación de la raíz. Tras la intervención deberá seguir con reposo relativo hasta retirar los puntos de sutura.

**CONCLUSIONES:** Tras ser intervenido en nuestro servicio, de hernia discal lumbosacra izquierda, que continua en la misma situación clínica que antes de intervenirse. En la exploración se aprecia una aceptable movilidad lumbar, la maniobra de lasegue le desencadena dolor lumbar el lado derecho y es positiva al final en lado izquierdo. Detectándose discreta hipoestesia S1 izquierda y habiendo mejorado de la paresia a la flexión dorsal del pie. El paciente ha seguido rehabilitación durante 15 días sin haber notado ningún tipo de mejoría. El paciente es derivado a la unidad del dolor.

**PALABRAS CLAVE:** HERNIA, DISCO, LUMBAR, DISCARTROSIS.

## **LA ARTROSIS DEGENERATIVA GENERALIZADA: SÍNTOMAS, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO**

MARIA JOSE MALAGON COLOMO, MARÍA JOSÉ CHICA AREVALO, MARIA SIERRA GUTIÉRREZ CANTERO

**INTRODUCCIÓN:** La artrosis degenerativa es una dolencia que afecta a las articulaciones que se caracteriza por un deterioro del cartílago articular del hueso afectado y de su opuesto. El principal síntoma de la artrosis degenerativa es el dolor que aparece de forma progresiva a lo largo del tiempo. También existe una atrofia de los músculos que rodean la articulación y contracturas musculares que surgen como resultado de las deformaciones de los huesos. Otro síntoma importante es la rigidez de la articulación atacada por la artrosis degenerativa y problemas en la columna, concretamente en la zona cervical y lumbar.

**OBJETIVOS:** Determinar los síntomas, la prevención y el tratamiento de la artrosis degenerativa.

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

**RESULTADOS:** Por lo que existen algunas pruebas que ayudan al especialista a completar el estudio, mediante una radiografía el médico puede distinguir los osteofitos. Otras pruebas que se pueden utilizar en casos excepcionales son la TC y la resonancia magnética. Por último, la ecografía de alta resolución se ha incorporado como una herramienta diagnóstica muy eficaz porque revela las partes blandas que rodean la articulación, así como si hay inflamación o lesión en alguna de ellas y distinguir si el perfil del hueso se está alterando. Para aliviar el dolor se utilizan analgésicos y antiinflamatorios.

**CONCLUSIÓN:** Los expertos recomiendan que las personas sean cuidadosas al practicar deportes de contacto ya que no están recomendados para los pacientes con artrosis. Por lo que conviene llevar una dieta sana y equilibrada para este tipo de dolencias, evitando al máximo el consumo de carnes, sobre todo las rojas y sustituirlas siempre que sea posible por pescado, sobre todo el azul, ya que su alto contenido en omega-3 es bueno en estos casos. Es muy conveniente aumentar el consumo de verduras, frutas, frutos secos y cereales integrales, que son grandes aliados en este tipo de dolencias.

**PALABRAS CLAVE:** ARTROSIS, DEGENERATIVA, GENERALIZADA, TRAUMATOLOGÍA, SÍNTOMAS, PREVENCIÓN.

## **DOLOR LUMBAR EN PACIENTE CON EXTRUSIÓN DISCAL**

MIRIAM PARRA NOGAREDO, VIRGINIA FERNANDEZ AGUILAR, EVA MARÍA CALVENTE CANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente alérgica al paracetamol y amoxicilina , sin hipertensión, ni diabetes ni dislipemia. Hernias discales lumbares L4-L5 y5-S1. Paciente de 17 años que ingresa en planta de hospitalización de medicina interna procedente de observación de urgencias por dolor lumbar intenso no controlado en domicilio. Antecedente de patología herniaria.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se le realiza la exploracion clínica, su estado general es aceptable ,consciente y orientado. Buena coloración de piel y mucosa. Bien hidratado y bien perfundida. Sin rigidez de nuca. No ingurgitación yugular a 45°. No bocio ni adenopatías laterocervicales. Orofaringe normal. Auscultacion cardiorrespiratoria , ruidos cardiacos rítmicos sin soplos.. Abdomen blando, depresible , no doloroso. Sin lesiones cutáneas. Se le realiza pruebas complementarias que es valorada por traumatología : paciente ingresado con antecedente de dolor lumbar , conocida extrusión discal L5S1 RMN(2015 sacralización del cuerpo vertebral L5). Hipointensidad y perdida de altura del disco intervertebral L4-L5 en relación con signos de deshidratacion. Se trata de una hernia discal portero-central-paracentral derecha que oblitera el espacio epidural anterior, deforma el aspecto ventral del saco tecal y condiciona una estenosis del canal severa de 8 mm. Contacta con la salida de la raíz L5 derecha. No se observan alteraciones destacables en las articulaciones facetarias. Exploracion física por traumatología: paciente deambulando por habitación. Dolor lumbar a punta de dedo irradiado a ambos glúteos , no irradiación distal, no parestesia. Buen control de esfínteres. Se le realiza una RM lumbar en la que sale que tiene el síndrome Bertolotti tipo II

**JUICIO CLÍNICO:** Cialgia aguda en paciente con extrusión distal L4-L5 y estenosis del canal lumbar(conocido desde 2015). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome Bertolotti tipo II, síndrome facetario lumbar, síndrome piramidal derecho, troncanteritis derecha y Posible síndrome de ovario poliquístico(se realizará estudio de forma ambulatoria).

**PLAN DE CUIDADOS:** Se inicia tratamiento prescrito y se ajusta por dolor.

**CONCLUSIONES:** La paciente mejora con la medicación puesta.

**PALABRAS CLAVE:** MEDICINA INTERNA, DOLOR LUMBAR, CIATALGIA, TRAUMATOLOGÍA.

## **A PROPÓSITO DE UN CASO: DESGARRO MUSCULAR TRAS TIRÓN**

MARÍA DE LA LUZ MALDONADO VAQUERO, PATRICIA CIRRE VAQUERO, MONTSERRAT RODRIGUEZ CASTRO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 23 años de edad, sin antecedentes personales significativos, que acude al servicio de urgencias por dolor en el miembro superior izquierdo de un día de evolución refiriendo un tirón de la perra mientras la paseaba. Comenta que del tirón se cayó al suelo y que enseguida notó un fuerte dolor en el brazo, imposibilitándole la movilidad funcional de dicho miembro. Pensó que sería debido al golpe, pero al ver que le estaba saliendo un hematoma en la cara interna del brazo, en el lado contrario del golpe.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Durante la exploración general se puede apreciar que la paciente está consciente y orientada en cuanto a tiempo y espacio, normohidratada, normocoloreada y afebril. Con respecto a la toma de constantes se observan unas cifras tensionales de 128/92, una frecuencia cardiaca de 65 lat/min, frecuencia respiratoria de 12 rpm, saturación de oxígeno de 100%. Una vez en la consulta de traumatología se procede a una exploración más específica en la que se destaca dolor a la palpación en el bíceps izquierdo, con un hematoma en ese nivel, balance articular de hombro completo en pasivo y activo, sin muestras de dolor a nivel acromioclavicular, en epicondilos, olcranon, ni en el trocánter. Flexoextensión contrarresistencia del codo dolorosa, sin signos de Popeye, ni alteración vasculonerviosa. No precisa de otras pruebas complementarias.

**JUICIO CLÍNICO:** Desgarro muscular. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tendinitis, fractura, fisura, esguince.

**CONCLUSIONES:** El desgarro muscular o rotura fibrilar es la lesión del tejido muscular, que va unida de hemorragia provocada por la rotura de los vasos sanguíneos que recorren el músculo afectado, lo que provoca un dolor muy intenso que dificulta contraerlo. Esto ocurre por una súper elongación (exceder al músculo más allá de su capacidad de estiramiento), por una contracción brusca (veloz), o por realizar un esfuerzo superior a la capacidad biológica de resistencia a la tensión.

**PALABRAS CLAVE:** DESGARRO MUSCULAR, HEMATOMA, IMPOTENCIA FUNCIONAL, INFLAMACIÓN.

## PACIENTE MUJER CON LUXACIÓN ABIERTA DE CODO

PATRICIA CIRRE VAQUERO, MARÍA DE LA LUZ MALDONADO VAQUERO, MONTSERRAT RODRIGUEZ CASTRO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer, de 48 años de edad, conducida al Servicio de Urgencias por una herida en el codo izquierdo secundaria a un traumatismo en la extremidad superior izquierda al caer desde su altura.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la inspección presentaba una herida transversa de bordes irregulares en la flexura anterior del codo izquierdo con equimosis perilesional, exposición de tejido celular subcutáneo, así como del cóndilo y la tróclea humerales. El examen revelaba impotencia funcional del codo, pulsos radial y cubital distales fuertes, y función neurológica sin alteraciones en los nervios radial y cubital. El nervio mediano mostraba afectación sensitiva en su territorio, consistente en parestesias en la superficie palmar del primer al cuarto dedo de la mano; sin embargo, su función motora estaba conservada. En la radiología simple con proyección anteroposterior y lateral oblicua se apreció una luxación posterior y lateral del codo.

**JUICIO CLÍNICO:** Luxación posteroexterna abierta del codo izquierdo y lesión sensitiva del nervio mediano izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura abierta del codo izquierdo.

**CONCLUSIONES:** La luxación articular del codo representa una de las lesiones más frecuentes. Las observaciones clínicas y los estudios biomecánicos relacionan la luxación posteroexterna del codo con una lesión progresiva de lateral a interna para las estructuras estabilizadoras de la articulación, tras un traumatismo indirecto en extensión. Como estadio final, la lesión del complejo ligamentario colateral interno puede ser parcial o total, en este último caso suele condicionar la aparición de inestabilidad tardía en valgo. Sin embargo, su reparación quirúrgica no está indicada en el caso de luxaciones cerradas, ya que este procedimiento no muestra ventajas sobre el tratamiento conservador asociado a movilización precoz en rango gradual.

**PALABRAS CLAVE:** LUXACIÓN, TRAUMATISMO, LESIÓN SENSITIVA, CAÍDA.

## ENFERMERA EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN: PIEZA CLAVE EN EL QUIRÓFANO DE TRAUMATOLOGÍA

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

**INTRODUCCIÓN:** La enfermera en el servicio de esterilización posee un papel fundamental en la gestión de los recursos materiales (instrumental e implantes) necesarios para el correcto funcionamiento. La coordinación del servicio de esterilización y el quirófano es un punto clave para la atención al paciente de traumatología. Tanto la gestión como la reparación y reposición del instrumental son objetivos fundamentales a controlar por la enfermera de esterilización. Recepción y control tanto de implantes quirúrgicos como de instrumental específico. Del quirófano de traumatología.

**OBJETIVOS:** Determinar algunas de las piezas clave en el quirófano de traumatología.

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

**RESULTADOS:** Las funciones más destacadas de la enfermera de esterilización (centradas en los quirófanos de traumatología y ortopedia) serán la adecuada coordinación con la enfermera de quirófano, organización del instrumental, verificado de la reposición de depósitos, control de limpieza y esterilización, así como la reparación del material quirúrgico. Organización del material necesario. Coordinación con el personal de quirófano para dar prioridad al instrumental que se necesite con mayor brevedad. Reposición de los implantes usados en las cajas de instrumental que se encuentran en depósito. Recepción del instrumental proporcionado por las casas comerciales. Mantenimiento y reparación del material para que este se encuentre en perfecto estado, así como gestionar su baja y posterior reposición. Seguimiento de la trazabilidad del instrumental para asegurar una correcta esterilización.

**CONCLUSIÓN:** El mantenimiento y reparación del instrumental, así como el seguimiento de la correcta esterilización de este, es clave para velar por la seguridad del paciente y un correcto funcionamiento del bloque quirúrgico. Cabe destacar la importancia de esta figura y del conjunto de profesionales que participa en todo el procedimiento.

**PALABRAS CLAVE:** ESTERILIZACIÓN, ENFERMERA, INSTRUMENTAL, TRAUMATOLOGÍA, QUIRÓFANO.

## **TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN LOS ESGUINCES DE LOS LIGAMENTOS LATERALES DE LA RODILLA**

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

**INTRODUCCIÓN:** Los ligamentos laterales son estructuras estabilizadoras de la articulación de la rodilla, se dividen en: El ligamento lateral externo (LLE). El ligamento lateral interno (LLI). Cuando estos ligamentos se lesionan generalmente por un sobreestiramiento o un desgarro del mismo (parcial o total), ante un movimiento de varo o valgo forzado. Es frecuente este tipo de lesión en la práctica deportiva, siendo el LLI el que más se lesiona, habitualmente asociado a lesión de menisco interno.

**OBJETIVOS:** Determinar el plan de tratamiento fisioterápico a aplicar en los esguinces de los ligamentos laterales de rodilla.

**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, seleccionándose los publicados desde el año 2000 a la actualidad. Los descriptores empleados en la estrategia de búsqueda fueron: Modalidades de Fisioterapia, Terapia por Ejercicios, Rehabilitación, Ligamentos Colaterales, Ligamento Colateral Medial de la Rodilla, Traumatismos de la Rodilla, Articulación de la Rodilla.

**RESULTADOS:** El tratamiento variará según la gravedad del esguince. Esguince leve: Reposo absoluto durante las primeras 48 horas y relativo durante la primera semana. Vendaje funcional. Electroterapia antiálgica. Cinesiterapia. Crioterapia. Esguince moderado: Inmovilización (2-3 semanas). Hidroterapia. Electroanalgesia. Terapia manual. Propiocepción. Mecanoterapia. Crioterapia. Esguince grave: Periodo de inmovilización más prolongado por intervención quirúrgica de reparación. Pautas similares al esguince moderado, teniendo en cuenta que existe mayor déficit muscular y articular. Cuidado con material de osteosíntesis y secuelas (cicatriz, edema, etc. ).

**CONCLUSIÓN:** Las lesiones de ligamentos laterales de rodilla tienen buen pronóstico funcional. Es fundamental establecer un buen diagnóstico para pautar el tratamiento correcto, encaminado a controlar el dolor, tratar secuelas de la inmovilización y mejorar la estabilidad y coordinación.

**PALABRAS CLAVE:** FISIOTERAPIA, LIGAMENTOS LATERALES, RODILLA, TRATAMIENTO.

## VALORACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN PACIENTE GERIÁTRICA

MARÍA DE LA PAZ ANILLO GUERRERO, ROSA MARIA SOTO MELERO, MARÍA ELENA BARROSO NOGALES

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 85 años de edad que tras caída hace 6 meses es sometida a intervención quirúrgica por fractura de cadera izquierda. Se le coloca Prótesis de cadera (21-8-2017) y tras luxación recidivante se somete a cirugía de re-revisión el 28-10-2017. Extracción de cotilo Regenere se recambio por CotiloTrident. Se le inserta Constreñido. Hace 7 días presenta enrojecimiento de la herida quirúrgica, afebril. Ha estado recibiendo curas con betadine en su domicilio.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Despierta, hidratada y bien perfundida, eupnéica. Herida quirúrgica en buenas condiciones, no flogosis, no hay signos inflamatorios agudos. No presenta dolor, molestias a la palpación y valoración.

**JUICIO CLÍNICO:** Valoración herida quirúrgica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Infección de la herida quirúrgica. Se descarta ante la ausencia de signos de infección.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se recomienda medidas higiénico-dietéticas. Lavar la herida quirúrgica con agua y jabón, suero de lavado y Clorhexidina. Mantener la herida bien seca y al aire sin que se produzca roces con tejidos o costuras de ropa. Si aparece fiebre, supuración o dolor acudir al servicio de urgencias para nueva valoración. Tto farmacológico: omeprazol, enoxaparina, paracetamol y naproxeno, v. O. Si más dolor c/ 12h.

**CONCLUSIONES:** La fractura de cadera en los pacientes ancianos es muy frecuente en nuestra población. Crea un gran problema social, y el anciano, en la mayoría de los casos pierde su autonomía, lo que imposibilita llevar a cabo sus autocuidados creando una gran dependencia de la familia e instituciones. La cicatrización, y recuperación de la herida quirúrgica se retrasan, ya que la circulación y la regeneración celular disminuye, propio de la edad. La inmovilización deja al anciano, con escasa capacidad para recuperarse. Si le sumamos la inapetencia, inadecuada alimentación ,la falta de ingesta de líquidos etc, favorece la infección de la herida quirúrgica entre otras posibles complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** HERIDA QUIRÚRGICA, PRÓTESIS DE CADERA, LUXACIÓN, INFECCIÓN.

## PACIENTE JOVEN CON ESGUINCE DE TOBILLO

ANTONIA MARINA FLORES RODRÍGUEZ, MARTA TRIVIÑO MORA, EVA MARIA CABALLERO SÁNCHEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 20 años que acude al servicio de urgencias del hospital porque durante un partido de baloncesto tras saltar, al caer, se dobla el tobillo izquierdo. RAM penicilinas, no antecedentes de interés, no hábitos tóxicos.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Consciente, orientado, colaborador. Presenta dolor en tobillo izquierdo y puede apoyarlo. El tobillo presenta inflamación en la cara externa, no equimosis. Dolor a la palpación. Se le radiografía del pie afectado y se observa desgarró en ligamento talofibular anterior.

**JUICIO CLÍNICO:** Con los resultados de las pruebas podemos decir que presenta un esguince por inversión grado I. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se descarta fracturas de algún hueso del pie.

**CONCLUSIONES:** Se le hace vendaje compresivo funcional y es dado de alta con las consiguientes pautas: Hacer reposo mínimo entre 48 - 72 horas manteniendo pie elevado. Tomar antiinflamatorio prescrito y si más dolor combinar con analgésico. Colocar hielo durante 20 minutos cada 3 horas. Ejercicios para fortalecer músculos del tobillo y evitar futuros esguinces de repetición. Mientras note alguna molestia, utilizar tobillera mientras realice ejercicio físico. Realizar automasaje. Comentarle la posible aparición normal de hematoma.

**PALABRAS CLAVE:** ESGUINCE TOBILLO, GRADOS ESGUINCE, TRATAMIENTO ESGUINCE, LIGAMENTOS PIE.

## TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN LAS FRACTURAS DIAFISARIAS DE FÉMUR

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

**INTRODUCCIÓN:** Las fracturas de la diáfisis femoral son frecuentes en la población joven masculina fundamentalmente por la práctica de deportes de riesgo y a los accidentes de tráfico. También pueden ser fracturas patológicas secundarias a un proceso osteoporótico o a metástasis. El tipo de intervención (tratamiento ortopédico o quirúrgico) va a estar en función del hematoma fracturario. Aunque cada vez se opta menos por el tratamiento conservador, ya que requiere mayor tiempo de inmovilización y retrasa el proceso de recuperación. No suelen ser fracturas de mal pronóstico ni complicadas desde el punto de vista fisioterápico.

**OBJETIVOS:** Identificar las pautas de tratamiento fisioterápico en las fracturas de diáfisis femoral.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica en Septiembre de 2017 en las bases de datos: The Cochrane Library, Pudmed, PeDRO, SciELO, se incluyeron tesis, libros y disertaciones, seleccionándose aquellos textos completos en inglés y español disponibles en línea, publicados desde el año 2000 a la actualidad. Los descriptores empleados en la estrategia de búsqueda fueron: Modalidades de Fisioterapia, Diáfisis, Fémur, Fracturas del Fémur, Rehabilitación.

**RESULTADOS:** Aunque no hay unanimidad en el tratamiento a seguir, sí que existen unos objetivos y líneas comunes: Profilaxis antitrombótica, hidroterapia, Electroterapia, Terapia manual, mecanoterapia y reeducación y reentrenamiento de la marcha.

**CONCLUSIÓN:** Es importante una exploración fisioterápica específica en este tipo de lesión antes de instaurar el plan de tratamiento, valorando el estado de las articulaciones proximales como cadera y rodilla, para ver si se encuentran implicadas en el proceso. Debemos tener cuidado con la situación hemodinámica del foco fractuario, evitando aquellas medidas que puedan comprometer la formación correcta del callo óseo, además de observar las radiografías de control para verificar por un lado el material de osteosíntesis empleado y la evolución del callo.

**PALABRAS CLAVE:** FISIOTERAPIA, DIÁFISIS, FÉMUR, FRACTURA, TRATAMIENTO.

## **ABORDAJE FISIOTERÁPICO EN LAS LUXACIONES DE CODO**

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

**INTRODUCCIÓN:** Las luxaciones que afectan a la articulación del codo son las segundas en prevalencia detrás de las luxaciones de hombro, siendo el tipo más frecuente la luxación posterior y ocurriendo sobre todo en niños y adultos jóvenes. A diferencia de las fracturas, reciben fundamentalmente un tratamiento conservador mediante una reducción, inmovilización y posteriormente Fisioterapia para restaurar la movilidad del codo, a menos que la lesión tenga un carácter recidivante o exista una inestabilidad manifiesta, circunstancia en la que se requiere de una intervención quirúrgica.

**OBJETIVOS:** Analizar el tratamiento fisioterápico a aplicar en las luxaciones de la articulación del codo.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos: The Cochrane Library, Pudmed, Pedr, Scielo, se incluyeron tesis, libros y disertaciones publicados desde el año 2005 a la actualidad. Los descriptores empleados en la estrategia de búsqueda fueron: Modalidades de Fisioterapia, Luxaciones articulares, Articulación del codo, Codo, Rehabilitación, Terapia por ejercicio.

**RESULTADOS:** Según el objetivo a conseguir, el tratamiento recomendado será: Alivio del dolor e inflamación, mediante Crioterapia, electroanalgesia y baños de contraste. Restablecer la movilidad articular. Recuperar tono muscular con una tonificación global funcional. Restablecimiento de la sensibilidad propioceptiva. Retorno a la actividad normal con actividades funcionales que no soliciten la articulación afectada o la soliciten levemente.

**CONCLUSIÓN:** Este tipo de lesiones requiere de un periodo de inmovilización entre 1 a 3 semanas y la actuación fisioterápica debe ser precoz, con el objeto de acortar lo máximo posible el tiempo de recuperación. Es importante realizar un examen neurológico para descartar afectación de estructuras nerviosas como nervio mediano y cubital, arteria humeral, así como el posible síndrome de Volkmann.

**PALABRAS CLAVE:** FISIOTERAPIA, LUXACIÓN, ARTICULACIÓN DEL CODO, TRATAMIENTO.

## **EL ROL ENFERMERO FRENTE A PACIENTES CON LA CADERA FRACTURADA**

MARÍA PIEDAD HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, ALICIA REVUELTA RUIZ, CARMEN ROSA GUERRERO SANCHEZ

**INTRODUCCIÓN:** La fractura de cadera se define como el rompimiento y la fragmentación de los huesos de la cadera. Es más frecuente en personas a partir de los 60 años de edad, ya que el hueso ha perdido masa ósea con el paso de los años aunque puede acontecer a cualquier edad. La principal causa de fracturas de cadera es debido a caídas.

**OBJETIVOS:** Establecer un plan de cuidados enfermero y llevarlo a cabo.

**METODOLOGÍA:** Búsqueda y revisión bibliográfica en bases de datos tales como Medline Plus, Cuiden y Elsevier dentro de los últimos cinco años. Los descriptores utilizados han sido: fractura de cadera, cuidados enfermeros, tratamiento hospitalario, tratamiento quirúrgico, postoperatorio, atención primaria. Para estas búsquedas se usaron los operadores booleanos “OR”, “AND” y “NOT”.

**RESULTADOS:** Tras el ingreso y la anamnesis, el personal de enfermería pone en marcha un programa de asistencia y cuidados intrahospitalarios y extra hospitalarios para delegarlos a atención primaria. Las actuaciones a desempeñar son: chequeos en el centro de salud del paciente para ver la evolución, una incorporación temprana por parte del paciente a su vida cotidiana con ejercicios y actividades fisioterapéuticas, manejar el dolor con tratamiento farmacológico, incitar al enfermo a que lleve una dieta apropiada e involucrar y explicar a los familiares el proceso de cuidados post operatorios y hacerles partícipes. El delirio postoperatorio y las úlceras por presión son las complicaciones que ocurren más.

**CONCLUSIÓN:** Si el personal de enfermería lleva a cabo adecuadamente el plan de cuidados elaborado y alienta al paciente y a la familia a realizar las actividades anteriormente descritas, podremos ver una rápida evolución y mejora en el paciente.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA DE CADERA, CUIDADOS ENFERMEROS, TRATAMIENTO, QUIRÚRGICO, POST OPERATORIO, ATENCIÓN PRIMARIA.

## **A PROPÓSITO DE UN CASO: FRACTURA PERTROCANTÉREA DE FÉMUR MAS POLICONTUSIONES**

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

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 83 años que acude a urgencias después de caída casual desde su cama (50 cm) con dolor e impotencia funcional en cadera derecha y contusiones en zona frontal y hombro derecho.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza Anamnesis Clínica: altura 160 cm, peso 56 kg, TA 150/70 mmHg, FC 56 ppm, Sat O2 98%. Continente. La cuidadora principal refiere que la señora casi no camina, solo se desplaza con ayuda de la cama al sofá y para ir al baño. En la exploración física se objetiva dolor al movimiento y crepitación con impotencia funcional en cadera derecha más acortamiento y rotación externa de la misma. Antecedentes de interés: HTA controlada con tratamiento habitual, Deterioro cognitivo de años de evolución, Hipercolesterolemia controlada con dieta. A la llegada al centro se le realiza. Protocolo de TCE: TAC Craneal y valoración por Neurocirugía. Protocolo de fractura de fémur: Radiografía Cadera derecha. Radiografía de hombro derecho.

**JUICIO CLÍNICO:** A nivel de Neurocirugía tras exploración y valoración del TAC se descarta fractura craneal y afectación cerebral. A nivel de Traumatología es diagnosticada de contusión en hombro derecho y de fractura pertrocantérea de fémur derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neurocirugía: Contusión craneal vs Hematoma/Hemorragia cráneo-encefálica. Traumatología: Contusión vs fractura húmero. Fractura Fémur.

**PLAN DE CUIDADOS:** Dada de alta del servicio de Neurocirugía, con recomendaciones de observación por si menguara su capacidad cognitiva habitual. Se decide tratamiento conservador basado en reducción cerrada de la fractura con tracción cutánea mas férula de Braun y dos quilos de peso, a la espera de tratamiento definitivo con inserción prótesis de Moore. Por lo que se cursa preoperatorio: Venoclisis, analítica completa, radiografía de tórax i ECG. E ingreso hospitalario en planta de Gerotrauma.

**CONCLUSIONES:** Dada su poca movilidad y calidad de vida, se decide tratamiento conservador para que pueda continuar con su rutina diaria, dado que un tratamiento más agresivo podría menguarla.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA FÉMUR, TCE, POLICONTUSIONES, TRATAMIENTO CONSERVADOR.

## **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UN ESGUINCE DE TOBILLO**

ADORACIÓN LÓPEZ PERALTA, EMILIO MORENO CAZORLA, MARIA JOSEFA FERNANDEZ GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** El Esguince de tobillo puede considerarse como una lesión producida por la distensión o rotura de los ligamentos que sostienen el tobillo, se puede producir al apoyar malamente el pie, al resbalar cuando se camina o corre o incluso al introducir el pie en agujero. En todas estas situaciones lo que se ha provocado es que los tendones se estiren en exceso y se dañen. No todos los esguinces, tienen la misma importancia, por ello en función del daño producido en los tendones se pueden clasificar en tres grados, leve, moderado y grave.

**OBJETIVOS:** Identificar las causas de producción del esguince y la forma de tratarlo, en relación con los diferentes grados de daño que presenta.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica en las bases de datos de Dialnet, Medline, PubMed Central, el directorio de revistas con acceso abierto, así como descriptores en español.

**RESULTADOS:** Existen trabajos y sobre todo deportes que debido a su exigencia física las personas que los practican son más propensas a sufrir esta lesión. El esguince del ligamento lateral es el más habitual, y se produce al girarse el tobillo de forma que la planta del pie apunta hacia adentro, dañándose los ligamentos de la parte externa del tobillo.

**CONCLUSIÓN:** Si una persona ha sufrido más de un esguince en un mismo tobillo es posible que se convierta en un esguince crónico. Los esguinces no se pueden evitar, pero siguiendo una serie de recomendaciones se pueden prevenir. Una vez producido el esguince lo importante es seguir los consejos del personal sanitario entre los que se encuentra, dependiendo del grado, el aseguramiento del tobillo mediante cédula o vendaje elástico, aplicar hielo, descanso y mantener el pie elevado para evitar su inflamación.

**PALABRAS CLAVE:** TENDONES, LESIONES, TRAUMATISMO DE TOBILLO, DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.

## LA IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNA ESPONDILOLISTESIS

ADORACIÓN LÓPEZ PERALTA, EMILIO MORENO CAZORLA, MARIA JOSEFA FERNANDEZ GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** La Espondilolistesis se produce por el desplazamiento de una vértebra sobre otra, que en función del descentramiento que haya sufrido la vértebra, se puede catalogar desde grado I a grado IV.

**OBJETIVOS:** Identificar las posibles causas, formas de detección y alternativas existentes para los pacientes que padecen la Espondilolistesis.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica en las bases de datos de Dialnet, Medline, PubMed Central, el directorio de revistas con acceso abierto, así como descriptores en español. El estudio se centro en la búsqueda de información de 20 publicaciones de interés científico, de las cuales fueron seleccionadas 10.

**RESULTADOS:** A través de este estudio se ha podido comprobar que los criterios clínicos para constatar la aparición de la Espondilolistesis no están del todo definidos, siendo el más común el dolor lumbar posterior a un estrés mecánico fundamentalmente a la flexión. La Espondilolistesis degenerativa más frecuente se encuentra situada entre la L4-L5 mientras la espondilolistesis ístmica afecta principalmente a L5-S1. Las personas que más posibilidades de padecerla son las personas con sobrepeso y los mayores de 50 años debido al exceso de sobrecarga y a la degeneración de las estructuras musculoesqueléticas.

**CONCLUSIÓN:** La Espondilolistesis degenerativa se presenta en el 8,7% de la población en general, el método de diagnóstico más utilizado para detectar la aparición de la enfermedad es la Radiografía AP, lateral con maniobras de flexión y extensión. Podemos definir la Espondilolistesis de forma radiográficamente como una rotación sagital  $>10^\circ$  y una traslación sagital  $>4\text{mm}$ . Para clasificar ésta enfermedad en grados a razón del porcentaje de desplazamiento el método utilizado es el de Meyerding, que va desde el grado I que equivale a un desplazamiento de la vertebra en torno a un 25%, hasta el grado IV que equivale a un desplazamiento del 100% o incluso puede ser mayor.

**PALABRAS CLAVE:** COLUMNA LUMBAR, OBESIDAD, CIRUGÍA, DISCAPACIDAD, INESTABILIDAD.

## **GONALGIA O INFARTO ÓSEO: DOLOR DE RODILLAS**

PABLO TEBA OCÓN, MIRIAM PALOMO CANO, VIRGINIA LOPEZ MONTALBAN

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 70 años que acude a consulta por dolor en ambas rodillas desde hace 5 años, principalmente en la rodilla derecha, relacionado con contusión tras caída. No refiere otra sintomatología. Tratada con AINES. Artroscopia de rodilla derecha hace 7 años con meniscopatía degenerativa y artrosis con afectación tricompartmental.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Deambulación positiva, no presenta deformidad, hematoma ni derrame. Dolor difuso en aumento a la palpación en cara lateral externa de la rodilla y en la movilización de la rótula. No presenta inestabilidad articular. Crepitación en cara anterior. No se evidencia fractura en radiografía. Informe radiológico: imagen de aspecto cálcico, grumosa en epífisis de ambos fémur y de tibia izquierda sugestiva de infarto óseo.

**JUICIO CLÍNICO:** Infarto óseo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Encondroma, osteocondroma, condroblastoma y condrosarcoma incipientes.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se iniciará tratamiento farmacológico. Se instruirá al paciente en medidas higiénicas para aliviar el dolor en casa como baños de agua caliente y fría y aplicación de frío en ambas rodillas. Colocación de vendajes de rodillas. Se deriva a traumatólogo para valoración.

**CONCLUSIONES:** El infarto óseo es una lesión benigna que suele ser hallazgo casual mediante una radiografía simple. Su importancia radica en hacer un diagnóstico diferencial, descartar factores de riesgo asociados que podría derivar en sarcoma.

**PALABRAS CLAVE:** INFARTO OSEO, CONDROSARCOMA, DOLOR, GONALGIA.

## **PACIENTE CON TENDINITIS DE DE QUERVAIN: A PROPÓSITO DE UN CASO**

MARÍA BELÉN SÁNCHEZ CAMACHO, CARMEN ROSA HERRERA GÁLVEZ, MARIA DE LOS ANGELES CORREA SANCHEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 36 años tras parto de su primer hijo acude a la consulta por dolor en muñeca a nivel de base del primer dedo. La exploración con maniobra Finkelstein dolorosa sugiere tendinitis de De Quervain o estenosante. Las recomendaciones en cuanto a evitar posturas que empeoran el dolor, la prescripción de antiinflamatorios no esteroideos y el reposo relativo consiguen mejorar la clínica.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se basa en la historia clínica y la exploración mediante la maniobra de Finkelstein. La prueba dolorosa sugiere tendinitis de De Quervain. Posteriormente la ecografía serviría para confirmar el diagnóstico.

**JUICIO CLÍNICO:** El desencadenante más habitual es la realización de movimientos repetitivos que incluyen al pulgar o requieren constantemente de la desviación cubital o radial, microtraumatismos repetidos. La mayor asociación con la artritis reumatoide se debe a la degeneración tendinosa en este tipo de patologías inflamatorias. Más frecuente en mujeres (proporción 10/1) por implicaciones hormonales, fundamentalmente de la prolactina. No obstante, esto no ha sido probado hasta el momento. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La prueba dolorosa sugiere tendinitis de De Quervain. Posteriormente la ecografía serviría para confirmar el diagnóstico.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se intenta tratamiento conservador utilizando antiinflamatorios y reposo de la mano afectada utilizando para ello un inmovilizador de pulgar. A menudo se obtiene mejoría al cabo de 7-10 días. Si persiste la clínica, se realiza fisioterapia y la posibilidad de realizar una infiltración con corticoides de la zona afectada, lo que puede reducir las molestias o desaparecerlas hasta en un 50% a 60% de los casos. Si no mejora la sintomatología se pasa a la liberación quirúrgica del compartimento para liberar los tendones y resolver las molestias.

**CONCLUSIONES:** La tendinitis de De Quervain es una tenosinovitis estenosante que afecta a la vaina común del tendón del abductor largo y del extensor corto del pulgar a nivel del proceso de la estiloides radial.

**PALABRAS CLAVE:** TENDINITIS, MUÑECA, INFLAMACIÓN, LIMITACIÓN, MANIOBRA DE FINKELSTEIN.

## **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE URGENCIAS: TRAUMATOLOGÍA**

JESUS CALLE MALDONADO, MARIA ESTHER GONZALEZ ANTUNEZ, MILEIDY PEÑA MAHECHA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 45 años de edad, que acude a urgencias por dolor e impotencia funcional en la rodilla izquierda. Refiere que hace 2 días comenzó con dolor en cara externa de dicha rodilla, que aumenta con la movilidad. Fue valorada en su centro de salud y colocado un vendaje, persiste el dolor y por ello acude al hospital. Esta en seguimiento por nuestra especialidad por meniscopatía. Refiere haber sido infiltrada con ácido hialurónico hace dos días.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A la exploración física presenta morfología normal, peloteo negativo, dolor a la palpación en FP, dolor en interlinea y FT y FP. No aparecen cajones ni bostezos, las maniobras mesicales fueron negativas. No se produce aumento de la temperatura, no hay zona eritomatosa. En Rx no se observan lesiones óseas agudas. Se dan recomendaciones y se deriva para revisión en consultas externas de traumatología.

**JUICIO CLÍNICO:** Gonalgía derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras el estudio de la exploración física y sus antecedentes se describe el juicio clínico como Gonalgia derecha.

**PLAN DE CUIDADOS:** El tratamiento y las recomendaciones para este caso serán: reposo relativo, mantener inmovilización con vendaje durante unos 10 días, vigilar el color y la sensibilidad distal del miembro. Se receta Tramadol 37.5Mg, paracetamol 325mg 1 comprimido cada 8 horas. Acudir a cita de revisión en consultas externas de traumatología cuando proceda. Revisión y seguimiento por su médico de cabecera.

**CONCLUSIONES:** Con todos los resultados se llega a la conclusión de que padece una meniscopatía que se traduce como cualquier tipo de lesión producida en uno de los dos meniscos de la rodilla de una persona.

**PALABRAS CLAVE:** RODILLA, GONALGIA, IMPOTENCIA, MENISCO, ARTICULACIÓN.

## **HERIDA ABIERTA SUCIA O CONTAMINADA CON SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL EN CAVIDAD Y TÚNEL**

CRISTINA MUÑOZ MARTIN, ELENA QUESADA HERNANDEZ, ANDREA CRISTINA CHIAPPE PIÑEIRO, CRISTINA HERNÁNDEZ CABRERA, LLIBERTAT ALTOZANO MARTÍN, MELANIA MARTINEZ ILLANA, LAURA ALFRANCA I HONTORIA, CARMEN GRANADOS PIEDRA, ROSA MARIA SANTIN GARCIA, MARTA GALINDO TUTUSAUS, CARMEN MARTIN PASCUAL, DOLORES MIRALLES GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** Parar el crecimiento de microorganismos patógenos , evitar infección , favorecer el tejido de granulación y cicatrización.

**OBJETIVOS:** El objetivo que se pretende conseguir con este estudio, es reparar y limpiar completa de la herida con signos de infección local.

**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:** Podemos verificar que la evaluación de resultados de la herida infectada , se puede evolucionar primitivamente ( cicatrización ) estancarse o empeorar .

**CONCLUSIÓN:** Como conclusión podemos comparar los datos del registro que vayamos anotando y las variaciones significativas y actuar en consecuencia. Además con una frecuencia recomendada, preparación, recomendaciones de limpieza. Desinfección y realización, se establecerá perfectamente la infección y se quedara exhausta de suciedad.

**PALABRAS CLAVE:** HERIDA, SEPSIS, CAVIDAD, INFECCIÓN.

## RELACIÓN ENTRE DÉFICIT DE VITAMINA D Y CALCIO EN PACIENTES CON FRACTURA

ANTONIO JESUS SANCHEZ GUIRAO, JUAN JOSÉ SANTOS MATEO, RAUL BALLESTER SAJARDO

**INTRODUCCIÓN:** La vitamina D aumenta la absorción de calcio y fósforo necesarios para la mineralización del tejido óseo, produciendo su déficit riesgo de fractura.

**OBJETIVOS:** Nuestro objetivo es describir la prevalencia de déficit de vitamina D en una población anciana hospitalizada por fractura de cadera.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo y retrospectivo de 198 pacientes mayores de 65 años ingresados con fractura de cadera osteoporótica. Se recogieron edad y género, niveles de calcio y vitamina D con punto de corte por debajo de 20ng/ml para déficit y entre 20 y 30 ng/ml para insuficiencia.

**RESULTADOS:** En nuestra serie el 77,8% (154 pacientes) fueron mujeres y el 22,2% (44 pacientes) varones con una edad media de 82,39 +/- 6,8 años. Vitamina D, un 82,3% (163) presentaron déficit y un 14,1% (28) insuficiencia. No encontramos relación significativa entre vitamina D y género de los pacientes. Hubo correlación inversa y significativa entre vitamina D y edad ( $R = -0.238$ ,  $P = 0,001$ ). No hubo diferencia entre calcio corregido en los pacientes con déficit de vitamina D y el resto. No encontramos relación entre el calcio y la edad o género.

**CONCLUSIÓN:** El colecalciferol (vitamina D3), se sintetiza en piel a partir de un precursor por acción del sol. En las personas ancianas, el déficit se relaciona con disminución de síntesis cutánea (favorecido por baja exposición solar) y de hidroxilación renal que aumentan con la edad y suelen producir déficit incluso en ancianos ambulantes. En nuestra muestra existe gran prevalencia de déficit o insuficiencia de vitamina D, factor muy relacionado con el riesgo de fracturas. En nuestros pacientes con fractura de cadera, el 82,3% tuvo déficit de vitamina D y el 14,1% insuficiencia. Conforme avanza la edad aumenta el déficit de vitamina D.

**PALABRAS CLAVE:** VITAMINA D, CALCIO, FRACTURA DE CADERA, ANCIANOS.

## UTILIDAD DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE FRACTURA DE CADERA

ANTONIO JESUS SANCHEZ GUIRAO, RAUL BALLESTER SAJARDO, JUAN JOSÉ SANTOS MATEO

**INTRODUCCIÓN:** En las últimas décadas en la población occidental se ha producido un fenómeno de envejecimiento, haciendo que patologías que afectan a población anciana tales como la fractura de cadera sean más incidentes. La fractura de cadera a su vez crea una alta tasa de dependencia y mortalidad en este grupo, ya que se estima que un 20-30% de los ancianos fallecen en el primer año tras la fractura.

**OBJETIVOS:** Analizar las causas y tratamiento de las fracturas de cadera.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica/sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

**RESULTADOS:** Más del 85% de las fracturas de cadera ocurren en personas mayores de 65 años y su incidencia crece conforme avanza la edad. El número de altas hospitalarias por fractura de cadera producidas en España ha aumentado de forma continua en la última década. El tratamiento esencial es la cirugía para la reducción y estabilización. Las técnicas quirúrgicas y anestésicas han mejorado en los últimos años de forma que en la mayoría de los casos hay buenos resultados de la cirugía, sin embargo, el resultado en términos de morbimortalidad postoperatoria y recuperación de autonomía es pobre. A la alta mortalidad se suma que sólo la mitad recuperan la capacidad funcional y uno de cada cuatro tiene alto nivel de cuidados a largo plazo. La pluripatología que suele asociarse hace aumentar la complejidad del tratamiento y la heterogeneidad de los resultados. En las últimas décadas la colaboración entre Medicina Interna y Traumatología en el manejo de la fractura de cadera ha sido creciente. Todo ello se basa en la repercusión que supone para un anciano el padecer una fractura de cadera, la importancia de la recuperación funcional como objetivo principal del tratamiento y la rentabilidad del trabajo conjunto en la búsqueda de dicho objetivo.

**CONCLUSIÓN:** Diversos estudios prospectivos han mostrado beneficios en estas unidades conjuntas en cuanto a disminución de morbimortalidad y estancia media hospitalaria.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA DE CADERA, MEDICINA INTERNA, TRAUMATOLOGÍA, ANCIANOS.

## LA ROTURA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

JOSEFA INMACULADA CARNERERO VALERO, FRANCISCA BOTIAS ROMERO, MARIA TISCAR LOPEZ EXPOSITO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 25 años que acude al centro de salud por dolor persistente, edema e inestabilidad en la rodilla izquierda. Antecedentes personales: anterior intervención quirúrgica por rotura meniscal (artroscopia de rodilla, meniscoplastia cuerno posterior y cuerpo menisco externo) tras accidente de tráfico.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se observa pérdida de los contornos de la articulación, derrame doloroso y la rodilla tensa. Se realizan estudios imaginológicos (radiografías simples y resonancias magnéticas). Se realiza una evaluación artrométrica y la prueba de Lachman. El test de cajón anterior dio positivo, confirmando mediante resonancia magnética la rotura del ligamento cruzado anterior.

**JUICIO CLÍNICO:** Rotura del ligamento cruzado anterior (LCA) de la rodilla izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El hallazgo de hiperextensión de la rodilla traumatizada puede sugerir una ruptura del LCA. Un indicador de posible lesión del LCA es dolor en ambos lados de la rodilla. Se continua evaluando la laxitud en varo y en valgo, tanto en extensión como en flexión, 30° y 60°. Se debe tener presente la posibilidad de que haya lesiones concomitantes.

**CONCLUSIONES:** El trauma indirecto es el mecanismo más común de lesión ligamentosa, donde habitualmente están involucradas fuerzas de desaceleración, hiperextensión y rotación que producen discapacidad y predisponen a lesiones ulteriores de la rodilla y a osteoartritis temprana. Por lo tanto, la deficiencia del LCA no solo produce episodios de inestabilidad, sino también una alteración de la mecánica articular. Las metas del tratamiento deben ser: prevenir la inestabilidad sintomática, restaurar la cinemática normal de la rodilla y prevenir la enfermedad articular degenerativa temprana. Se recomienda: intervención quirúrgica de la rodilla izquierda, realizando una plastia con tendones de la pata de ganso, siendo preciso que haya desaparecido antes el edema; evitar apoyar esa pierna y fisioterapia para recuperar la musculatura, funcionalidad y flexibilidad de la pierna.

**PALABRAS CLAVE:** LCA, ROTURA DE LIGAMENTOS, LESIÓN LIGAMENTOSA, LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, ARTICULACIONES, MECÁNICA ARTICULAR.

## **TUMOR BENIGNO DEL HUESO, OSTEOCONDROMA EN FEMUR**

VIRGINIA CORTES CORTES, IRENE CALDERON SORROCHE, GEMMA MARTÍN PÉREZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente varón de 36 años acude a su centro de salud derivado de la mutua del trabajo tras un accidente laboral, a raíz de esta caída, y tras hacer distintas pruebas, se diagnostica un osteocondroma en miembro inferior derecho,. Acude para derivación a traumatología.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Radiografía. TAC. Resonancia magnética. Gammagrafía.

**JUICIO CLÍNICO:** Osteocondroma benigno de miembro inferior derecho y rodilla. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras hacer la primera radiografía tras sufrir traumatismo de rodilla, se le ve un posible osteocondroma en parte distal del miembro inferior derecho.

**PLAN DE CUIDADOS:** Derivación desde la mutua a su centro de salud para que lo deriven a traumatología para hacer seguimiento de la evolución del tumor.

**CONCLUSIONES:** Este tipo de tumores benignos suelen encontrarse en huesos largos. Las localizaciones más comunes son el fémur proximal o distal, húmero proximal, tibia proximal, pelvis y escápula.

**PALABRAS CLAVE:** TUMOR BENIGNO, OSTEOCONDROMA, GANMAGRAFIA, TAC, RESONANCIA MAGNETICA.

## **BLOQUEO DE BIER: TÉCNICA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

SONIA GIMENEZ PEÑALVER, MARÍA CARMEN ROMERO FELIPE, LIDIA CÁMARA GARCÍA, MARIA DOLORES MARIN CARRILLO, SONIA JUAREZ ANDRES, ANTONIA MARIA QUIRANTE BOTIA

**INTRODUCCIÓN:** La anestesia regional intravenosa (ARI) es una técnica reconocida y establecida. Su índice de éxito oscila entre 94-98%. Su aplicación es sencilla y de bajo coste. Fue descrita por primera vez en 1908 por el cirujano alemán Karl August Gustav Bier.

**OBJETIVOS:** Determinar los conocimientos básicos necesarios en el desarrollo de los procedimientos de ARI para disminuir las complicaciones.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos: Medes, Pubmed y Dialnet. Descriptores utilizados: anestesia regional intravenosa, anestésicos locales, manguito doble de presión, toxicidad sistémica.

**RESULTADOS:** Procedimiento seleccionado para intervenciones cortas (menos de 1 hora) de las extremidades superiores; principalmente en cirugía de manos, antebrazos y codos. Monitorización del paciente y canalizar vía periférica en el dorsos de la mano opuesta y otra en el operado. Se coloca manguito doble alrededor del brazo protegido con venda de algodón, se envuelve éste con venda elástica desde la punta de los dedos hasta debajo del manguito para realizar isquemia de la extremidad y se procede a inflar la parte próxima del manguito. La presión máxima: 250 mmHg, otros, 100mmHg por encima de la presión sistólica. Puede mantenerse de 1,5 a 2h, siendo el tiempo mínimo 20 minutos. Después de asegurar el buen funcionamiento del manguito, se inyecta por la cánula el anestésico, velocidad no superior a 3ml/s. Para una mayor tolerancia a la presión al cabo 15-20 minutos se infla parte distal y se desinfla proximal. Al terminar se libera torniquete. Enfermería debe observar al paciente durante este periodo, para detectar a tiempo los signos de toxicidad sistémica que puedan aparecer.

**CONCLUSIÓN:** La aplicación de un protocolo ARI, unifica y estandariza los conocimientos, cuidados y atención de enfermería para aumentar la seguridad del paciente en el desarrollo del mismo, evitando de esta manera los posibles riesgos atribuidos a dicha técnica.

**PALABRAS CLAVE:** ANESTESIA REGIONAL INTRAVENOSA(ARI), MANGUITO DE PRESIÓN DOBLE, TOXICIDAD SISTÉMICA, ANESTÉSICOS LOCALES.

## **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE UNA FRACTURA DE CADERA EN TRAUMATOLOGÍA**

MARIA DEL CARMEN GARCIA HINOJOSA, ROSARIO RAMIREZ LAFUENTE, SANDRA SAEZ SALAS

**INTRODUCCIÓN:** La fractura de cadera en personas mayores es muy frecuente y en especial en la etapa anciana. El principal factor de riesgo es la osteoporosis, aunque a veces es difícil determinar si la caída se ha producido como consecuencia de la fractura (fractura patológica) o viceversa. Otros factores importantes son la edad y la dependencia.

**OBJETIVOS:** Determinar las funciones del tcac en pacientes con fractura de cadera en traumatología.

**METODOLOGÍA:** Se han realizado búsquedas en diferentes bases de datos como son Medline y Pub Med

**RESULTADOS:** El auxiliar de enfermería es el encargado de valorar al paciente en su llegada sus necesidades de cuidados básicos utilizando la escala de Barthel Durante la estancia en el hospital del paciente, el auxiliar de enfermería es el principal encargado de prevenir úlceras por presión, según las necesidades básicas del paciente, Registrar toda la evolución y complicaciones, manteniendo informado al equipo de enfermería.

**CONCLUSIÓN:** Los cuidados que proporciona el tcac influye mucho en la calidad de vida que perciben los pacientes. Los aspectos como son la cercanía, actitud y profesionalidad aporta el lado mas humano de la atención sanitaria.

**PALABRAS CLAVE:** SALUD, FRACTURA, CUIDADOS, PREVENCIÓN.

## TIPOS DE CIRUGÍA DE REEMPLAZO DE RODILLA

DAVINIA GONZALEZ PEREZ, MARÍA BELÉN LÓPEZ OJEDA, EMMA PÉREZ CUADROS

**INTRODUCCIÓN:** Las prótesis de rodilla se utilizan para devolver y restaurar la función del área afectada por una lesión y por ello tienen diferentes componentes. La enfermera instrumentista debe entender los diferentes componentes de las prótesis y opciones de cirugías para saber preparar las diferentes operaciones y ofrecer una instrumentación que sea ágil y facilitadora de la intervención quirúrgica.

**OBJETIVOS:** Analizar los tipos de cirugía de reemplazo de rodilla que existen.

**METODOLOGÍA:** Se realiza revisión bibliográfica en bases de datos PubMed y Scielo utilizando las palabras clave “Knee Prosthesis” and “Types” y se seleccionan tres artículos relevantes de los últimos diez años.

**RESULTADOS:** Dependiendo de los componentes que se implantan: Prótesis total de rodilla. Prótesis CR (con retención de cruzado). Prótesis PS (posterior estabilizada). Prótesis CS (cruzado sacrificado o ultracongruente). Prótesis de plataforma rotatoria. Prótesis parcelares o unicompartmentales. Prótesis estabilizada posterior. Prótesis tumorales, prótesis de recambio y prótesis a medida. Dependiendo de la forma de anclaje de los componentes: Prótesis híbridas. Prótesis cementadas: Prótesis tumorales, de recambio y a medida.

**CONCLUSIÓN:** El traumatólogo debe escoger que tipo de prótesis de rodilla conviene más al paciente según su patología y expectativas. Si existe desgaste de uno o los compartimentos de la rodilla, la edad del paciente, el estado de sus ligamentos o su calidad ósea y la existencia de cirugías previas, experiencia del cirujano y preferencias. Aunque la prótesis total de rodilla es la más frecuente, debemos entender la amplia gama que ofrece el mercado, para dar una respuesta a las necesidades del paciente para una cirugía exitosa y una rápida recuperación.

**PALABRAS CLAVE:** PRÓTESIS DE RODILLA, TIPOS DE PRÓTESIS, TRAUMATOLOGÍA, CIRUGÍA ORTOPROTÉSICA, ENFERMERA INSTRUMENTISTA.

## **FRACTURA DE CADERA, FRACTURA SUBCAPITAL DE FÉMUR Y PRÓTESIS DE CADERA**

PATRICIA HARO HERAS, ROSA MARIA MAZUECOS MARTIN, LUISA PARRAGA MERIDA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 80 años que llama al 061 porque al salir de la bañera se ha caído al suelo. Refiere dolor en la pierna izquierda, y poder levantarse del suelo pero no deambular. El equipo de urgencias acude al domicilio. El médico le realiza una exploración física, y solicita el traslado al Servicio de Urgencias de su hospital de referencia.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: TA: en torno a 130/80 mmHg. FC: 70 ppm. FR: 15 rpm. Temperatura: 36,4°C. SatO<sub>2</sub>: 100% Peso: 65 Kg. Talla: 153 cm. IMC: 27,8 kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso). Dolor en la extremidad inferior izquierda. Movilidad conservada en los dedos de dicha extremidad y pulsos distales positivos. Pruebas complementarias: Radiografía y Tomografía Axial Computerizada (TAC).

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura subcapital de fémur derecho. Prótesis parcial en la cadera derecha.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dado los antecedentes de la paciente y a la espera del resultado del TAC, se prevé fractura de cadera derecha.

**PLAN DE CUIDADOS:** Tras valoración por el Servicio de Anestesiología, y una vez realizado el preoperatorio habitual, es intervenida quirúrgicamente para colocarle una prótesis parcial de cadera. La evolución postoperatoria es satisfactoria y se le da el alta con el tratamiento y las recomendaciones pertinentes.

**CONCLUSIONES:** La fractura de cadera es un proceso clínico grave que implica una significativa morbimortalidad. Las fracturas de cadera son habituales en la vejez. Aparecen como resultado de un trauma de baja energía, por la osteoporosis donde los huesos son más frágiles, y por la pérdida de masa ósea. También pueden estar asociados a los efectos de otras enfermedades que incrementen el riesgo de caídas.

**PALABRAS CLAVE:** ANCIANA, FRACTURA, CADERA, FEMUR, PRÓTESIS.

## NIÑO CON FRACTURA DESPLAZADA DE HÚMERO

ANGELA ROMERO RUIZ, CARMEN SOTO ROMERO VALDESPINO, OLGA MARIA TRACISTO MUÑOZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Niño de 9 años de edad que acude a urgencias por dolor intenso en codo izquierdo tras caída jugando a fútbol. Es valorado por el pediatra de urgencias y solicita radiografía codo por sospecha de fractura. Toma de constantes: Ta:130/100mmHg Fc:125lp' Sat O2:99% T°:36,2°C. No RAMs conocidas. Peso:32kg.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Tras la realización de prueba complementaria se confirma el diagnóstico: Fractura de húmero distal desplazada.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura desplazada de húmero. Dolor. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se pasa a sala de observación donde se canaliza vía periférica nº 20 y se extrae analítica preoperatoria. Refiere dolor intenso y presenta gran inflamación en la zona lesionada. Se deja pulsioxímetro en dedo de brazo afectado para comprobar pulso y oxigenación sanguínea. FC:117pp'. Sat O2: 99-100%. Se vigila coloración del brazo izquierdo por el riesgo de que puede hacer un síndrome compartimental Dada la necesidad urgente del control del dolor administro metamizol 750mg iv por orden médica, peralgan 500mg iv.. Sueroterapia: suero glucosalino a 60ml/h y dejar en ayunas. Es visto por el traumatólogo de urgencias y tras valorar pruebas complementarias y tener 6h de ayuno decide intervención quirúrgica urgente para resolver la fractura.

**PLAN DE CUIDADOS:** Control del dolor, control de los signos vitales, vigilar cambios en zona lesionada.

**CONCLUSIONES:** Dado de que trata de una fractura desplazada se intenta una reducción cerrada y fijación percutánea. Tiene que ser rápido pues el codo se inflama muy rápido Entre las complicaciones, las inmediatas serían: Lesiones vasculares: arteria humeral. Lesiones nerviosas: nervio radial o mediano. Las tardías: Contractura isquémica de Volkmann: es la complicación más temida, aunque no suele darse ni en un 1%. Es un síndrome compartimental de la musculatura flexora del antebrazo y ocurre por un aumento de presión producto del traumatismo y a veces de la manipulación repetida. Deja secuelas muy graves. El niño perdería gran parte de la movilidad.

**PALABRAS CLAVE:** HÚMERO, DOLOR, FRACTURA, URGENCIA.

## MANIOBRAS ESPECÍFICAS FUNDAMENTALES EN LA EXPLORACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL

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

**INTRODUCCIÓN:** La realización de maniobras exploratorias específicas resulta fundamental en el diagnóstico de las lesiones que afectan a la columna cervical.

**OBJETIVOS:** Analizar mediante una revisión las maniobras específicas fundamentales a tener en cuenta en la exploración física de la columna cervical.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una búsqueda y acceso a fuentes de información en salud. En lo que respecta al lenguaje documental (Tesauro), se utiliza la herramienta DeCS y MeSH, mediante la cual son seleccionados los descriptores "cervical spine" (inglés) y "columna cervical" (español). Se lleva a cabo una búsqueda de datos bibliográficos en Pubmed, siguiendo las estrategias de búsqueda establecidas y revisando de forma exhaustiva los resultados obtenidos.

**RESULTADOS:** Las maniobras específicas fundamentales en la exploración de la columna cervical son las siguientes: la prueba de compresión de Jackson (compresión dolorosa de la cabeza con ayuda de las dos manos, que resulta positiva en discopatías, radiculopatías o artrosis de las carillas articulares), prueba de distracción (elevar la cabeza con una mano en la barbilla y la otra en el occipucio, lo que mejorará el dolor en presencia de discopatías y radiculopatías, y será doloroso en lesiones músculo-ligamentosas), maniobra de Valsalva (será positiva en radiculopatías, y se produce al aumentar la presión abdominal, lo que incrementa la presión intratecal), prueba de Naffzinger-Jones (se produce radiculalgia al aumentar la presión intratecal mediante compresión de las venas yugulares), maniobra de Spurling (con la cabeza inclinada y rotada en extensión se estrechan agujeros de conjunción, así pues, al golpear la cabeza con la otra mano en esta posición, se produce dolor en las radiculopatías y artrosis de las carillas articulares).

**CONCLUSIÓN:** La realización de maniobras exploratorias específicas resulta primordial en el diagnóstico de las lesiones que afectan a la columna cervical.

**PALABRAS CLAVE:** COLUMNA, CERVICAL, MANIOBRA JACKSON, VALSALVA, MANIOBRA SPURLING.

## ASPECTOS BÁSICOS EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA DEL PULGAR

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

**INTRODUCCIÓN:** La realización de una correcta exploración física resulta fundamental en el diagnóstico de las lesiones que afectan al pulgar o primer dedo de la mano.

**OBJETIVOS:** Analizar mediante una revisión los aspectos básicos a tener en cuenta en la exploración física del pulgar o primer dedo de la mano.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una búsqueda y acceso a fuentes de información en salud. En lo que respecta al lenguaje documental (Tesauro), se utiliza la herramienta DeCS y MeSH, mediante la cual son seleccionados los descriptores "thumb" (inglés) y "pulgar" (español). Se lleva a cabo una búsqueda de datos bibliográficos en Pubmed, siguiendo las estrategias de búsqueda establecidas y revisando de forma exhaustiva los resultados obtenidos. También se realiza una búsqueda y revisión de artículos a texto completo, utilizando para ello Pubmed Central, Biomed Central y Scielo.

**RESULTADOS:** El pulgar incluye tres articulaciones: la trapecio-metacarpiana (se trata de una silla de montar y permite la oposición), la metacarpo-falángica y la interfalángica. El pulgar posee el siguiente rango de movilidad: la abducción de 70-80 grados, la aducción de 15 grados, la flexión metacarpo-falángica de 50 grados, la oposición (movimiento más importante y característico del pulgar, alterado en la lesión del Nervio Mediano), la flexión interfalángica de 70-90 grados y la circunducción. Neurológicamente, hemos de mencionar que la extensión y abducción se producen por el Nervio Radial, la aducción y la pinza por el Nervio Cubital, así como la flexión y la oposición por el Nervio Mediano.

**CONCLUSIÓN:** La realización de una exploración física precisa resulta primordial en el diagnóstico de las lesiones que afectan al pulgar.

**PALABRAS CLAVE:** PULGAR, SILLA MONTAR, OPOSICIÓN, NERVIOS MEDIANO, EXPLORACION.

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TARDÍO DE FRACTURA LUXACIÓN POSTERIOR DE HOMBRO

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

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 29 años que es traída a urgencias de nuestro centro tras accidente de tráfico.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A la exploración, presentaba dolor e impotencia funcional en hombro derecho, por lo que realiza radiología convencional y es diagnosticada de fractura no desplazada de cuello quirúrgico de húmero proximal derecho. Se decide inmovilización con cabestrillo con antirrotador en miembro superior derecho y revisión en consulta de traumatología a las 3 semanas. En dicha revisión, la paciente presentaba dolor en hombro derecho, apreciándose en la radiología convencional una fractura-luxación glenohumeral posterior.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura-luxación posterior de hombro inveterada. **PLAN DE CUIDADOS:** Valorado el caso, se decide ingreso y tratamiento quirúrgico mediante reducción abierta y fijación interna con 4 tornillos canulados, y reparación del manguito rotador con un implante metálico, con comprobación bajo escopia de adecuada reducción y colocación de material de osteosíntesis. En las revisiones en consultas externas, la paciente evolucionó satisfactoriamente, con consolidación de la fractura y ausencia de signos de necrosis avascular.

**CONCLUSIONES:** El pronóstico de la fractura-luxación glenohumeral posterior depende en gran medida del diagnóstico temprano, por lo que es preciso saber reconocerla clínica y radiográficamente y no encuadrarla como una fractura aislada. El diagnóstico y tratamiento tardío de esta lesión implica un aumento del riesgo de desarrollar secuelas importantes como la necrosis avascular de la cabeza humeral. La fractura-luxación posterior de hombro es una entidad poco frecuente, con una incidencia menor del 1% dentro de la fractura-luxación glenohumeral, aunque esta podría ser mayor debido a que muchos casos pueden pasar desapercibidos o ser diagnosticados erróneamente. La exploración física no muestra una deformidad visible, y los signos radiológicos son a menudo ambiguos, siendo la proyección anteroposterior muy similar a la de un hombro congruente. Hay que tener presente que en la luxación posterior de hombro la cabeza del húmero está en rotación interna.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA, LUXACIÓN, POSTERIOR, HOMBRO, GLENOHUMERAL, INVETERADA.

## ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

MARIA DEL CARMEN GARCIA GOMEZ, ANTONIO MAESTRE MORENO, MARIA DOLORES OLIVARES RODRIGUEZ

**INTRODUCCIÓN:** Un paciente politraumatizado es aquel que presenta múltiples lesiones orgánicas y/o musculoesqueléticas con alteración de la circulación y/o ventilación y que comprometen su vida de forma inmediata o en las horas siguientes. El celador ante esta situación tendrá un papel importante, por lo que estará a disposición de lo que le indiquen, teniendo en cuenta que lo primero la transmisión verbal o escrita, ayuda en la inmovilización adecuada del paciente, cambio de camilla que es el momento más delicado de la transferencia, ya que cualquier pequeño descuido puede empeorar la estabilidad del paciente y traslado de este. Los celadores estarán en todo momento con el paciente, ya que su ayuda en este tipo de traumas es imprescindible que cuando el paciente se voltee o se transfiera esta maniobra sea rápida y coordinada con los sanitarios, sin olvidar los diferentes equipos que tendrá que llevar como rayos móviles para que el paciente se mueva lo menos posible.

**OBJETIVOS:** Determinar medidas para proporcionar al paciente una inmovilización adecuada dependiendo del tipo de politraumatismo que tenga, y siempre bajo la indicación de los sanitarios y protegiendo su intimidad.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una recopilación de artículos de revistas, manuales y guías de prácticas clínica. Así como búsqueda en Google académico.

**RESULTADOS:** Se ha comprobado que cuando hay una buena coordinación entre el equipo asistencial, el paciente sufre menos. Cuando todos sabemos nuestras funciones y obedecemos al líder encargado de dirigir la actuación, evitamos su empeoramiento y la aparición de nuevas lesiones.

**CONCLUSIÓN:** Necesidad de llevar a cabo un protocolo de actuación. Volteo y transferencia del paciente con profesionales eficientes y eficaces donde no hay que olvidar la intimidad del paciente mejorando así la atención que recibe el paciente politraumatizado.

**PALABRAS CLAVE:** VOLTEO, TRANSFERENCIA, EFICACIA, RAPIDEZ, INMOVILIZACIÓN.

## EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA REALIZACIÓN DEL VENDAJE COMPRESIVO

ISABEL GUTIERREZ FERNANDEZ, ISABEL MARIA GALAN PALOMINO, ANGELES PERAGÓN MARTINEZ

**INTRODUCCIÓN:** Los vendajes son técnicas terapéuticas utilizadas por muchos profesionales sanitarios, su finalidad es limitar el sangrado o evitar la aparición de edemas o hematomas en distintos cuadros clínicos. La función del vendaje compresivo como su palabra la define es comprimir una herida aplicándose deformar circular en la parte lesionada ejerciendo una fuerte presión.

**OBJETIVOS:** Analizar la evidencia disponible sobre el vendaje compresivo y la actuación del auxiliar de enfermería en su aplicación.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una investigación bibliográfica en distintas bases de datos científicamente ellas: SlideShare y Técnicas de vendaje.

**RESULTADOS:** El objetivo del vendaje compresivo es que, situándolo sobre la herida y aplicándolo cierta presión, se consigue detener la hemorragia. Los procedimientos son: Lavado de manos antes y después de cada vendaje. Impedir el contacto entre zonas dérmicas aislándolas con gasas, Proteger las prominencias óseas antes de vendarlas. Utilizar la venda más adecuada para los fines del vendaje. Iniciar el Vendaje sosteniendo el rollo de la venda en una mano y el extremo inicial con la otra. No iniciar ni finalizar el vendaje directamente sobre una herida o un área sobre la que sea posible que el paciente ejerza algún tipo de presión. Vendar de la parte distal a al proximal (de dedos a corazón) Gracias a este tipo de vendaje y a su correcta realización , se consigue frenar hemorragias que en situaciones de emergencia puede llegar a salvar la vida del paciente.

**CONCLUSIÓN:** No dejar el vendaje muy apretado porque puede lastimar al paciente, taponando la circulación de la sangre dando lugar a una necrosis de la piel. Realizarlo en articulaciones principales. Asegurarse que las vendad estén bien desinfectadas, ya que podemos infectar la zona de la herida.

**PALABRAS CLAVE:** VENDAJE, SANGRADO, PRESIÓN, TÉCNICA.

## PACIENTE CON DOLOR LUMBAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARIA DOLORES CUADROS LAPAZ, JOSEFA LOPEZ MARTINEZ, MARIA ANTONIA MARTINEZ SANCHEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente que presenta dolor mecánico desde hace 1 mes, irradiado a nalga izquierda. No traumatismo. No refiere pérdida de fuerza ni alteraciones de la sensibilidad de miembros inferiores. Ha estado con tratamiento analgésico sin mejoría. No AMC, HTA, DLP, obesidad, No DM, FA anticoagulada con sintrom, esclerosis en válvula aórtica.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** BEG, consciente y orientada, afebril. TA:140/80, FC: 98, sat.94%. ACP. Arritmico, no soplos. Abdomen: blando y depresibles, no doloroso a la palpación. MMII: no edemas, no signos de TVP. Fuerza 5/5 en ambas extremidades inferiores. Dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares altas. Maniobras de carga y taloneo positivas. RX columna dorsal y lumbar: espondiloartrosis. Fractura-acuñaamiento L2 y fractura de platillo superior del cuerpo de L1. RMN lumbar: Leva rectificación de la lordosis lumbar fisiológica. Se aprecia leve acuñaamiento del platillo vertebral superior de L1, L2 y L4. Con discreto edema óseo. Leves cambios degenerativos desde L1 hasta S1 con leve artrosis facetaria bilateral. Pequeños abombamientos discales posteriores desde L1 hasta S1 sin compresión radicular. Calibre del canal vertebral central conservado.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura vertebral L1-L2. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se descarta Estenosis de canal lumbar, radiculopatía por hernia discal lumbar, tumor medular y/o metástasis, síndrome miofascial y sacroileítis bilateral.

**CONCLUSIONES:** Las fracturas de las vértebras lumbares suelen estar causadas por traumas graves, un debilitamiento patológico del hueso o ambos. La osteoporosis es la causa de muchas fracturas lumbares en mujeres de avanzada edad. El tratamiento suele ser reposo y llevar algún tipo de órtesis y en casos graves tratamiento quirúrgico. El dolor de espalda tanto de aparición brusca como dolor leve crónico pueden indicar una fractura en la columna.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR LUMBAR, OSTEOPOROSIS, FRACTURA, VÉRTEBRAS.

## **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN DEL MATERIAL EN URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, SALA DE YESOS Y VENDAJES FUNCIONALES**

JUANA ECHEVARRIA BLANQUE, FATIMA HERNANDEZ ECHEVARRIA, MARIA CRISTINA HERNANDEZ ECHEVARRIA

**INTRODUCCIÓN:** La sala de yesos, es un box más dentro del servicio de urgencias, donde se atienden a pacientes derivados del triaje con una urgencia traumatológica.

**OBJETIVOS:** Determinar del material y la preparación del mismo en las urgencias traumatológicas junto con los propios de la sala de yesos.

**METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: MedlinePlus, y Dialnet. Los descriptores utilizados fueron: "Funciones TCAE", "urgencias Hospitalarias", "sala de yesos". Se seleccionaron trabajos en castellano, en un periodo de desde el 2012 hasta la actualidad. Se seleccionaron hasta dos trabajos que hablaban en profundidad sobre el tema y que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos (artículos de revista científica, publicación web del servicio extremeño de salud).

**RESULTADOS:** Como resultado de la revisión sistemática, se obtienen las siguientes indicaciones para el Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en urgencias traumatológicas, sala de yesos y vendajes funcionales como revisión de material y aparataje: Softband; Vendas cohesivas, crepé, tensoplast, escayola, gasa, tensoband, vendas tracción, etc. Recepción y asistencia de los pacientes con criterios de valoración traumatológica, prestación de ayuda al equipo multidisciplinar en la aplicación de los tratamientos de urgencia prescritos por el facultativo y ayuda en la toma de constantes y registro en la gráfica de enfermería. También la preparación del material necesario para efectuar suturas, de los pacientes que pasan a intervención quirúrgica de urgencia, vigilancia de la evolución de los pacientes durante su estancia en esta área y facilitar el bienestar del paciente.

**CONCLUSIÓN:** El personal TCAE, es un apoyo sistemático en el área de urgencias, por lo que asumirá todas aquellas funciones que legalmente les correspondan, sin dejar descuidado al paciente en ningún momento.

**PALABRAS CLAVE:** FUNCIONES, TCAE, URGENCIAS, TRAUMATOLOGÍA.

## SEGURIDAD EN LA REDUCCIÓN DE LAS LUXACIONES DE HOMBRO: PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

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

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** La luxación glenohumeral es una patología muy frecuente en el desarrollo de nuestra práctica asistencial, que, con frecuencia, es tratada desde la urgencia sin requerir al Traumatólogo. No obstante, es una patología grave, con consecuencias que, si no se detectan, pueden ser fatales para viabilidad del brazo afecto.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Los diversos métodos de urgencia para reducir la luxación glenohumeral anterior son de sobra conocidos, la maniobra de Kocher es la más utilizada, seguida del método hipocrático y la maniobra de Milch. Se presenta el caso de un paciente de 60 años que, tras caída de bicicleta, presenta luxación traumática glenohumeral anteroinferior con dificultad para movilización del miembro superior izquierdo con palpación de pulsos distales débiles y disminución de la temperatura, en estado de ebriedad, sin poder determinar tiempo de evolución. Tras confirmación radiológica se reduce por maniobra de Milch con control radiológico que confirma reducción y re-exploración donde se objetivó pulsos débiles, incluso ausentes, frialdad de mano, intenso dolor y dificultad de movilidad.

**JUICIO CLÍNICO:** Complicación vascular luxación glenohumeral anterior. **PLAN DE CUIDADOS:** Ante la sospecha de lesión vascular, se contacta con Servicio de Cirugía Vascular, quien completa estudio y diagnostica una lesión vascular traumática aguda de la Arteria Axilar, que precisó intervención quirúrgica de urgencias.

**CONCLUSIONES:** Dada la alta prevalencia de las luxaciones la baja tasa de complicaciones, tendemos frecuentemente a infravalorar esta patología, lo que puede tener consecuencias fatales para el miembro afecto. Por ello, siempre, debemos tener presente las mismas, re-explorar al paciente una vez reducida la luxación. En la bibliografía, el método de Kocher, es el que implica menor número de complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** MÉTODO HIPOCRÁTICO, MÉTODO DE KOCHER, MÉTODO DE MILCH, LUXACIÓN DE HOMBRO, COMPLICACIÓN NEUROVASCULAR.

## **PACIENTE GERIÁTRICA CON FRACTURA DE RAMA ISQUIOPUBIANA**

CELIA RIVILLA DOCE, MIRIAM PEÑA GÓNGORA, MERCEDES LEAL LOBATO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Acudimos a valorar a mujer de 76 años, que refiere caída la noche anterior. El equipo médico acudió su domicilio, la sentaron en el sofá y desde entonces ahí sigue, tumbada. Como antecedentes personales presenta HTA, DM2 y prótesis de cadera derecha.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Muy dolorida, en decúbito desde anoche en el sofá. Dolor importante a la palpación de ingle izquierda y dolor a la rotación interna. Al estirar ambos miembros inferiores a penas se puede apreciar acortamiento aunque sí rotación externa del MII además de flexión de ambas rodillas. Se traslada a hospital donde realizan Rx de ambas caderas, apreciándose fractura de la rama isquiopubiana izquierda con leve desplazamiento. Prótesis de cadera derecha en buen estado.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura de rama isquiopubiana. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura de cabeza femoral, fractura de pelvis.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se traslada a hospital para valoración radiológica donde se aprecia la fractura, posteriormente la paciente es ingresada en traumatología para tratamiento conservador, dándose de alta a las 3 semanas.

**CONCLUSIONES:** La Rotura de la rama isquiopubiana es propia de ancianos osteoporóticos por caída sobre el fémur. Puede afectar a las 4 ramas o una y dependiendo de esto se puede independizar un fragmento (en ala de mariposa) o no. Por lo general el tratamiento es conservador con reposo y AINES, con 3-4 semanas la fractura de la rama de doler y se consolida.

**PALABRAS CLAVE:** TRAUMATOLOGÍA, DOLOR, FRACTURA, PELVIS, FÉMUR.

## **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA ENFERMEDAD DE PAGET ÓSEA**

ARACELI LOZANO VELA, MARIA ANGUSTIAS QUIROS BAENA, CARMEN VIRGINIA FERNANDEZ ROS

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Paget (EOP) o también conocida como osteítis deformante, es una enfermedad crónica que afecta a los huesos y consiste en una alteración de la remodelación ósea, es excesiva y desordenada, que produce modificaciones en la densidad, el tamaño y la consistencia de los huesos afectados. Los huesos más afectados son: la pelvis, la columna vertebral, el cráneo, el fémur y la tibia. No se producen síntomas en muchos casos, pero puede producir dolor, complicaciones como deformidades, fracturas, etc. El diagnóstico de la enfermedad se puede localizar mediante una radiografía o una analítica de sangre. Los signos más frecuentes son: dolor articular, dolor óseo, afectación de la columna vertebral, deformidades óseas, aumento del tamaño del cráneo, dolor de cabeza, aumento de la temperatura a nivel local.

**OBJETIVOS:** El objetivo del tratamiento será el control de los síntomas y la normalización de los marcadores de remodelado, todo ello sin alterar la mineralización y normalizando la estructura ósea. Se intenta conseguir es la prevención de futuras complicaciones con una intervención terapéutica precoz.

**METODOLOGÍA:** Se llevo a cabo una revisión Bibliográfica en la base de datos. Paget. On a form of chronic inflammation of bone (osteítis deformans). Med Chir Trans, 60 (1877), pp. 37-64.

**RESULTADOS:** Según un estudio la enfermedad de Paget afecta frecuentemente a personas mayores de 60 años, es más frecuente en varones que en mujeres y suelen existir antecedentes familiares de la enfermedad hasta en el 40% de los casos. La prevalencia de la enfermedad en España es media-baja en comparación con otros países europeos, y se estima que afecta aproximadamente al 1,5%-3% de la población mayor de 65 años.

**CONCLUSIÓN:** En caso de precisar tratamiento, los fármacos más utilizados son la calcitonina y los bisfosfonatos. Evitar que muchas de las personas puedan prevenir con anticipación estas enfermedades y puedan seguir con una larga y sana vida.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURAS, DEFORMIDADES, PATOLOGÍA ÓSEA, ENFERMEDAD CRÓNICA.

## **PACIENTE ADULTA CON FRACTURA PERSUBTROCANTÉREA DE FÉMUR IZQUIERDO**

ANTONIO JOSÉ DE LA TORRE MARÍN, PALOMA OLIVA MOLINA, ROSA GALERA OLIVA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente mujer, de 47 años, de nacionalidad marroquí, residiendo en España desde hace 6 meses, sin antecedentes personales de interés, que consulta por dolor en miembro inferior izquierdo de 4 días, tras caída casual de baja intensidad en domicilio, que ha ido empeorando hasta la incapacidad funcional de dicha extremidad. Entra en carrito, pero se ha estado moviendo en domicilio con dificultad. Catalogado como contusión y contractura muscular el día previo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general. Normohidratada. Normoperfundida. Hemodinámicamente estable. Neurológicamente sin afectación grosera. Destaca en miembro inferior izquierdo, hematoma que abarca toda la superficie de la mitad proximal de fémur izquierdo, con marcada deformidad y discreto acortamiento de miembro inferior izquierdo con impotencia funcional. A la palpación, empastamiento, muy doloroso con crepitación ósea. Paquete vásculonervioso distal conservado.

**JUICIO CLÍNICO:** Ante la sospecha de fractura, se solicita radiografía de pelvis y fémur izquierdo que confirma nuestra sospecha, Fractura persubtrocantérea de fémur izquierdo. **CONCLUSIONES:** Ante una paciente con un antecedente traumático e impotencia funcional de una extremidad, es necesaria la realización de una prueba de imagen de descarte lesión ósea. En el caso de nuestra paciente, tras inmovilización con férula de Braun, se contacta con Traumatología, quienes colocan clavo femoral proximal largo, con inicio de la deambulación a las 72h con ayuda de andador. Posteriormente fue remitida a consultas externas de Reumatología para estudio de probable enfermedad degenerativa ósea precoz.

**PALABRAS CLAVE:** CAÍDA, CONTRACTURA, FRACTURA, FÉMUR, IMPOTENCIA FUNCIONAL, CONTUSIÓN.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA

SANDRA CORTES FERNANDEZ, NEREA BANGO ANTUÑA, CRISTINA CALDENTHEY HUGUET, MARIA DEL MAR CRESPI MARCÉ, ALMUDENA DE LA FUENTE RISUEÑO, NEUS MARTÍ PASTOR, MARIA ORELL LUQUE, ROSALIA ORTEGA VILA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 63 años, jubilado. Ingresa en la planta de Traumatología en el HUSE tras sufrir un accidente de moto. Tiene diagnosticado el Síndrome de apneas obstructivo del sueño, Diabetes Mellitus tipo 2 y asma, la cual tiene controlada y hace bastante tiempo que no sufre ninguna crisis asmática. Como antecedentes personales sufrió una neoplasia de próstata que fue resuelta.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En Urgencias de Son Espases se le diagnostica una fractura cerrada de tibia izquierda, una fractura cerrada conminuta del extremo inferior de radio y cúbito y fractura de los 4° - 5° - 6° arcos costales derechos. En la misma unidad se re realizó la valoración neurológica mediante la escala de Glasgow, en la que obtuvo el resultado de 15 puntos.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura cerrada de tibia izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Deterioro de la movilidad física r/c pérdida de integridad de las estructuras óseas m/p cambios en la marcha, inestabilidad postural, dificultad para girarse en la cama y limitación de la amplitud de movimientos.

**CONCLUSIONES:** Se realiza intervención quirúrgica que consiste en osteotaxis con fijador externo de rodilla, por flictenas y hematoma en partes blandas de rodilla izquierda. A los quince días se procede a la retirada de fijador y reducción abierta de fractura bituberositaria meseta tibial derecha. Su evolución ha sido favorable, no sufriendo recaídas en el transcurso de su estancia hospitalaria. Bartolomé continúa presentando un deterioro en la movilidad física, así como una suplencia parcial en la necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. Debemos tener también en cuenta la obesidad que padece, ya que ésta reduce en gran medida su movilidad. En cuanto a la Diabetes Mellitus y al SAOS, se deberán continuar con las mismas actividades de control.

**PALABRAS CLAVE:** PLAN DE CUIDADOS, TRAUMATOLOGÍA, FRACTURA DE TIBIA, RADIO, CÚBITO.

## **DÉFICIT TOTAL DE FLEXIÓN DEL 5º DEDO MANO IZQUIERDA**

ENCARNACION MARTINEZ MARTINEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 41 años de edad que acude a la puerta de urgencias por dolor y hemorragia en mano izquierda tras cortarse con un cuchillo jamonero. Antecedentes personales y familiares: No AMC. HTA controlada por su médico de AP. Hipotiroidismo. Ansiedad. Calendario vacunal al día.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general. Presenta herida limpia de 2h de evolución en zona palmar de la mano izquierda a nivel de la cabeza del 5ºmetacarpiano. Sin signos de infección. Déficit total de flexión. Sin compromiso neurovascular.

**JUICIO CLÍNICO:** Sección tendinosa completa del flexor superficial y profundo en zona III el 5ª dedo izquierdo. Exploración quirúrgica en quirófano de urgencias. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Lesión neurovascular asociada.

**PLAN DE CUIDADOS:** El objetivo de este plan de cuidados es describir los diagnósticos y problemas interdependientes de Enfermería que pueden surgir durante la estancia del paciente en el quirófano, y establecer los cuidados enfermeros para proporcionar una atención integral al paciente. Riesgo de traumatismo relacionado con (r/c) posición quirúrgica y pérdida del nivel de consciencia Riesgo de infección r/c pérdida de la integridad cutánea y presencia de vías invasivas. Riesgo de alteración de la temperatura corporal r/c deterioro de la termorregulación por el proceso anestésico y la exposición a factores ambientales. Riesgo de ansiedad r/c el desconocimiento del medio, la pérdida de su intimidad, la separación de su entorno habitual, del ámbito familiar, el temor al dolor, a la muerte y a la propia intervención.

**CONCLUSIONES:** Como es una Herida limpia, se le hace hemostasia, lavado de la herida y desbridamiento a su ingreso. Se le coge una vía periférica para Antibioticoterapia, analgésicos y antiinflamatorios. Se realiza sutura tendinosa de ambos tendones con sutura PDS (técnica de Mac Larney para el tendón profundo y técnica de kessler para el tendón superficial. Cierre de la herida cutánea e inmovilización en posición funcional.

**PALABRAS CLAVE:** HERIDA, SUTURA, MOVILIDAD, DOLOR.

## MANEJO DE ALOINJERTOS ÓSEOS POR PARTE DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO EN COT

SILVIA PESO CANSINOS, SONIA PASCUAL GUERRERO, LAURA MARTÍN OROZCO

**INTRODUCCIÓN:** La utilización de injerto oseo es una practica habitual en cirugías del aparato locomotor. Los aloinjertos óseos son trasplantes de hueso cortical y esponjosa de un individuo (donante vivo o cadáver) a otro individuo (receptor) de la misma especie.

**OBJETIVOS:** Analizar los inicios y orígenes de los aloinjertos. Diferenciar los aloinjertos. Conocer la extracción y su conservación. Describir las complicaciones. Definir los tipos y su utilización y el manejo.

**METODOLOGÍA:** Experiencia de los profesionales, evidencia enfermera y revisión bibliográfica.

**RESULTADOS:** Con el desarrollo de este trabajo e investigación se ha podido conocer la historia de los aloinjertos óseos , así como los tipos y sus diferencias. Hemos conocido los procesos de incorporación de los aloinjertos y el hueso receptor y las complicaciones derivadas de su manejo. También se ha detallado las medidas, protocolos y actuaciones para un correcto manejo de los aloinjertos en el quirófano durante una intervención quirúrgica. Además hemos podido ver como funciona un banco de huesos y sus procesos de conservación , así como la correcta extracción de los aloinjertos , desde el donante hasta el envío a dicho banco.

**CONCLUSIÓN:** Importante tener unos conocimientos básicos de los aloinjertos y la diferenciación con los autoinjertos y xenoinjertos , ya que muchas veces se confunden. Con el desarrollo del estudio los enfermeros de quirófano se encuentran en disposición de formar equipo con los cirujanos a la hora de extraer los aloinjertos óseos de un donante y saber como se conservan en el banco de huesos y tejidos. Una vez conocidos los tipos de aloinjertos estamos habilitados para ayudar a los cirujanos en su implantación, ya que hemos aprendido su manejo eliminando y minimizando las posibles infecciones y problemas de rechazo derivadas de un uso incorrecto de los mismos.

**PALABRAS CLAVE:** OSEO, DONANTES, ALOINJERTOS, CORTICAL, ESPONJOSA.

## **PRESENTACIÓN DE UN CASO DE FRACTURA DE FALANGE TRAS CONTUSIÓN**

ALMUDENA GARCIA MORENO, ALEJANDRA VILLAGRAN GUERRERO, ANA MARÍA MÁRQUEZ OCHOA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Se trata de un paciente de 6 años de edad que acude al servicio de urgencias pediátricas llorando y muy nervioso acompañado de su madre tras sufrir una contusión en el cuarto dedo de la mano izquierda mientras jugaba con su hermana a la pelota. El pequeño no tiene alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Pasamos al paciente a la sala de exploración y avisamos al pediatra de guardia. Vemos que el dedo presenta inflamación y dolor a la palpación. Se descartan lesiones tendinosas, ligamentarias, y de la piel. Además, se solicita radiografía. En la radiografía se observa fractura en la falange medial del cuarto dedo de la mano izquierda.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura falange medial del cuarto dedo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ansiedad relacionada con dolor por traumatismo en dedo.

**PLAN DE CUIDADOS:** Le damos al paciente la dosis acorde a su peso de ibuprofeno para mitigar el dolor. Enfermería coloca inmovilización con sindactilia en tercer y cuarto dedo. Además se coloca una férula digital PRIM en el cuarto dedo. Se recomienda vigilar la coloración y el estado general del dedo y mano. En caso de empeoramiento deberá acudir de nuevo a urgencias. El pediatra pauta Dalsy cada 8h y revisión en la consulta de traumatología en una semana.

**CONCLUSIONES:** Las fracturas de la falange medial son muy comunes. Suelen ser el resultado de un traumatismo directo sobre los dedos. La fractura se acompaña de dolor agudo, hinchazón, hematomas y dificultad para mover el dedo.

**PALABRAS CLAVE:** CONTUSIÓN, FÉRULA DISTAL, FRACTURA, FALANGE.

## **ARTRITIS SÉPTICA: EMPLEO DE ALTERNATIVAS ANTE LA APARICIÓN DE REACCIONES ADVERSAS Y LA FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO**

MARIA AZNAR GARCIA, ABRAHÁN JOFRÉ PERALTA, FERMIN AVILA CABRERA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente varón de 87 años presenta artritis séptica crónica por *Staphylococcus epidermidis* asociada a prótesis total de rodilla con fistulizaciones recurrentes. Fracaso a tratamiento con rifampicina más trimetoprim-sulfametoxazol. Intolerancia a clindamicina por diarreas. Pocas opciones quirúrgicas. Última reagudización, tratamiento y mejora con linezolid con cierre de la fístula y mejoría de los síntomas inflamatorios. Recaída a las 3 semanas de suspender el mismo. Se procede a intervención quirúrgica para limpieza de PTR.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Rodilla tumefacta, flogótica y eritematosa, herida quirúrgica tensionada. Anemia (hematíes:  $2,96 \cdot 10^6/\mu\text{l}$ ; hemoglobina: 8,4 g/dl) y leucopenia (leucocitos:  $2,4 \cdot 10^3/\mu\text{l}$ ). Cultivo *S. Epidermidis* sensible a cotrimoxazol y linezolid.

**JUICIO CLÍNICO:** Infección crónica por *S. Epidermidis* asociada a PTR. Fracaso de antibioterapia y toxicidad hematológica por linezolid. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se decide tratamiento con linezolid, bien tolerado y sin toxicidades relevantes. En revisión tras el alta, mala tolerancia por desarrollo de anemia moderada y sintomática (refiere astenia importante). Ingreso hospitalario para inicio tratamiento antibiótico parenteral con dalbavancina (1000 mg en dosis de carga y 500 mg en dosis de mantenimiento semanal hasta alcanzar 6 semanas de tratamiento). Herida con buen aspecto, reactantes de fase aguda (RFA) mejorando. Paso a antibiótico vía oral, tedizolid 200 mg/día durante 6 días. Disminución de la carga bacteriana, se decide tratamiento de mantenimiento con cotrimoxazol 800/160 mg/12h durante dos meses. Herida con buen aspecto, epitelizada, signos inflamatorios remitidos y RFA en rango.

**CONCLUSIONES:** Infecciones con foco óseo deben tratarse con antibioterapia de amplio espectro y antes de espera de cultivo para evitar complicaciones. Es habitual la presencia de cocos gram positivos en este tipo de infecciones. Dalbavancina y tedizolid se presentan como una alternativa ante la falta de respuesta a antibioterapia oral y la aparición de reacciones adversas.

**PALABRAS CLAVE:** LINEZOLID, DALBAVANCINA, PRÓTESIS ORTOPÉDICA, ARTRITIS SÉPTICA.

## **FRACTURA PERTROCANTÉREA EN TRAUMATOLOGÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

INMACULADA SÁNCHEZ GARCÍA, ROCIO MALDONADO LARIO, JUAN MANUEL MARTINEZ GUERRERO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 82 años que acude a urgencias derivada de atención primaria por caída accidental contra el suelo hace 3 días posteriormente deambula con andador (camina con el de forma habitual) y hoy después de paseo, presenta dolor e impotencia funcional en extremidad inferior izquierda. Sin alergias medicamentosas conocidas. AP: Enf. De alzheimer, IRC, ictus y HTA.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general, normohidratada. Glasgow de 15 puntos. Consciente, orientada, reactiva y perceptiva. Se extrae analítica urgente de sangre sin hallazgos significativos. Exploración física de cadera con leve hematoma a nivel de la cabeza del fémur izquierdo, dolor a la palpación de trocánter mayor y a nivel inguinal. Importante impotencia funcional y dolor a la movilización. Actitud de rotación externa, con aproximación y acortamiento con respecto al contralateral sano. Se solicita Rx de pelvis AP.

**JUICIO CLÍNICO:** Dolor a la movilización, importante impotencia funcional así cómo acortamiento de EII.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras radiografía de pelvis AP y exploración física descrita se confirma fractura pertrocantérea cerrada de cuello de fémur izquierdo.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se procede al ingreso en el servicio de cirugía traumatológica para tratamiento quirúrgico; 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Indicadores: 110110 Ausencia de lesión tisular; NIC 3584 Cuidados de la piel: Tratamiento tópicos. Actividades: Evitar humedad excesiva de piel así cómo fuentes de presión y fricción, ropa limpia, seca sin arrugas, controlar movilidad y actividad.

**CONCLUSIONES:** La intervención quirúrgica cursa sin incidencias. Tratamiento recomendado al alta de analgésicos más la medicación propia habitual, caminar con ayuda de su andador (apoyando pierna intervenida pero no echar peso del cuerpo) y ejercicios de rehabilitación para movilidad y curas locales de heridas en AP y cita para revisión con Rx previa de control.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA PERTROCANTÉREA, DOLOR, MOVILIDAD, REHABILITACIÓN, ANCIANO FRÁGIL, CUIDADOS ENFERMEROS.

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE SOMETIDO A ARTROSCOPIA DE HOMBRO**

SILVIA PESO CANSINOS, LAURA MARTÍN OROZCO, SONIA PASCUAL GUERRERO

**INTRODUCCIÓN:** Describiremos todos los cuidados que se realizan para la atención integral de enfermería en pacientes sometidos a artroscopia de hombro. Desde la llegada al área quirúrgica hasta la salida de la misma, para reducir el riesgo de daños innecesarios; actuación de enfermería.

**OBJETIVOS:** Analizar las necesidades individuales del paciente que se somete a una artroscopia de hombro dentro del área quirúrgica.

**METODOLOGÍA:** Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

**RESULTADOS:** La experiencia laboral nos demuestra la necesidad de mantener una atención global al paciente. Los cuidados correctos de enfermería quirúrgica a lo largo del proceso, son imprescindibles para su seguridad. A través de la taxonomía enfermera y ofreciendo cuidados individualizados al paciente, se identifican las necesidades del mismo y se establecen diagnósticos de enfermería reales y potenciales. Actuando para prevenir posibles complicaciones, cubrir sus necesidades y resolver los problemas reales.

**CONCLUSIÓN:** Tras la experiencia profesional en el área quirúrgica de traumatología, pretendemos plasmar la importancia de los cuidados enfermeros globales al paciente que se somete a una artroscopia de hombro, para mantener su seguridad, así como un nivel de calidad óptima.

**PALABRAS CLAVE:** PACIENTE, SEGURIDAD, RIESGOS, QUIRÓFANO.

## **ARTROSIS RODILLA DERECHA EN PACIENTE DE AVANZADA EDAD**

SANDRA RIVERA DIAZ, SANDRA ROJAS FLOR, VICENTE RODRIGUEZ SANCHEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 79 años, acude a consulta con dolor en la rodilla derecha con meses de evolución e intensificado en los últimos cuatro días, especialmente al subir y bajar escaleras, que le limita el paso. Dolor que cede reposo. Presentando hinchazón en la rodilla. No recuerda antecedente traumático.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Consciente y orientada. Auscultación cardiaca: Fc: 66 lpm, rítmicos, sin soplos. Abdomen globuloso, blando, sin megalias. Hipertensión Arterial desde hace 10 años. Hipercolesterolemia. En MMII: varices bilaterales, sin edemas en el momento de la exploración. Sin signos de TVP. Pulsos arteriales palpables. Discretos signos inflamatorios y limitación mecánica de movilidad de la rodilla derecha.

**JUICIO CLÍNICO:** Artrosis rodilla derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Según los datos recopilados en la anamnesis se puede sospechar de un proceso artrósico, que puede ser diagnosticado con una radiografía. Se realiza exploración radiológica en dos proyecciones de rodillas en ambas piernas para completar la exploración osteoarticular. En la radiografía se evidencian signos de proceso artrósico. Se realiza analítica básica, solicitando VSG, factor reumatoide y PCR para descartar un reumatismo inflamatorio, con resultado, VSG: 18, PCR y FR normales.

**PLAN DE CUIDADOS:** Intervención: Manejo del dolor - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes - Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.

**CONCLUSIONES:** La Osteoartrosis, también denominada artrosis o enfermedad degenerativa de las articulaciones, es el síndrome articular más frecuente. Es una condición común afectando alrededor del mundo a un 25% de los adultos. Más del 80% de las personas en la sexta década presenta sus signos en, al menos, una articulación, siendo más frecuente en mujeres, especialmente después de la menopausia. La artrosis de rodilla presenta síntomas incapacitantes en aproximadamente 10% de la población mayor de 55 años.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR, ARTROSIS, RODILLA, OSTEARTICULAR, INFLAMACIÓN.

## **DOLOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL DEL HOMBRO: DX DIFERENCIAL LUXACIÓN DE HOMBRO GLENOHUMERAL**

SANDRA RIVERA DIAZ, SANDRA ROJAS FLOR, VICENTE RODRIGUEZ SANCHEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 57 años, acude al servicio de urgencias de traumatología, tras caída fortuita con contusión en hombro derecho. Presenta dolor intenso, impotencia funcional e hinchazón.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Consciente y orientada. Auscultación cardiaca: Fc: 66 lpm, rítmicos, sin soplos. Abdomen globuloso, blando, sin megalias. TA: 136/79, Fc: 101 l/min, Sat O2: 98%. No alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes clínicos de interés. Pulsos palpables en extremidad afectada. Presenta quimosis, hombro en charretera e impotencia funcional.

**JUICIO CLÍNICO:** Luxación de hombro glenohumeral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Para obtener un diagnóstico concreto del tipo de luxación y diferenciar entre luxación glenohumeral, subglenoidea o subclavicular, se realizaron Rx anteroposterior lateral y oblicua, y una tomografía anteroposterior. En dichas pruebas se observa que se trata de una luxación glenohumeral.

**PLAN DE CUIDADOS:** Intervención: Cuidados de inmovilización. Terapia de ejercicios: control muscular y movilidad articular - Tolerancia a la actividad. - Conocimiento de la actividad y el ejercicio prescritos. Disminución de la ansiedad. - El paciente obtiene la información necesaria para disminuir su ansiedad, temor y estrés.

**CONCLUSIONES:** La luxación o dislocación es una lesión en la cual las superficies articulares del hombro, que en el caso de la articulación glenohumeral es el húmero y la cavidad glenoidea, pierden el contacto. En caso de que la pérdida de contacto fuese solo parcial, estaríamos en el caso de una subluxación, en cambio si es completa sí se le llama luxación. Una de las preocupaciones importantes es el daño capsular, ligamentoso, vascular y nervioso, junto con el dolor que desencadena. Lo primero que se busca ante una luxación es determinar el compromiso de la cápsula, ligamentos, vasos sanguíneos y nervios que enervan las estructuras

**PALABRAS CLAVE:** LUXACIÓN, HOMBRO, IMPOTENCIA FUNCIONAL, DOLOR.

## TRAUMATISMO POR ATROPELLO EN VÍA PÚBLICA

FRANCISCO JAVIER CABELLO ORTEGA, EFIGENIA PUENTE PEREZ, MARIA REMEDIOS CABELLO ORTEGA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón 17 años. Atropello en vía pública. A la llegada 061: Glasgow 6/4-IOT Llegada a urgencias con Glasgow 10 Estable hemodinámica y respiratoriamente. Analíticamente destaca Leucocitosis 29.800-Glucosa 210-Hipopotasemia 3.3-Tóxicos negativos Tac cráneo:Hematoma intraparenquimatoso temporal izquierdo con neumoencéfalo Hematoma subdural agudo. Fractura longitudinal porción timpánica del CAE izquierdo. Fractura longitudinal porción petrosa del CAE. TAC Tórax:Contusiones pulmonares derechas y fractura escápula derecha. TAC Abdomen:Mínima cantidad líquido libre en pelvis. Intervención urgente de neurocirugía. Acto quirúrgico:Incisión tipo Montreal Izquierda. Hallazgo:Hematoma subdural agudo,se evacúa. Lóbulo temporal izquierdo edematoso y contundido. Evacuación hematoma temporal. Fractura temporal con fractura sobre peñasco,se tapiza con duramadre más injerto de pericráneo. Técnica:Ausencia de sangrado con cifras de normotensión. Parénquima frontal con buen aspecto,pero en zona temporal y parietal edematosa y congestiva,por lo que se deja duramadre abierta,se envía el hueso a banco de tejidos para autotrasplante. Cierre. Acto anestésico:Bajo anestesia general. Se mantiene hemodinámicamente estable con necesidad puntualmente de efedrina y fenilefrina por baches hipotensivos. Sin incidencias. Ingresa en UCI postoperatorio inmediato.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Tras ingreso en UCI bajo efectos de sedoanalgesia y relajación,conectado a ventilación mecánica. Pupilas simétricas lentamente reactivas. No ingurgitación yugular. Pulsos carotídeos palpables y simétricos. Otorragia Izquierda. AP con buena entrada de aire bilateral. Bien adaptado a VM en modo VC. Ventilación protectora con 6ml/kg. Gasometría con normocapnia. Rx tórax y Eco Pulmón con contusión basal derecha. Tonos cardíacos rítmicos y regulares. No soplos. ECG y Ecocardio normales Tórax simétrico,abdomen excavado. Ruidos intestinales disminuidos. No deformidad en miembros con buena perfusión distal. PPC mayor de 60 sin Noradrenalina. Sedoanalgesia,terapia osmolar y profilaxis de crisis comiciales.

**JUICIO CLÍNICO:** Ingreso en UCI postquirúrgico urgente tras atropello. Buena respuesta hemodinámica, bien adaptado a VM. PIC controladas,se espera buena respuesta evolutiva. **CONCLUSIONES:** Gracias a la rápida actuación del equipo multidisciplinar implicado en este caso, a las buenas condiciones del paciente y a la no aparición de más complicaciones, se pudo dar alta del servicio de UCI, quedando ingresado en el hospital. Queda por delante un trabajo de rehabilitación importante, aunque no han sido grandes las secuelas.

**PALABRAS CLAVE:** ATROPELLO, POLITRAUMATISMO, HEMATOMA SUBDURAL, HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PRÓTESIS DE RODILLA

CRISTINA CALDENTEY HUGUET, NEREA BANGO ANTUÑA, MARIA DEL MAR CRESPI MARCÉ, SANDRA CORTES FERNANDEZ, ALMUDENA DE LA FUENTE RISUEÑO, MARIA ORELL LUQUE, NEUS MARTÍ PASTOR, ROSALIA ORTEGA VILA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 64 años que ingresa de forma programada para intervención quirúrgica de prótesis de rodilla derecha. A su llegada es valorada por su enfermera de referencia. Paciente pluripatológica, semi-dependiente, que vive en domicilio propio junto a su marido quien es el cuidador principal.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza toma de constantes vitales y control glucémico, se cursa analítica preoperatoria y pruebas cruzadas y se realiza ECG de control. Resto de constantes valoradas en consulta de ANR.

**JUICIO CLÍNICO:** Osteoartrosis localizada. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En cuanto a los diagnósticos enfermeros a resolver durante su estancia hospitalaria destacaremos: 1,- Riesgo de infección r/c herida quirúrgica. 2,- Deterioro de la movilidad física r/c, inestabilidad postural, disminución de la fuerza muscular, dolor, IMC>75 3,- Estreñimiento, relacionado con actividad física insuficiente, estrés emocional m/p cambios en el patrón intestinal Para su resolución se llevaran a cabo las correspondientes intervenciones (NIC).

**CONCLUSIONES:** Durante su estancia hospitalaria la paciente se ha mantenido HDM estable, el dolor ha sido controlado mediante medicación EV y bomba de PCA y previa al alta mediante medicación VO. Su evolución ha sido favorable, tolerando sedestación y realizando pequeños desplazamientos con caminador. HQ sin signos de infección. Pese a la mejoría, durante su ingreso no se han conseguido resolver los Dx de enfermería, precisando más tiempo para su completa resolución.

**PALABRAS CLAVE:** PRÓTESIS DE RODILLA, ARTROPLASTIA DE RODILLA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, HERIDA QUIRÚRGICA.

## **A PROPOSITO DE UN CASO: DISPLASIA BILATERAL DE CADERA**

CRISTINA JAIME FUENTES, SILVIA HIDALGO PÉREZ, JOSEFA RUIZ BUTRON

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Recién nacido que en la exploración se detecta Ortolani y Barlow positivo en cadera izquierda, con dos días de vida. No presenta antecedentes familiares de interés, No RAM conocidas, parto en presentación podálica, segunda gestación. Detectamos luxación de cadera izquierda en el nacimiento, se realiza ecografía donde se observa luxación bilateral de cadera.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la exploración se observa una ABD bilateral incompleta, no asimetría de pliegues, LUDOLF + izquierdo, OB en el momento actual negativo. En la ecografía aparece mala congruencia articular femoroacetabular bilateral, conangulos de graf patológicos, siendo los angulos alfas menores de 43 grados y los betas mayores de 77 grados. Las cabezas femorales se encuentran centradas, pero fuera de la cavidad acetabular tanto en reposo como durante las maniobras de estrés. En el Rx se aprecian signos indirectos de luxación bilateral de cadera. Impresión de buen indice acetabular.

**JUICIO CLÍNICO:** Displasia bilateral de cadera. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Inestabilidad congénita de cadera.

**CONCLUSIONES:** La paciente es valorada y se cita para colocación de arnes de Pavlik, comprobaremos reducción clínica de cadera izquierda. En controles semanales de reducción y ecografía persiste la situación de luxación sin clara resucción en pruebas complementarias aunque clínicamente pareciera existir mejoría. Se espera hasta los 3 meses para control Rx precoz donde se observan signos indirectos de luxación de ambas caderas.

**PALABRAS CLAVE:** CADERA, ASIMETRIA, PLIEGUES, REDUCCION.

## **ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITALARIA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

SHEYLA QUESADA GALIANO, ELENA VILLANUEVA MONTERO, CONCEPCION CEBALLOS FUENTES, GEMMA NAVARRO PUJOL, CRISTINA VILARROYA LLOBET, ANA ISABEL CALLEJA GONZALEZ, MARTA DÍAZ SOLÀ

**INTRODUCCIÓN:** Los pacientes politraumatizados son aquellos que han sufrido un accidente grave que ha conllevado lesiones en diversos órganos y sistemas, afectando al estado general y/o constantes vitales e incluso poniendo en peligro sus vida. Este estudio pretende unificar conceptos y mejorar la atención que recibe este tipo de paciente en el servicio de urgencias hospitalario.

**OBJETIVOS:** Identificar los protocolos empleados ante los pacientes politraumatizados.

**METODOLOGÍA:** En este trabajo se ha realizado una recopilación bibliográfica a través de bases de datos científicas, libros, artículos de revistas, manuales y guías de práctica clínica todas centrándose en el Sistema Nacional de Salud Española. Por otro lado, hemos limitado el año de los artículos entre 2003 y 2017.

**RESULTADOS:** Gracias a la búsqueda de información se ha conseguido unificar conceptos y destacar aquellos protocolos que se centraban en mejorar la supervivencia y reducir las discapacidades del paciente politraumatizado. - Aumentar la calidad asistencial y el rol de enfermería en pacientes politraumatizados. - Fomentar el trabajo inter/multidisciplinar para conseguir rapidez y coordinación des del triaje. - Mejorar la supervivencia y reducir las secuelas que desarrollan estos usuarios.

**CONCLUSIÓN:** En conclusión, podemos decir que el papel de enfermería en este proceso terapéutico es clave ya que juega un papel muy importante en la valoración continua del paciente politraumatizado, el seguimiento de curas y el proceso de rehabilitación.

**PALABRAS CLAVE:** ENFERMERÍA, POLITRAUMATIZADO, ATENCIÓN SANITARIA, EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.

## **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN SERVICIO DE URGENCIAS: ROTURA AGUDA DE TENDÓN DE AQUILES IZQUIERDO**

MARIA EVELING PEDROSA FUENTES, MARIA ANGUSTIAS JIMÉNEZ MALDONADO, SAIDA PRADOS ALVAREZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 45 años que acude al Servicio de Urgencias por impotencia funcional del tobillo izquierdo tras notar un crujido en zona posterior mientras practicaba deporte. Refiere bastante dolor. Sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes quirúrgicos ni médicos de interés. Antecedentes personales :Ex-fumador. Antecedentes familiares: No atópicos.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Dolor fuerte y agudo en la zona. Inflamación y hematoma. Dificultad para andar. Radiografía y ecografía. De urgencia. Hachazo a nivel 1/3 distal tendón Aquiles. Thompson +. No flexión plantar contrarresistencia.

**JUICIO CLÍNICO:** Rotura aguda tendón Aquiles izquierdo con procedimiento quirúrgico (Sutura tendinosa). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras las pruebas complementarias y exploración se concluye que el diagnóstico es Rotura aguda tendón Aquiles izquierdo.

**PLAN DE CUIDADOS:** No puede apoyar el pie intervenido. Caminar con dos muletas. Cura local de la herida en su Centro de Salud, conservando la férula de yeso y curas sucesivas hasta retirar los puntos a partir de los 12-15 días de la intervención. Tratamiento Farmacológico: Además de su medicación habitual y bajo supervisión de su médico. Paracetamol: 1 gramo cada 6-8 horas mientras tenga dolor. Ibuprofeno 600mg (1 cada 12 horas una semana). Omeprazol 20 :1 cada 24 horas. Profilaxis tromboembólica con Enoxaparina sódica 40 ui: 1 dosis subcutánea al día mientras mantengan la escayola.

**CONCLUSIONES:** Evolución favorable por parte del paciente, se procede al alta hospitalaria. Revisión en Consultas Externas de Traumatología. De forma general, el tendón se rompe porque le exigimos una contracción más allá de sus límites de elasticidad, porque realizamos una flexión dorsal del pie muy brusca con la rodilla estirada o porque estiramos la rodilla cuando el pie está en esa flexión dorsal.

**PALABRAS CLAVE:** ROTURA, TENDÓN AQUILES, DOLOR, HEMATOMA.

## INTERVENCIÓN DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL TRAS AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR

MARTA PÉREZ OLEGO, MARIA DEL MAR REDONDO LOPEZ, LAURA RODRIGUEZ ESPINOSA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 73 años con discapacidad física del 82%. Diagnosticado de arteriosclerosis generalizada, motivo por el que fue intervenido de amputación transfemoral de miembro inferior derecho hace dos años. Ingresa en centro de día para personas mayores por sobrecarga del cuidador principal (su hija).

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La capacidad cognitiva está conservada. A nivel articular y muscular mantiene un rango y fuerza aceptables para su edad. Presenta una dependencia moderada (Índice de Barthel 45/100). Necesita ayuda para las transferencias, uso del baño, el vestido, arreglo personal y ducha y se desplaza en silla de ruedas no autopropulsable. El refiere sentirse mal por necesitar la ayuda de su hija para todo.

**JUICIO CLÍNICO:** Presenta capacidades físicas y cognitivas que le permitirían tener un desempeño ocupacional mucho más autónomo, por lo que se establece como principal objetivo aumentar su grado de independencia en las actividades de la vida diaria (AVD). **PLAN DE CUIDADOS:** El tratamiento se basará en el entrenamiento diario de las AVD susceptibles de mejora: Transferencias: inicialmente se trabajará el cambio independiente silla-silla, para trabajar después el cambio silla-sofá y silla-cama. Deambulaci3n: entrenamiento en el manejo de una silla autopropulsable. Uso del ba1o: a su llegada al centro comenta que para la micci3n emplea un orinal y las deposiciones las hace en el pa1al (a pesar de mantener continencia) y posteriormente su hija le cambia en la cama. Continuará empleando el orinal pero trabajaremos la transferencia silla de ruedas-váter para las deposiciones.

**CONCLUSIONES:** Tras 6 meses, en la siguiente valoraci3n, observamos una gran mejoría en su autonomía, obteniendo ahora en el Índice de Barthel un 65/100 (dependencia leve). Este cambio provoca un aumento de su autoestima y una mejoría considerable en el sentimiento de sobrecarga de su hija. Con ello confirmamos que un tratamiento precoz tras la amputaci3n habría evitado esta situaci3n angustiosa por ambas partes.

**PALABRAS CLAVE:** AMPUTACIÓN, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, AUTONOMÍA, TERAPIA OCUPACIONAL.

## **DOLOR AGUDO POR CAÍDA ACCIDENTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

MARÍA CISA DOCIO CASTRO, MONICA ALONSO LOPEZ, MOISES GONZÁLEZ GARRIDO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 77 años, casado, acude con su mujer e hija al servicio de urgencias del hospital por caída en su casa bajando las escaleras. Presenta dolor en el MSI, hematoma en ojo izquierdo y fractura del fémur derecho. Al valorarlo, se encuentra muy nervioso, con respiración y pulso elevados, diaforesis, irritabilidad y suspiros. Refiere un fuerte dolor en el MID. No presenta traumatismo craneal.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** El paciente también presenta osteoporosis, refiere que no toma el sol por vivir en un tercer piso sin ascensor. Su peso es de 73 Kg, su TA es de 145/100 y DM tipo 2. Está tomando metformina y betabloqueadores (atenolol). Se le realiza análisis de sangre (Hg, Bq, Coag) y Rx de fémur derecho.

**JUICIO CLÍNICO:** (00132) Dolor agudo. (00158) Disposición para mejorar el afrontamiento. (00074) Afrontamiento familiar comprometido. (00088) Deterioro de la deambulaci3n. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dolor agudo relacionado con contusiones manifestado por expresiones de nerviosismo y de fuerte dolor.

**PLAN DE CUIDADOS:** NOC: (1605) Control del dolor. (2101) Dolor: Efectos nocivos. (2102) Nivel del dolor. NIC: (1400) Manejo del dolor: Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. (2210) Administraci3n de analgésicos: Administrar analgésicos complementarios cuando sea necesario. (5230) Aumentar el afrontamiento: Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresi3n).

**CONCLUSIONES:** Las fracturas de fémur son en la actualidad un gran problema, debido al gran envejecimiento de la poblaci3n. Son comunes este tipo de fracturas en personas mayores, llegando a causar la muerte por las caídas accidentales. El papel de la Enfermería es fundamental para tratar la baja autoestima situacional, déficit de autocuidados y principalmente, tratar el dolor agudo.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR, FRACTURA, DEAMBULACIÓN, TRAUMATISMO.

## **CELULITIS EN MIEMBRO INFERIOR SECUNDARIA A COLONIZACIÓN POR ST. PYOGENES**

SARA CARMONA PERUYERO, MIKEL DIAZ ZABALA, FRANCISCO JAVIER SERRANO PALLARES

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 36 años que refiere corte en MID hace 1 mes con cristales del suelo. Inicialmente se colocan puntos de sutura en su CAP. Tras 48 horas, aparición de signos de inflamación local con impotencia funcional, por lo que se decide cultivo de exudado de la lesión, donde se aísla E. Cloacae, iniciándose por tanto, antibioterapia V. O. Al finalizar la pauta oral, reaparece sintomatología inflamatoria local acompañada de MEG, dolor en parte infralesional e hipertermia sistémica de 39 ° C. Es necesario retirar la sutura de la lesión e iniciar cura por segunda intención con apósito de hidrofibra de hidrocoloide. Dada la sintomatología y atendiendo al nuevo antibiograma (aislamiento de St. Pyogenes) se decide comenzar antibioterapia endovenosa, con resultados satisfactorios tras 7 días. El tratamiento será finalizado V. O en el domicilio, así como las curas de la lesión, serán realizadas por la enfermera en su CAP.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA 125/65 FC 67X' T°39 °C FR 13 SAT O2 98% Auscultación normal, eco en MID normal, analítica sanguínea normal, cultivo de exudado: e. Cloacae y posteriormente st. Pyogenes.

**JUICIO CLÍNICO:** Sobreinfección de lesión en MID. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Celulitis en MID por colonización de St. Pyogenes.

**CONCLUSIONES:** La infección por St. Pyogenes es una patología poco frecuente que afecta a individuos jóvenes previamente sanos. Con el fin de disminuir los riesgos de complicaciones severas, se debe prestar especial atención a los signos y síntomas, e intentar realizar un diagnóstico precoz, para poder así, iniciar el tto correspondiente lo antes posible.

**PALABRAS CLAVE:** STAPHYLOCOCCUS, PYOGENES, COLONIZACIÓN, CELULITIS, ADULTO.

## **TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO**

ANTONIA MARIA PEREZ LIRIA, MARÍA FRANCISCA SEGURA FLORES, MARIA ISABEL GARCIA ALFONSO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 25 años extranjero residente en España desde hace 2 años y que consulta a su médico por dolor de características mecánicas en la ingle derecha de unas 2 semanas de evolución, no traumatismo previo que se ha intensificado en los últimos días. Antecedentes: diagnosticado en su país de necrosis avascular de cadera derecha. Inicia tratamiento con tramadol sin mejoría clínica. Acude a urgencias 4 días después por dolor intenso que dificulta considerablemente la deambulación.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Exploración física: dolor intenso a nivel de la inserción ligamentosa en la ingle derecha con las maniobras de rotación interna de la pierna. Pérdida de peso de 5 kilos en los últimos meses y de 10 kilos en los últimos 2 años. Pruebas complementarias: analítica de sangre orina en las que no se objetivan datos de patología aguda. En radiografía de ambas caderas se observa un secuestro óseo subcondral en el acetábulo derecho. En TAC de cadera derecha se evidencia una erosión ósea marginal en el acetábulo con formación de un secuestro óseo subcondral, confirmándose con RMN signos de osteoartritis en dicha articulación.

**JUICIO CLÍNICO:** Osteomielitis del acetábulo, incluyendo la osteoartritis por tuberculosis.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tuberculosis osteoarticular.

**PLAN DE CUIDADOS:** El paciente ingresa para iniciar tratamiento para la tuberculosis. Seguidamente se le realiza una artroplastia total de cadera derecha que tras una valoración individualizada se le realiza un plan de cuidados individualizado.

**CONCLUSIONES:** La TB osteoarticular ocurre en aproximadamente el 1-3% de los pacientes con TB1. La artritis tuberculosa afecta principalmente a las grandes articulaciones de carga, (cadera y rodilla). Se instaura de manera lenta por lo que si un paciente joven acude por dolor que aparentemente es banal y empeora tópidamente se debe sospechar de entidad más compleja haciendo un estudio completo.

**PALABRAS CLAVE:** TUBERCULOSIS, CADERA, OSTEOMIELITIS, ARTOPLASTIA.

## IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA INMOVILIZACIÓN EN UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

MARIA GONZALEZ RANDO, SANDRA LÓPEZ MESA, BARBARA PEREJIL SANCHEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 70 años que se encuentra de vacaciones, al hacer una foto cae de forma accidental de una altura de 5 metros, de espalda sobre un seto de bambú. Sin antecedentes personales de interés, no tratamiento ,NAMC.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Consciente y Orientada. Eupneica en reposo. PICNR. Glasgow 15. TA:110/70 Gluc:81mg/dl, Sat O2: 97% FC:68lpm Trauma Score:12 ACR:MVC, no ruidos patológicos , rítmico y sin soplos, simetría de ambos campos. No dolor a la palpación ni deformidad. Abdomen:blando ,depresible ,no puntos dolorosos, no hematomas. Refiere dolor en hombro derecho y en zona lumbar a la palpación. Presenta erosiones superficiales en brazos y piernas. TAC HOSPITALARIO:La paciente presenta fractura escápula derecha , fractura vertebral L1 , fractura A1 de T11, hemorragia subaracnoidea frontal izquierda.

**JUICIO CLÍNICO:** Paciente Politruamatizado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fracturas vertebrales, Fracturas miembros, Fracturas craneales,Lesiones internas torácicas, abdominales o craneales.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se procede a inmovilización con control cervical , administración de Oxígeno al 100%. Canalización vía periférica y administración de fentanilo 0.075Mg, metoclopropamida10 mg. Colocamos tabla larga con movilización en bloque y control cervical e inmovilización tetracameral y traslado a la ambulancia, donde se vuelva a reevaluar a la paciente. Procedemos a traslado al Hospital de Referencia, activando Código Trauma.

**CONCLUSIONES:** Ante un paciente politraumatizado, la asistencia debe comenzar en el lugar del accidente. Tras la evaluación inicial, y una vez atendidas las lesiones con riesgo inminente de muerte, lo primero que debemos hacer es realizar la inmovilización del paciente consiguiendo limitar los movimientos de la víctima , evitar el dolor y el shock, disminuir el daño a tejidos cercanos a la lesión, corregir la deformidad que observemos, disminuir el sangrado y limitar el efecto iatrogénico.

**PALABRAS CLAVE:** POLITRUMATIZADO, FRACTURAS VERTEBRALES, LESIONES INTERNAS TRAUMÁTICAS, INMOVILIZACIÓN.

## **TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE CADERA DEL ANCIANO EN URGENCIAS**

BEGOÑA BIEDMA CABELLO, JUAN MANUEL BRAVO GONZALEZ, MERCEDES CAMACHO BARRAGAN

**INTRODUCCIÓN:** El incremento de la población adulta mayor, y con ello el envejecimiento de la población, nos obliga a buscar la mejora de las condiciones de salud, para este tipo de pacientes. La fractura de cadera, es aquella lesión provocada al romperse el fémur alrededor de la articulación de la pelvis. Son fracturas que suelen provocarse por caída sobre el lateral del muslo o pierna. Afecta a un grupo de edad muy avanzada y su prevalencia ha ido en aumento en los últimos años.

**OBJETIVOS:** Valorar el trabajo realizado sobre los pacientes ancianos que llegan a nuestro servicio de urgencias con este diagnóstico. Conocer la incidencia y prevalencia de la fractura en nuestro centro y así poner en marcha, un proceso asistencial para este tipo de pacientes y medidas para la prevención de la osteoporosis.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo retrospectivo, de aquellos pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias en el último año. Se analizan 59 pacientes, de los cuales 46 eran mujeres, frente a 13 varones.

**RESULTADOS:** La fractura más común en las mujeres fue la fractura pertrocantérea y la media de edad 80 años, frente a la más común en los hombres la de cuello de fémur, y la edad media para ellos de 60 años. El tratamiento quirúrgico de mayor elección fue la Osteosíntesis free-lock.

**CONCLUSIÓN:** Las fracturas más frecuentes son las trocantéricas, debidas a la osteoporosis. El alto índice de pacientes mujeres, nos sugiere estudios futuros sobre la osteoporosis en nuestros pacientes (Screening). Estructuración de un proceso asistencial para este tipo de pacientes y así poder acreditar el trabajo sobre ellos.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA DE CADERA, PACIENTE ANCIANO, OSTEOPOROSIS, TRATAMIENTO DE URGENCIAS.

## MOVILIZACIÓN DE PACIENTE CON TRACCIONES CUTÁNEAS

ARANTZAZU HONORATO FORNS, MACARENA CUADROS HUETA, ANTONIO FRANCISCO LEBRON ARANA, HUGO RODRIGUEZ FERNANDEZ, ANA FERNANDEZ RUIZ, CRISTINA FERNÁNDEZ RUIZ

**INTRODUCCIÓN:** Las tracciones cutáneas son utilizadas para la reducción e inmovilización de fracturas y/o luxaciones mediante un sistema de poleas, cuerdas y pesos conectados a la extremidad del paciente. Los servicios de traumatología son los más frecuentes en utilizar las técnicas de movilización sobre pacientes portadores de estos dispositivos, pero no son los únicos, y es por eso que es necesario que todo el personal sanitario esté formado y sepa cómo realizar la movilización de una tracción.

**OBJETIVOS:** Identificar y conocer las técnicas de movilización en un paciente portador de una tracción cutánea y dotar al personal sanitario de los conocimientos.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de 2 meses de duración. Se tomaron como muestra a los pacientes ingresados en las unidades de Medicina Interna y Urología del Hospital Universitario de Bellvitge. Como criterios de exclusión: pacientes no portadores de tracción. Se realizara la recogida de datos con el programa ofimático Microsoft Acces y el análisis de los estos datos mediante el software estadístico SPSS 18.

**RESULTADOS:** Se tomaron como muestra 108 pacientes, de los cuales 8 eran portadores del dispositivo de inmovilización. La mayoría de casos se originó por una caída causal en paciente anciano, el cual antes de la intervención quirúrgica fue estabilizado mediante la tracción. Una vez hubo cama disponible en la unidad de traumatología, el paciente cambio a su servicio de referencia.

**CONCLUSIÓN:** La formación continuada del personal sanitario tiene como finalidad enriquecer sus conocimientos para así poder garantizar una atención mejor y los mecanismos necesarios para abordar cualquier imprevisto y situación.

**PALABRAS CLAVE:** DISPOSITIVOS, TRACCIÓN, MOVILIZACIÓN, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

## RECOMENDACIONES EN LA LUMBALGIA CON EVIDENCIA A

MARINA LUZ COSANO ARIZA, PILAR RUIZ YÉBENES, MARIA DEL CARMEN GÓMEZ MORENO

**INTRODUCCIÓN:** Hoy día disponemos de herramientas que nos ayudan en el ejercicio diario de nuestra profesión como son las guías de práctica clínica, ellas nos muestran las actuaciones a seguir a la hora de manejar un paciente, en este caso con lumbalgia y así poder llevar a cabo una actuación lo más correcta y eficaz posible.

**OBJETIVOS:** Determinar actuaciones ante pacientes con lumbalgia.

**METODOLOGÍA:** Revisión de la guía de práctica clínica sobre lumbalgia del Servicio Vasco de Salud con el objetivo de encontrar las recomendaciones con mayor evidencia en la práctica clínica de la lumbalgia.

**RESULTADOS:** Tomamos aquellas recomendaciones con grado de evidencia A, es decir, aquello en lo que al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

**CONCLUSIÓN:** Estas recomendaciones con grado de evidencia A nos aportan información a la hora de llevar a cabo el manejo de un paciente con lumbalgia y del tratamiento que debemos prescribir para su pronta recuperación y vuelta a su vida normal.

**PALABRAS CLAVE:** LUMBALGIA, DOLOR LUMBAR, GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA, EVIDENCIA CIENTÍFICA.

## **DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA EN FRACTURA DE CADERA DE PACIENTE ANCIANO**

LORENA RAMOS TORNERO, ELENA RUCIERO BERNAL, JAVIER CAMACHO MUÑOZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Manuela, de 87 años, buena calidad de vida, sufrió el pasado 21 de agosto una caída accidental. Atendida y trasladada al hospital por el equipo de urgencias. Presenta constantes estables, dolor, edema, acortamiento y rotación externa del miembro pélvico izquierdo. Se realiza radiografía diagnosticándose fractura de cadera transtrocantérica izquierda, por lo que ingresa para intervenirla. Tras la intervención el médico prescribe la restricción moderada de movimientos. Tras el alta, durante las visitas de enfermería, refiere desear recuperarse para realizar las actividades que realizaba ya que se aburre sin poder hacer nada.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La exploración física general aportó signos vitales estables de la paciente. En la exploración de la cadera izquierda se observa dolor y edema local, y tras realizar radiografía, se observó acortamiento y rotación externa del miembro pélvico.

**JUICIO CLÍNICO:** Tras el abordaje y valoración por parte de enfermería a la paciente, la sospecha diagnóstica es: - Deterioro de la movilidad física - Riesgo de caídas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos recogidos en la valoración podemos determinar que el diagnóstico NANDA de la paciente es: Deterioro de la movilidad física, r/c dolor y restricción de movimientos, m/p deterioro de la deambulación.

**PLAN DE CUIDADOS:** Plan de cuidados: NOC 0200 Ambular Camina a paso lento. Camina distancias cortas. 0208 Nivel de movilidad Mantenimiento del equilibrio. Movimiento articular. NIC 0221 Terapia de ejercicios ambulación Aplicar/Proporcionar un dispositivo de ayuda para la deambulación. Ayudar al paciente en la deambulación inicial 0222 Terapia de ejercicios: equilibrio Ayudar al paciente a caminar a intervalos regulares Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas y medibles.

**CONCLUSIONES:** Las fracturas de caderas son muy comunes en la población anciana y puede llegar a limitar en gran medida la vida de los pacientes que la sufren, por lo que es fundamental un seguimiento eficaz de estos pacientes, para prevenir y detectar las posibles complicaciones que puedan surgir.

**PALABRAS CLAVE:** MOVILIDAD, FRACTURA, CADERA, CAÍDA.

## **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA POR INFECCIÓN POSTQUIRÚRGICA**

SAIDA PRADOS ALVAREZ, MARIA ANGUSTIAS JIMÉNEZ MALDONADO, MARIA EVELING PEDROSA FUENTES

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 81 años con antecedentes de Isquemia Coronaria en 2008, HTA y EPOC. Desarticulación escapulotorácica derecha el 1 de abril de 2011 por metástasis en deltoides y axila de carcinoma epidermoide. Desde hace dos meses, aumento progresivo de dolor, eritema y calor a nivel de cicatriz postquirúrgica. Posterior fistulización con drenaje intermitente de material purulento. Ha estado con antibioterapia oral pautada por su médico de familia. Hoy lo deriva. A urgencias para valoración por nuestra parte. En tratamiento actual con clopidogrel (lo retiro), AAS 100, symbicort, ramipril, atenolol, atorvastatina.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Eritema y calor en la zona de cicatrización postquirúrgica que irradia a zona costal ipsilateral orificio fistuloso con superación activa de material purulento. Analíticas: normales TAC hombro y tórax: Cambios post quirúrgicos tras amputación de mmss dcho. Colección de aproximadamente 57x54x68 mm de bordes anfractuados, con realce periférico y contenido líquido, localizada en la cara lateral de la pared torácica derecha, sobre las costillas y en el lecho quirúrgico, compatible con absceso. Los cambios inflamatorios/ infecciosos se extienden por la musculatura adyacente tanto craneal como caudal y anteriormente. Se evidencia de igual forma engrosamiento o rarefacción del tejido que circunda el paquete basculó nervioso axilar/humeral. Sobre el aspecto anterior del diafragma derecho, adyacente a la cúpula hepática, en el segmento medial del LM se aprecia un pequeño nódulo de 14 mm isodenso, de carácter inespecífico.

**JUICIO CLÍNICO:** Infección postquirúrgica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras las pruebas complementarias y exploraciones se concluye el diagnóstico absceso en tórax postquirúrgico.

**PLAN DE CUIDADOS:** Cura local, estudio analítico y de imagen.

**CONCLUSIONES:** Ingreso en planta para estudio y tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** TRAUMATOLOGÍA, INFECCIÓN POSTQUIRÚRGICA, ANALÍTICA, TÓRAX.

## CUIDADOS ENFERMEROS EN POSICIÓN DE LAMINECTOMÍA

ROCIO ZAMORA VIANA, ANA MARIA GARCIA CAPARROS, MARIA DE LA CRUZ GRANADOS GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** Colocar al paciente en posición prono o de laminectomía para la realización de una cirugía de columna es una de las múltiples habilidades que debe dominar enfermería junto con el resto del equipo quirúrgico. Se debe prestar especial atención a numerosos aspectos y cuidados. Es por ello por lo que son importantes unos buenos cuidados enfermeros que prevengan cualquier complicación.

**OBJETIVOS:** Identificar la evidencia científica de los cuidados enfermeros en posición de laminectomía.

**METODOLOGÍA:** Una revisión bibliográfica de estudios científicos y publicaciones mediante búsqueda en base de datos de CUIDEN y PUBMED comprendidas entre los años 1996-2017 y sobretodo la experiencia profesional y personal.

**RESULTADOS:** Al ser cirugías bastante largas la probabilidad de sufrir ciertas lesiones en puntos de apoyo se ve aumentada, por lo que es de suma importancia protegerlas. En nuestra guía nos centramos en tres aspectos: Profilaxis oftálmica, profilaxis en articulaciones, profilaxis antibióticas y cuidados de vías de acceso invasivas.

**CONCLUSIÓN:** Como conclusión podemos decir que el equipo quirúrgico debe proteger y aplicar los cuidados necesarios para reducir al máximo los efectos nocivos de la posición prona en cirugía de columna. Por ello es importante protocolizar todas estas intervenciones para garantizar la seguridad y la calidad de los cuidados enfermeros al paciente quirúrgico.

**PALABRAS CLAVE:** PRONO, LAMINECTOMÍA, LESIONES, CUIDADOS, INTERVENCIONES.

## **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA TENDINITIS EN EL TOBILLO IZQUIERDO**

SAIDA PRADOS ALVAREZ, MARIA EVELING PEDROSA FUENTES, MARIA ANGUSTIAS JIMÉNEZ MALDONADO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 49 años de edad, trabajadora limpiando un instituto, acude a consulta derivado por un medio de familia, por tener un fuerte dolor en el tobillo izquierdo desde hace un año, practica gimnasia de mantenimiento donde solo hacen bailes. Es un dolor sordo que aumenta al caminar.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Movilidad completa. Tobillo estable. Dolor a la palpación en zona posteromedial del tobillo. Dolor en cara posterior del tobillo en la maniobra de flexión plantar forzada. Se le hace una Resonancia Magnética Nuclear y una ecografía se detecta una rotura parcial con él tendón lateral corto.

**JUICIO CLÍNICO:** Tendinitis Peroneo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras las pruebas complementarias y exploraciones se concluye el diagnóstico es tendinitis en Peroneo.

**PLAN DE CUIDADOS:** Fisioterapia con ultrasonidos. Reposo de la articulación, permitiendo realizar ejercicios con apoyo parcial o elementos que posibiliten la descarga completa de la articulación. Aplicación de hielo local protegiendo la piel para evitar lesiones dérmicas concomitantes. Elevación de la extremidad tanto mientras se aplica el hielo como posteriormente con el vendaje compresivo colocado. Compresión mediante Vendaje elástico con tensión firme y uniforme, para mejorar el proceso inflamatorio y evitar la movilización articular.

**CONCLUSIONES:** La paciente se incorporó a su actividad habitual (gimnasia) a las cuatro semanas de rehabilitación. La valoración subjetiva por parte del paciente ha sido de excelente.

**PALABRAS CLAVE:** TENDINITIS, RESONANCIA, TOBILLO, DOLOR, IZQUIERDO, TRAUMATOLOGÍA.

## **FRACTURA DE PENE: APORTACIÓN DE UN CASO**

ISABEL BUENO GONZALEZ, MIGUEL EFREN JIMENEZ ROMERO, MARIA CAMACHO GALLEGO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente varón de 47 años de edad sin antecedentes personales de interés, que consulta en septiembre de 2017 por traumatismo peneano. Refiere que mientras realizaba el acto sexual con su mujer había notado un “crack” e inmediatamente después del chasquido, detumescencia y dolor a nivel de pene y desviación lateral del mismo. No ha presentado uretrorragia, hematuria ni dificultad miccional. A la exploración física se evidencia un hematoma en base de pene, que no afecta a periné, así como el pene edematizado y con desviación de su eje longitudinal. Se decide someter al paciente a sondaje y exploración quirúrgica. En ella, se realiza una incisión subcoronal y se observa un hematoma que procede del cuerpo cavernoso izquierdo, el cual se lava, y se repara la túnica albugínea. No existía afectación del cuerpo esponjoso. El paciente fue dado de alta 48 horas después de la intervención, sin incidencias y con adecuada evolución. La sonda vesical se retiró a las dos semanas. En la revisión, al pasar un mes de la intervención, el paciente ya presentaba erecciones normales y sin secuelas estéticas o deformidades.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura de pene. **CONCLUSIONES:** El traumatismo peneano es una entidad infrecuente cuyo mecanismo suele ser la flexión forzada del pene contra el periné o el pubis durante el coito. El diagnóstico de fractura de pene es eminentemente clínico y requiere un tratamiento quirúrgico urgente, ya que es importante actuar de forma rápida si deseamos una adecuada resolución del caso y evitar complicaciones (deformidad, disfunción eréctil, etc). **EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Paciente COC con buen estado general. Afebril. Auscultación normal. Abdomen sin hallazgos. Dolor en pene observándose hematoma en su base y desviación lateral. Hemodinámicamente estable.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA, PENE, COITO, TRATAMIENTO, CIRUGÍA.

## **BENEFICIOS DEL USO DE ÁCIDO TRANEXÁMICO EN INTERVENCIONES DE PRÓTESIS DE RODILLA**

CRISTINA SILVA BELLIDO, CAROLINA GALVEZ PEREZ, LORENA ROMERO ELOY

**INTRODUCCIÓN:** El ácido tranexámico es un agente antifibrinolítico de bajo coste que se utiliza poco en la cirugía ortopédica debido a la ausencia de protocolos estandarizados. Su uso disminuye significativamente la pérdida de sangre perioperatoria y el costo financiero de la cirugía de rodilla.

**OBJETIVOS:** Analizar la bibliografía acerca de los beneficios del uso del ácido tranexámico en intervenciones de prótesis de rodilla.

**METODOLOGÍA:** Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos científicas; Cuiden, Pubmed. Las palabras claves utilizadas para realizar la búsqueda fueron ácido tranexámico, prótesis de rodilla, artroplastia de reemplazamiento de rodilla. Se seleccionaron aquellas publicadas en los últimos cinco años. Se restringió la búsqueda a textos publicados en castellano e inglés.

**RESULTADOS:** Los resultados muestran que en la práctica habitual, en los pacientes intervenidos con prótesis de rodilla que recibieron Ácido tranexámico, se redujo en un alto porcentaje los pacientes transfundidos, sin que esto aumentara el riesgo de complicaciones tromboembólicas. Los principales efectos positivos del uso de ácido tranexámico son: reduce significativamente la pérdida de sangre perioperatoria, no se asocia su uso a casos de tromboembolismo pulmonar ni trombosis venosa profunda, se asoció su uso con una disminución en las tasas de transfusión, la administración del ácido tranexámico permite un uso más racional del sistema de recuperación de sangre y disminuye el costo de la anestesia.

**CONCLUSIÓN:** El uso de este fármaco de manera rutinaria en la intervención de prótesis de rodilla, favorece un postquirúrgico con menor riesgo de complicaciones para el paciente, supone al personal sanitario formado, prestar cuidados de calidad y a nivel hospitalario un mayor ahorro económico.

**PALABRAS CLAVE:** SALUD, BENEFICIOS, AHORRO, PACIENTE.

## **DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL: MÉTODO DE EVACUACIÓN MAS SEGURO**

MARIA FABREGA CHACON, MARIA DELGADO LOPEZ, FRANCISCO LÓPEZ AGUILA

**INTRODUCCIÓN:** El hematoma subungueal se produce por mecanismo traumático fuerte o de repetición sobre la uña, la presión que ejerce sobre el hematoma causa un dolor agudo en el paciente que precisa de asistencia sanitaria. Existe una gran controversia respecto a la reparación del lecho con retira de uña y un simple drenaje del hematoma subungueal, la mayoría de estudios sugieren que la trepanación es un tratamiento adecuado del hematoma subungueal independientemente del tamaño, siempre que la superficie de la uña este intacta y adherida al lecho y si no hay fractura desplazada significativa.

**OBJETIVOS:** Analizar los distintos procedimientos en búsqueda de la seguridad y calidad asistencial para la evacuación de la uña.

**METODOLOGÍA:** Se realizó revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, medline y cuiden , estableciendo como criterios de inclusión estudios sobre distintos métodos de drenaje de hematoma subungueal tanto en castellano como en inglés en los últimos seis años. La estrategia de búsqueda: drain \* OR evacua\* OR trep\* OR perforat\* AND subungual hematoma\*. Se obtuvieron 30 artículos de los cuales 16 se centraban en el procedimiento de drenaje del hematoma.

**RESULTADOS:** Tras el análisis de varios métodos de evacuación hemos encontrado: cauterizador, aguja 18-23 G, jeringa de insulina y punción de biopsia dermatológica de 2 mm; cada uno tiene una serie de ventajas y desventajas. Estudiado cada uno de ellos, observamos que la biopsia demartológica, es el menos lesivo e indoloro para el paciente y más cómodo y seguro para el profesional sanitario.

**CONCLUSIÓN:** En base al análisis comparativo realizado utilizando un cuadro de ventajas y desventajas, la selección del método mas apropiado es la punción de biopsia dermatológica de 2 mm, ya que cuenta con mas ventajas y menos inconvenientes. Y como segunda opción, la perforación con aguja y el cauterizador, ya que estos presentan cualidades similares.

**PALABRAS CLAVE:** TREP, EVACUAR, HEMATOMA SUBUNGUAL, PERFORAR.

## VENDAJES E INMOVILIZACIONES EN ENFERMERÍA

MELANIA MIRANDA RODRÍGUEZ, LUCIA JIMENEZ SOSA, ROCIO MADRID AGUILAR

**INTRODUCCIÓN:** El sistema músculo esquelético proporciona apoyo y movilidad al organismo, está formado por huesos que contactan entre sí por articulaciones, manteniéndose unidos por manguitos cápsulo-ligamentosos y músculos que además dan movilidad al sistema. En las lesiones traumáticas de los miembros distinguimos: fracturas (pérdida de continuidad en el tejido óseo), luxaciones (lesión en la articulación) y contusión (lesión en el tejido blando). El tratamiento de estas lesiones puede ser quirúrgico u ortopédico. La ortopedia es la técnica que trata de corregir o evitar las deformidades del cuerpo mediante el vendaje.

**OBJETIVOS:** El objetivo principal de esta revisión es analizar el grado de efectividad de un correcto vendaje en la zona de la lesión, así como conocer el tipo de vendaje recomendable en relación al tipo y lugar del daño causado.

**METODOLOGÍA:** Revisión de la literatura en la que se han realizado búsquedas de artículos en portales de guías de práctica clínica (Guía Salud, RNAO), de revisiones sistemáticas (Resúmenes Cochrane) y bases de datos (Pubmed). Se han tenido en cuenta para la búsqueda y selección de documentos los criterios de inclusión: artículos que se centren en el correcto vendaje de la zona lesionada, tratándose de artículos publicados entre los años 2008-2018. Se utilizaron descriptores en español: vendaje, inmovilización y reducción.

**RESULTADOS:** Con una buena inmovilización, el riesgo de secuelas en la movilidad del miembro afectado, puede ser reducido considerablemente.

**CONCLUSIÓN:** Todos los estudios coinciden en que es importante vigilar la aparición de signos o síntomas que indiquen la colocación incorrecta de un vendaje: frialdad, hormigueo, inflamación del miembro inmovilizado, compresión, dolor...

**PALABRAS CLAVE:** VENDAJE, INMOVILIZACIÓN, FRACTURA, LESIÓN.

## **DOLOR MMII A CAUSA DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL**

JOSE ADDISON FLORIDO NASSAU, OLGA FLORES MUÑOZ, LAURA RUFINO VALENCIA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 70 años que acude a urgencias, refiere que desde hace 48 horas presenta dolor intenso en la pantorrilla derecha con tumefacción y empastamiento intenso. Niega traumatismo ni fiebre. No dolor torácico ni disnea. Sus antecedentes personales son: Dislipemia, trasplante renal, tromboembolismo pulmonar en dos ocasiones, en tratamiento con adenuvic, cellcept, crestor, prednisona y vitamina B12 + D.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La exploración física general aportó los siguientes datos: TA 151/100 mmHg, FC 100lpm, buen estado general, eupneico en reposo, bien hidratado y perfundido. EII: a nivel de pantorrilla derecha, de aspecto pétreo y muy doloroso a nivel de hueso poplíteo.

**JUICIO CLÍNICO:** Síndrome compartimental. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, la sospecha diagnóstica inicial fue la de rotura muscular, aunque a priori no es posible descartar el síndrome compartimental. Mediante las pruebas de imagen podremos determinar el diagnóstico final.

**CONCLUSIONES:** El síndrome compartimental es una lesión que afecta a la fascia muscular aumentando la presión entre esta y el músculo. Es más frecuente en corredores y puede estar ocasionado por traumatismos, fractura ósea, hematomas o una torcedura grave. En los casos más graves, su tratamiento suele ser quirúrgico y para ello se necesita la hospitalización del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** COMPARTIMENTAL, FASCIA, SÍNDROME, MÚSCULO.

## **RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN EL DOMICILIO PARA PERSONAS INTERVENIDAS DE PRÓTESIS DE CADERA**

REBECA SAMANIEGO QUINTANILLA, 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

**INTRODUCCIÓN:** En pacientes postoperados de prótesis de cadera para evitar que la misma se salga de su sitio (teniendo que volver a ser intervenido/a), durante los primeros meses deberán seguir las siguientes recomendaciones en su domicilio, para ello el personal de enfermería explicará y aconsejará al paciente lo que debe y no debe hacer.

**OBJETIVOS:** Conocer las recomendaciones del personal de enfermería sobre los hábitos diarios correctos para evitar una luxación de cadera.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

**RESULTADOS:** El personal de enfermería de traumatología debe saber las recomendaciones que debe dar al paciente intervenido de cadera para que lleve a cabo de forma correcta sus cuidados. Lo que debe hacer: En el baño utilizar un dispositivo para compensar la altura del inodoro. Utilizar asientos altos, apoyar las manos en el reposabrazos y sentarse lentamente, sin dejarse caer. Para acostarse y levantarse de la cama deberá acercarse al borde, manteniendo la pierna operada estirada y flexionada la sana, girando el cuerpo apoyando las manos en el colchón. Retirar obstáculos del suelo (alfombras, cables,...). Caminar con ayuda de muletas o andador. Ante la aparición de fiebre, enrojecimiento, hinchazón... acudir al médico. Lo que no debe hacer: Utilizar calzado abierto. Viajar durante los dos primeros meses. Cruzar las piernas, agacharse... Encamamiento prolongado. Descuidar la higiene personal.

**CONCLUSIÓN:** Al alta hospitalaria, el paciente diferenciará lo que debe y no debe hacer para que no revista complicaciones en su recuperación.

**PALABRAS CLAVE:** RECOMENDACIONES, PACIENTE, PRÓTESIS, ENFERMERÍA.

## FRACTURA DE CADERA EN EDAD AVANZADA

ANA BELEN TORRUBIA MORENO, BEATRIZ TRIVIÑO TRIVIÑO, JAVIER VELAZQUEZ BAREA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 88 años con Antecedentes Personales: HTA, EPOC, Hipercolesterolemia, No reacción medicamentosa, Acude al servicio de Urgencias por sufrir caída accidental en Residencia donde reside con coxalgia derecha, previamente limitación funcional con vida cama-sillón.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Buen estado general, bien hidratada, perfundida y normocoloreada. Dificultad en comunicación por su avanzada edad (Acude con cuidadora). Miembro inferior derecho acortado y en rotación externa, con un hematoma local a nivel de cadera derecha. Analítica todo dentro de la normalidad, RX de pelvis (AP y Lateral) se observa fractura per/subtrocantérica de cadera derecha.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura Per/Subtrocantérica de Cadera Derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura de Extremo proximal de Fémur por Estrés, Necrosis isquémico de la Cabeza Femoral.

**PLAN DE CUIDADOS:** Analgesia Habitual: Metamizol alterno con Paracetamol 1gr/8h Si Dolor, Clexane 40mg sc/24h, Curas Locales valorando la retirada de puntos a partir de los 7-10 días, Caminar con ayuda de andador (puede apoyar la pierna intervenida pero no echar el peso del cuerpo), En unos 4 semanas cita con Traumatología con RX previa.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes que sufren una fractura de Cadera se presentan al servicio de Urgencias luego de haber sufrido una caída. En la mayoría de los casos son incapaces de caminar y al examinarlos se hace evidente el acortamiento y rotación externa de la extremidad afectada. En algunos casos los pacientes con fractura de cadera pueden quejarse solamente de un dolor vago a nivel glúteo, rodillas, muslo o ingle, en ellos no se ven afectada la capacidad para caminar. Un tratamiento apropiado ayuda a prevenir un rápido deterioro de la calidad de vida que a menudo se asocia con este tipo de daño.

**PALABRAS CLAVE:** CAÍDA, HUESO, FRACTURA, ANCIANO.

## **FLEBITIS VENOSA TRAS ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIOTERAPIA**

MARIO AMO BLANCO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 69 años de edad que se encuentra ingresada en el hospital con diagnóstico de infección de prótesis total de cadera derecha. No alérgica. Antecedentes médicos de hipertensión e hipercolesterolemia en tratamiento farmacológico. Antecedentes quirúrgicos de prótesis total de ambas caderas. Recibe tratamiento antibiótico por vía oral en su domicilio y posteriormente se ingresa al no remitir los síntomas, donde recibe tratamiento antibiótico venoso con vancomicina por vía venosa periférica. Con el paso de los días se produce una flebitis periférica que impide la canalización de nuevas vías venosas periféricas, por lo que se procede a la canalización de una vía venosa central con la que se acaba de finalizar el tratamiento.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Palpación de signos de induración, enrojecimiento y calor en la zona de acceso venoso periférico.

**JUICIO CLÍNICO:** Flebitis venosa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Reacción alérgica. Infección.

**PLAN DE CUIDADOS:** Retirada de vía venosa periférica. Aplicación de fomentos en la zona afectada. Evitar nuevos procedimientos invasivos en la zona. Buscar nuevas vías de administración de medicamentos.

**CONCLUSIONES:** La administración intravenosa de ciertos medicamentos, en este caso vancomicina, durante periodos prolongados de tiempo puede producir complicaciones como la flebitis venosa que impiden continuar con el tratamiento. En estos casos en los que el tratamiento se suponga largo puede ser aconsejable la colocación de vías de acceso central desde el principio, que eviten posibles complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** FLEBITIS, VENOSA, ENFERMERÍA, ANTIBIÓTICO.

## ASPECTOS BÁSICOS EN LA EXPLORACIÓN DE LA RODILLA

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

**INTRODUCCIÓN:** El dolor de rodilla es un motivo muy frecuente de consulta en atención primaria y urgencias. Es muy importante saber realizar una exploración física completa de la articulación ya que, junto a una historia clínica detallada, nos permiten el diagnóstico de esta en una gran parte de los casos.

**OBJETIVOS:** Analizar y determinar los aspectos fundamentales que debemos valorar en la exploración de la rodilla.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una búsqueda y acceso a fuentes de información en salud. En lo que respecta al lenguaje documental (Tesauro), se utiliza la herramienta MeSH, mediante la cual son seleccionados los descriptores "knee joint" (inglés) y "rodilla" (español). Se lleva a cabo una búsqueda de datos bibliográficos en Pudmed, siguiendo las estrategias de búsqueda establecidas y revisando de forma exhaustiva los resultados obtenido.

**RESULTADOS:** Los aspectos fundamentales de la exploración de la rodilla son: la inspección, que nos permitirá descartar atrofas, desviaciones de los ejes mecánicos, tumefacción o alteraciones de la marcha; y la palpación para valorar un aumento de temperatura o la presencia de derrame articular ("signo de peloteo"). La exploración de los ligamentos se realiza, mediante maniobras de estrés en varo y valgo en el caso de los ligamentos laterales, y con las maniobras de Lachman (desplazamiento anterior de la tibia con la rodilla flexionada a 30°) y cajón posterior (desplazamiento posterior de la tibia con la rodilla flexionada a 90°) para los ligamentos cruzados anterior y posterior respectivamente. Por último, debemos examinar la rótula, la aparición del signo del cepillo (aparición de dolor a la movilización cráneo-caudal, o a lateralización mientras presionamos) indica lesión del cartílago rotuliano.

**CONCLUSIÓN:** La realización de una correcta exploración física resulta fundamental para el diagnóstico adecuado de problemas en la articulación de la rodilla.

**PALABRAS CLAVE:** EXPLORACIÓN, RODILLA, MUSCULATURA, LIGAMENTOS, RÓTULA.

## ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA ARTRITIS GOTOSA

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

**INTRODUCCIÓN:** La gota es una enfermedad producida por el depósito de cristales de urato monosódico (UMS) en los tejidos, siendo el más frecuente las articulaciones. El ataque agudo de gota es una afección muy dolorosa e invalidante para el paciente, tratándose de un motivo de consulta relativamente frecuente.

**OBJETIVOS:** Analizar y describir, mediante una revisión, los aspectos fundamentales del tratamiento de la artritis gotosa.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre la terapéutica de la gota aguda. En lo que respecta al lenguaje documental (Tesauro), se utiliza la herramienta MeSH, mediante la cual son seleccionados los descriptores “Arthritis, Gouty”; (inglés) y “artritis gotosa”; (español). Se lleva a cabo una búsqueda de datos bibliográficos en Pubmed, siguiendo las estrategias de búsqueda establecidas y revisando de forma exhaustiva los resultados obtenidos. También se realiza una búsqueda y revisión de artículos a texto completo, utilizando para ello Pubmed Central, Biomed Central y Scielo.

**RESULTADOS:** Es muy importante llevar a cabo un inicio precoz de la terapia, ya que esto condicionará una resolución más rápida y eficaz de los síntomas. Existen diferentes alternativas de tratamiento para el ataque agudo, entre ellos vía oral tenemos los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), los glucocorticoides o la colchicina; o bien, vía parenteral con inyecciones intraarticulares de glucocorticoides, incluso vía intramuscular en algunos casos. Para realizar una elección adecuada debemos basarnos en las características del paciente y el historial de exacerbaciones, eligiendo aquella opción capaz de lograr beneficio con la mínima producción de efectos adversos.

**CONCLUSIÓN:** Para el abordaje adecuado de la artritis gotosa es muy importante una rápida instauración del tratamiento, así como la elección del fármaco adecuado en función de las características de nuestro paciente y su patología.

**PALABRAS CLAVE:** ARTRITIS, GOTOSA, GOTA, ABORDAJE, TERAPÉUTICO.

## ACCIDENTE EN ITÍNERE CON FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ

PAULA ROLDAN LOPEZ, ANTONIO DE TENA GONZALEZ, LOURDES FERNANDEZ ARRIBAS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 58 años con antecedentes personales (AP) de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DMNID). Accidente de tráfico en itínere, provocando caída de moto. A su llegada al hospital es atendido por personal de urgencias, presenta múltiples abrasiones y dolor en pierna derecha y herida que precisa sutura.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Sospecha de fractura en pierna derecha confirmada por radiografía (Rx). Fractura de tercio distal de la tibia y fractura de Maissonneuve que precisan cirugía. Se realiza toma de constantes (paciente sufre HTA) y analítica preoperatoria. Herida en cara anterior de pierna derecha se sutura con ágrafes. Exploración vasculonerviosa distal correcta.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura de tibia y peroné en pierna derecha que precisa cirugía. Tras alta hospitalaria acude a consulta de enfermería para curas. Retirados todos los ágrafes se descubre zona con placa de fibrina. Tras intentar curas con betadine gel, apósito de silicona, tul graso, iruxol y desbridación mecánica, la úlcera formada en la HQ continúa sin evolución. Se toma muestra de cultivo que es positivo para *Estafilococo Aureus* precisando antibiótico oral y se comienzan curas con gel hidrocoloide y espuma absorbente de silicona. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Escala de Coma de Glasgow descarta lesiones neurológicas. La Rx y el examen completo que se realiza en urgencias también descartan otras lesiones producidas por la caída.

**PLAN DE CUIDADOS:** Curas de enfermería de la HQ que presenta mala evolución y precisa tratamiento antibiótico y la utilización de diverso material de curas para conseguir resolver la herida.

**CONCLUSIONES:** Debido a los AP del paciente, la cura de la úlcera en la HQ presenta una evolución muy tórpida precisando varios tipos de material de curas para llegar a ver cambios en el fondo de la herida. Es importante que el personal de enfermería sea capaz de observar los signos que presenta una úlcera para encontrar el material de curas más adecuado para su curación.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA, HERIDA QUIRÚRGICA, GEL HIDROCOLOIDE, ACCIDENTE EN ITÍNERE, ÚLCERA.

## COLISIÓN COCHE-MOTO CON FRACTURA DE PELVIS INESTABLE

PAULA ROLDAN LOPEZ, ANTONIO DE TENA GONZALEZ, LOURDES FERNANDEZ ARRIBAS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 31 años. Antecedentes personales: migraña y asma. Alérgica al Ácido Acetil Salicílico (AAS). Descripción del caso: paciente que sufre colisión de coche-moto en itínere con casco que es retirado por equipo de emergencia. Sufre caída sobre hemicuerpo izquierdo, sin pérdida de conciencia.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A su llegada no presenta pérdida de conciencia, con escala de Glasgow 15/15, ni vómitos. Refiere dolor en tobillo izquierdo, región lumbar y de cadera izquierda. Se realizan radiografías que muestran fractura de pelvis inestable que precisa intervención quirúrgica (IQ). Se realiza analítica preoperatoria y ECG.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura inestable de pelvis que precisa IQ. Tras alta hospitalaria la paciente precisa reposo y acude a consulta de enfermería para cura de herida quirúrgica (HQ). Cuando acude a sala de enfermería la paciente refiere dolor en la herida observándose enrojecimiento, inflamación y absceso superficial. Precisa curas para cierre por segunda intención cada 48h con Prontosan, mecha de gasa y oclusión. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras la realización de múltiples radiografías se descartan fracturas costales izquierdas, traumatismo abdominal, traumatismo dorso-lumbar y fractura de miembros superiores e inferiores.

**PLAN DE CUIDADOS:** Curas de enfermería, cierre de herida quirúrgica por segunda intención debido a dehiscencia con mecha de gasa.

**CONCLUSIONES:** Las fracturas pélvicas que resultan de traumatismo de alto impacto a menudo son lesiones potencialmente mortales, debido a la extensa hemorragia. Cada caso debe ser evaluado individualmente ya que puede requerir tracción, inserción de placas o tornillos y en otros casos un fijador externo. Las complicaciones más comunes de la HQ en este tipo de intervención son infección de la misma, seromas y dehiscencia. Hemos observado que para la fractura de pelvis inestable, el tratamiento para una evolución más favorable incluye la IQ, el reposo en cama y los cuidados de enfermería descritos anteriormente.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA DE PELVIS, HERIDA QUIRÚRGICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, DEHISCENCIA.

## **PACIENTE DE TRAUMATOLOGÍA DIAGNOSTICADO DE GONARTROSIS BILATERAL**

MARIA EUGENIA GONZALEZ ELVIRA, MARÍA CASTILLO SÁNCHEZ, NOELIA ÁLVAREZ RUBIO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 63 años diagnosticada de gonartrosis bilateral con siete años de evolución, por la cual presenta dolor en ambas rodillas, especialmente en la izquierda. Ingresa en planta para intervención programada por parte de traumatología. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas, padece obesidad, diabetes mellitus tipo II e hipercolesterolemia. Como antecedentes quirúrgicos, fue intervenida en 2004 para la realización de una histerectomía.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Consciente y orientada. Buen aspecto. Peso 82 kg; SO<sub>2</sub> 96%; TA 130/73 mmHg, FC 74 lpm y T<sup>a</sup> 36.1°C. Se le realiza una analítica y aporta un Electrocardiograma y una Rx de rodilla izquierda.

**JUICIO CLÍNICO:** Gonartrosis bilateral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis, la sospecha diagnóstica fue gonartrosis bilateral por lo que el traumatólogo establece la necesidad de realizar la prótesis total de rodilla en el miembro inferior izquierdo, debido a la evolución de la gonartrosis.

**CONCLUSIONES:** La artrosis de rodilla puede afectar a todos los compartimentos (femoro-tibial medial, lateral y patelofemoral) o sólo a uno o dos de dichos compartimentos. Así como puede estar presente en una rodilla o en ambas, siendo bilateral la forma más característica de aparición. El dolor, que es sin duda el síntoma principal de la gonartrosis, se localiza en la región afectada. La paciente es intervenida de una prótesis total de rodilla en el miembro inferior izquierdo, el transcurso de los acontecimientos es favorable. Siguiendo su evolución en la planta de hospitalización traumatológica.

**PALABRAS CLAVE:** GONARTROSIS BILATERAL, ARTROSIS, DOLOR DE RODILLA, TRAUMATOLOGÍA.

## **CUIDADOS INTEGRALES DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN Y ANTE UN PACIENTE POSTQUIRÚRGICO DE CIRUGÍA DE CADERA**

ANA ISABEL GUERRERO RODRIGUEZ

**INTRODUCCIÓN:** Seleccionamos y desarrollamos todos los cuidados que se realizan para una atención integral de enfermería en pacientes sometidos a cirugía de cadera. Desde la llegada a la Unidad de Hospitalización hasta el alta, con el fin de reducir el riesgo de daños innecesarios.

**OBJETIVOS:** Determinar las necesidades individuales del paciente que se somete a cirugía de cadera a lo largo de todo el proceso de hospitalización en el HUCA.

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

**RESULTADOS:** Por lo que es necesario ofrecer los cuidados individualizados al paciente, se identifican las necesidades del mismo y se establecen diagnósticos de enfermería reales o potenciales, que de forma automática la aplicación informática con la que trabajamos, nos ofrece desde el programa Millennium, instalado en nuestro hospital hace cuatro años. Seleccionamos los Cuidados de Enfermería y Planes de Cuidados adaptados a cada paciente para así activar lo que sería la Historia Clínica Electrónica de cada paciente, formato con el que hoy día trabajamos. Se hace necesaria la creación de un modelo de cuidados enfermeros que mantengan la atención global al paciente. La correcta selección de esos cuidados de enfermería durante el postoperatorio serán imprescindibles y definitivos para su seguridad y pronta recuperación.

**CONCLUSIÓN:** La experiencia profesional en el área de hospitalización de traumatología nos ha demostrado la importancia de la correcta selección de los Cuidados de Enfermería globales en cada paciente sometido a cirugía de cadera para así mantener su seguridad del mismo modo que un nivel de calidad óptimo de esos cuidados con plenas garantías.

**PALABRAS CLAVE:** PLANES DE CUIDADOS, METODOLOGÍA, NANDA, NOC, NIC.

## **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE INTERVENIDO DE UNA PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA**

LAURA CASTILLO MANTECON, SILVIA CRESPO FERNÁNDEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 71 años. Acude a la unidad de hospitalización para la inserción de una prótesis total de rodilla derecha. En la actualidad, se encuentra en su primer día postoperatorio tras Intervención Quirúrgica (IQ). Antecedentes médicos: Gonartrosis en miembro inferior derecho (MID).

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza una valoración enfermera según las 14 necesidades de Virginia Henderson (VH) en su primer día postoperatorio.

**JUICIO CLÍNICO:** En la valoración se revelan alteraciones en la necesidad eliminar los desechos corporales (3) tras su IQ no puede acercarse al baño, realiza las micciones y deposiciones en una bacinilla, la necesidad de moverse (4) necesita ayuda para levantarse de la cama al sillón, la necesidad de vestirse y desvestirse (6) necesita ayuda para vestirse y desvestirse, la necesidad de mantener la higiene corporal (8) se le asea en la cama con ayuda debido al reposo pautado por el médico. Además, presenta una herida quirúrgica con grapas en MID tras la IQ. En la necesidad de comunicarse (10) refiere sentirse dolorido. **PLAN DE CUIDADOS:** Basándonos en la taxonomía NANDA, NOC y NIC se establece un Plan de Cuidados individualizado. DxE de Déficit de autocuidado: baño m/p incapacidad para acceder al cuarto de baño, lavarse y secarse todo el cuerpo; r/c deterioro musculo esquelético y dolor. NOC Autocuidado:Baño. NIC Ayuda con el autocuidado/baño. DxE Déficit de autocuidado: vestido m/p deterioro de la capacidad para ponerse y quitarse los pantalones y calcetines; r/c deterioro musculo esquelético y dolor. NOC, Autocuidados: Vestir. NIC: Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal. NOC y NIC comunes en ambos DxE: NOC: Movilidad y NIC: Terapia de ejercicios: Movilidad articular. Problema de colaboración: Dolor.

**CONCLUSIONES:** Tras la ejecución del plan de cuidados el paciente al día siguiente pudo realizar por si mismo las ABVD y comenzó a recorrer pequeños trayectos por la habitación sin dolor. Al tercer día le dieron el alta.

**PALABRAS CLAVE:** PRÓTESIS DE LA RODILLA, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OPERATIVOS, TRAUMATOLOGÍA, ROL DE LA ENFERMERA.

## RECONOCIMIENTO DE LESIÓN EN COCCIX O COCCIGODINIA

GLORIA MOTA CÁTEDRA, MOISÉS CARRIÓN LÓPEZ, MARÍA JOSÉ GÁLVEZ GÁLVEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 45 años que viene por un dolor muy intenso en el cóccix desde hace 4 días. La paciente nos cuenta que el otro día se resbaló por la escaleras y se dió un golpe seco en la “rabadilla” con uno de los escalones, pero que no acudió al médico porque sentía que no había nada roto y que a pesar del dolor se podía mover. Pero el dolor ha ido aumentando y se intensifica con el cambio de postura. AP: no tiene ningún antecedente.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza un examen físico completo con complemento de radiografía de rayo-X siendo de toda la columna vertebral completa incluyendo el cóccix para descartar cualquier fractura o fisura que se haya podido producir. Un examen pélvico y rectal para comprobar si la causa del dolor fuera una masa o tumor. Palpación para evaluar la sensibilidad local, ya que si el dolor fuera inexistente a la palpación se descartaría coccigodinia.

**JUICIO CLÍNICO:** Coccigodinia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tras la realización de la radiografía se aprecia una alteración e inestabilidad de la articulación sacro cóccigea, junto con muestra de dolor a la palpación local que nos lleva a descartar que la causa fuera una masa o tumor, identificando la coccigodinia como la responsable del dolor que padece el paciente.

**CONCLUSIONES:** Tras las pruebas realizadas y el diagnóstico de coccigodinia se abordara mediante un tratamiento conservador por las características que se han observado en la radiografía, recomendando al paciente reposo parcial, evitar actividades de sobrecarga, realización de deporte, utilización de cojín blando a la hora de sentarse y tto antiinflamatorio durante una semana.

**PALABRAS CLAVE:** COCCIX, COCCIGODINIA, CAIDA, DOLOR.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST-QUIRÚRGICOS CON ARTROPLASTIA DE RODILLA**

MARIA RODRIGUEZ MARMOL, RAFAEL MUÑOZ CRUZ, CARMEN MARIA BERNABEU CRUZ

**INTRODUCCIÓN:** La artroplastia de rodilla consiste en sustituir la articulación de la rodilla por una artificial. Se realizan en aquellas personas mayores de 60 años cuyo dolor de rodilla le limita las actividades básicas de la vida diaria. El papel de la enfermera es especialmente relevante en este tipo de intervenciones puesto que se controlan aspectos como el sangrado, el dolor, la recuperación de la anestesia y el inicio de la rehabilitación.

**OBJETIVOS:** Conocer las pautas necesarias a seguir por los pacientes post-quirúrgicos intervenidos de artroplastia de rodilla, vigilando los aspectos generales del paciente durante su hospitalización, favoreciendo la mejora de la calidad asistencial, así como su pronta recuperación.

**METODOLOGÍA:** Después de una revisión bibliográfica de la literatura actual sobre el tema, se enumerarán los cuidados necesarios a realizar cada día, partiendo de cuidados generales como la crioterapia, la toma de constantes y la analgesia.

**RESULTADOS:** Tras una revisión de la literatura, se obtuvo una guía en la que se enumeran los cuidados de enfermería a realizar desde el momento de la artroplastia de rodilla hasta que momento del alta, que sería en el sexto día.

**CONCLUSIÓN:** El papel de Enfermería es fundamental dentro del equipo multidisciplinar a la hora de proporcionar cuidados a este tipo de pacientes, ya que evitan complicaciones como pueden ser infecciones, dolor, sangrado excesivo, cefalea post-punción, etc. Por otro lado, ayudan a una mejor y pronta recuperación, facilitando la incorporación del paciente lo antes posible a su actividad laboral.

**PALABRAS CLAVE:** PACIENTE QUIRÚRGICO, TRAUMATOLOGÍA, ARTROPLASTIA, RODILLA, CUIDADOS DE ENFERMERIA.

## **INCIDENCIA DEL ESTREÑIMIENTO DURANTE EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE CADERA Y RODILLA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE TRAUMATOLOGÍA**

ANA ISABEL GUERRERO RODRIGUEZ

**INTRODUCCIÓN:** En la Unidad de traumatología el estreñimiento es muy habitual durante el postoperatorio de cirugía de cadera y rodilla (artroplastía y reparación de fracturas), al verse unidos todos los factores de riesgo para su aparición.

**OBJETIVOS:** Determinar la tasa de estreñimiento durante el postoperatorio de cirugía de cadera y rodilla.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo observacional longitudinal en la Unidad de Hospitalización de traumatología del HUCA (Hospital Universitario Central de Asturias). Se estudió la aparición de estreñimiento en 67 pacientes durante el postoperatorio de artroplastía y reparación de fractura de cadera y rodilla; y su relación con la edad, sexo, diagnósticos, antecedentes, procedimientos y estancia en número de días.

**RESULTADOS:** Por lo que con una tasa de estreñimiento del 44.7%, se concluye que existe asociación entre padecer estreñimiento y el sexo, la edad y la estancia hospitalaria en días debido a la inactividad. La relación con el resto de variables estudiadas no fue estadísticamente significativa. El 85% de los pacientes resolvieron la situación tras recibir intervenciones de enfermería (enemas rectales).

**CONCLUSIÓN:** La tasa de estreñimiento hallada es elevada. Se asocia el sexo femenino, edad avanzada e inactividad, además existe un predominio generalizado de actuaciones desagradables para combatirlo que abordar el problema desde la prevención.

**PALABRAS CLAVE:** ESTREÑIMIENTO, REPOSO, ARTROPLASTIA DE RODILLA, ARTROPLASTIA DE CADERA, EDAD, ESTANCIA HOSPITALARIA.

## **PROCESO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON FRACTURA DE FÉMUR IZQUIERDO DE ORIGEN PATOLÓGICO**

ALMUDENA ZAMORA MOGOLLO, JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ ROPERO, MARÍA ALBA BALLESTEROS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente que acude al hospital refiriendo dolor e impotencia funcional en miembro inferior izquierdo tras sufrir una caída dos días atrás. No tiene alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Enfermedades actuales: HTA de la bata blanca (no tratada), piorrea, depresión (en seguimiento), cáncer de mama y operada de un quiste ovárico. En sus antecedentes familiares encontramos que su madre padeció cáncer de colon. Tras cirugía de hemiartroplastia de cadera izquierda por fractura de cuello de fémur de origen patológico, la paciente permanece ingresada durante 4 días, presentando una buena evolución: buen estado general, afebril y normotensa y la herida quirúrgica se encuentra en buen estado.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En la exploración inicial encontramos el miembro inferior izquierdo acortado y en actitud de rotación externa, además la exploración neurovascular distal se encuentra intacta. En la radiografía realizada se muestra fractura de fémur izquierdo.

**JUICIO CLÍNICO:** Fractura de fémur izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura de fémur izquierdo.

**CONCLUSIONES:** Mediante la hemiartroplastia de cadera izquierda se corrige la fractura por la cual la paciente ingresó en el hospital. Se continuará el tratamiento de la paciente al alta mediante un seguimiento de la herida quirúrgica ambulatoriamente con curas cada 48 horas y retirada de los puntos de sutura a los 15 días de la cirugía y promoviendo la deambulación. El tratamiento medicamentoso consistirá en profilaxis antibiótica y antitrombótica, además de analgésicos. Además, se le darán una serie de medidas de cuidado para la prótesis implantada a largo plazo.

**PALABRAS CLAVE:** CADERA, SALUD, FRACTURA, HEMIARTROPLASTIA.

## **FRACTURA DE CADERA EN ANCIANO RESIDENTE**

JAIME MARÍA SÁNCHEZ PAYÁ, MARÍA BELÉN GONZÁLEZ DE LA ROSA, LUZ MARIA ROJAS PALACIOS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Caída en anciano de 89 años que vive en una residencia de mayores. Presenta dolor en la región inguinal y cadera izquierda e impotencia funcional, no puede mover la cadera. Nos encontramos la extremidad inferior izquierda más acortada y con rotación externa. Antecedentes de HTA, DM y Demencia senil. Vida cama-sillón. Ha requerido varios ingresos en los últimos 6 meses por descompensación cardíaca y una neumonía. En tratamiento con enalapril, metformina y anticoagulado con Sintrom.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** El diagnóstico de fractura de cadera fue fácilmente establecido a través de una historia clínica detallada, un minucioso examen físico y un estudio radiográfico de la cadera afectada que confirmó el diagnóstico. RX simple AP de cadera: fracturas de cadera desplazada En casos de duda diagnóstica, se puede solicitar un estudio radiográfico AP con la cadera en rotación interna unos 15-20°, con la que se obtendrá una imagen óptima del cuello femoral. La RM ha demostrado ser una forma certera en la identificación de fracturas que no son evidentes en el estudio radiográfico.

**JUICIO CLÍNICO:** FRACTURA DE CADERA. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Debido al riesgo de necrosis avascular de la cabeza femoral, el dolor de cadera consecutivo a un traumatismo mayor debe considerarse como fractura de cadera hasta no probar lo contrario. Hay que excluir: fractura de Acetábulo, fractura de la rama púbica, fracturas de stress, fractura de trocater mayor, bursitis trocantérica.

**CONCLUSIONES:** Las fracturas de cadera afectan generalmente a personas mayores y la causa principal es por caídas. La mortalidad por este proceso es alta, ya que se trata generalmente de personas mayores con otras enfermedades asociadas. Suelen asociarse con osteoporosis y / o artrosis. El tratamiento es generalmente quirúrgico, siendo necesaria en personas de edad avanzada la utilización de prótesis. La movilización debe ser lo más rápida posible para evitar complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA, CADERA, ANCIANO, RESIDENTE.

## CUIDADO DE HERIDA QUIRÚRGICA EN PACIENTE HOSPITALIZADO

JESSICA GALLARDO ORTEGA, PILAR CASTILLO SAN ROMÁN, ROCIO AVILA GONZALEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 90 años que ingresa en la planta por celulitis en quinto dedo de la mano derecha. Diabetes mellitus controlada con terapia de insulina. Porta vía periférica con sueroterapia. Se le ha realizado una intervención quirúrgica para limpiar toda la zona con celulitis, teniendo un vendaje que tapara la herida quirúrgica.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA: 120/70 Glucemias: 85-100 que se controlan con pautas de insulina. Rx de mano para comprobar la no afectación de tejido óseo.

**JUICIO CLÍNICO:** El paciente ha desarrollado una celulitis en el quinto dedo no secundaria a ninguna herida anterior, se evidencian primeros signos de tejido necrótico que se eliminan en la intervención.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Infección secundaria a herida anterior.

**PLAN DE CUIDADOS:** Diagnóstico: Riesgo de alteración de la accesos venosos entorno seguro (Infección) R/C cirugía Objetivo. Reducir el riesgo de infección. Intervenciones: Lavado de manos. Control de signos vitales. Administración de antibióticos según indicación médica. Valorar signos de infección (enrojecimiento, Rubor, calor). Limpiar la zona con antisépticos. Mantener el apósito limpio y bien sellado. Registro de enfermería. Evolución: Con los cuidados apropiados el paciente evitara infección durante hospitalización.

**CONCLUSIONES:** Lo primordial ante cualquier herida quirúrgica es mantenerla lo mas limpia posible, la terapia de antibióticos, y en este caso al ser un paciente diabético, estar mucho mas atento a la evolución de dicha herida, ya que esta patología lo hace mas propenso a necrosis y/o infecciones que dificulten que se cierre la herida.

**PALABRAS CLAVE:** HERIDA, PACIENTE, CUIDADO, ENFERMERÍA.

## **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN IMPLANTES DE CONDROCITOS AUTÓLOGOS DE RODILLA**

FILOMENA VALDERAS RODRÍGUEZ, ANA MARIA MARTOS SANCHEZ, SARA LÓPEZ SÁNCHEZ

**INTRODUCCIÓN:** Las lesiones condrales y osteocondrales de la rodilla son muy difíciles de tratar debido a la capacidad de cicatrización pobre del cartílago articular y el ambiente hostil de las articulaciones en movimiento, causando dolor incapacitante y artrosis precoz. Entre las causas más frecuentes están el daño traumático seguido de la osteocondritis disecante. En los últimos años y tras agotar el tratamiento convencional (reposo, cambios en el estilo de vida, rehabilitación o tratamientos farmacológicos) se han desarrollado nuevas técnicas con objeto de no sólo recuperar el cartílago dañado, sino evitar la progresión hacia artrosis. Una de esas técnicas es el implante de condrocitos autólogos, empleados principalmente en las rodillas.

**OBJETIVOS:** Analizar e identificar el protocolo de actuación en implantes de condrocitos autólogos de rodilla.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed, Cochrane Plus y buscadores como Google Académico.

**RESULTADOS:** El protocolo para implante de condrocitos autólogos consta de: 1. La biopsia de condrocitos se extrae de una zona de no carga de la rodilla a través de artroscopia y de manera ambulatoria. 2. Mediante ingreso hospitalario se realiza artrotomía de rodilla. Se desbrida la lesión cartilaginosa y se extraen todos los restos cartilaginosos. Una vez preparado el lecho receptor, se toma un fragmento de periostio del mismo tamaño, se sutura y sella con fibrina. Para terminar, inyectamos los condrocitos cultivados y cerramos la artrotomía. El paciente comienza la rehabilitación transcurridas 6 horas. Las intervenciones enfermeras son: -Observar síntomas y signos de infección. -Vigilar sangrado -Cura a las 48 horas con antiséptico. -Retirar suturas pasadas 2 semanas de la intervención. -Colocar la férula a las 6 horas. -Enseñar a deambular con bastones sin carga.

**CONCLUSIÓN:** El seguimiento de un protocolo de actuación y un plan de cuidados permite una mejor coordinación de profesionales así como una mayor calidad de cuidados.

**PALABRAS CLAVE:** CONDROCITOS, ENFERMERÍA, IMPLANTE, PROTOCOLO, RODILLA.

## **VERTEBROPLASTIA PERCUTÁNEA UNA SOLUCIÓN A LA FRACTURA VERTEBRAL POR OSTEOPOROSIS**

IRENE FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

**INTRODUCCIÓN:** La fractura vertebral causada por la osteoporosis se trata de una ruptura espontánea de la vértebra causada no necesariamente por un traumatismo grave, sino producida por la debilidad en la consistencia del tejido óseo causada por la osteoporosis. Uno de los posibles tratamientos es la vertebroplastia percutánea, que consiste en inyectar cemento acrílico (polimetilmetacrilato) (PMMA) en el cuerpo vertebral osteoporótico para conseguir su refuerzo.

**OBJETIVOS:** Valorar los resultados tras la vertebroplastia percutánea.

**METODOLOGÍA:** Estudio de la evolución de un número determinados de individuos tras someterse a la vertebroplastia percutánea.

**RESULTADOS:** Se consigue la desaparición o disminución del dolor en el 75% de los casos.

**CONCLUSIÓN:** La vertebroplastia percutánea está indicada en casos de dolor crónico, aunque se valora su realización en otras circunstancias.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA VERTEBRAL, OSTEOPOROSIS, VÉRTEBRA, VERTEBROPLASTIA PERCUTÁNEA.

## **CUIDADOS EN LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

ALEJANDRA RODRIGUEZ LUGO, ISAAC ALBA RODRIGUEZ, LORENA PAN CARDENAS

**INTRODUCCIÓN:** La fractura de cadera es la causa más común de hospitalización en traumatología, trae consigo muchas repercusiones relacionadas con medicina interna, rehabilitación, psiquiatría, trabajo social. Para el paciente afectado las complicaciones se dividen en grados de discapacidad hasta perder la independencia. La incidencia se incrementa con la edad, la edad media de presentación es de 80 años, conlleva una alta mortalidad en los ancianos. Las fracturas más comunes son la del cuello del fémur. Haremos una reseña sobre los factores de riesgo, clínica, clasificación, diagnóstico, tratamiento, postoperatorio, prevención de fracturas y cuidados de enfermería.

**OBJETIVOS:** Concienciar a la población sobre las consecuencias y riesgos que conlleva la fractura de cadera y estandarizar cuidados de enfermería.

**METODOLOGÍA:** Se llevará a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda bibliográfica en bases de datos como, CUIDEN, SCIELO, PUBMED. Seleccionamos aquellos publicados en castellano e inglés, descartando los artículos sin una base científica.

**RESULTADOS:** En la actualidad la fractura de cadera es una patología que afecta a un alto porcentaje de la población anciana y que por sus complicaciones supone una alta mortalidad. Es necesario definir e integrar las intervenciones médicas y de enfermería para estandarizar los cuidados de enfermería y homogeneizar las actuaciones y aumentar la satisfacción de las necesidades de nuestros pacientes.

**CONCLUSIÓN:** El principal objetivo del manejo de la fractura de cadera es retornar al paciente a su nivel de funcionalidad previo a la fractura, que normalmente se consigue con el manejo quirúrgico. Un resultado positivo depende tanto de un correcto tratamiento como de una buena prevención y manejo por esta razón es necesario desarrollar planes de tratamiento dirigidos a controlar todos los factores que afecten al resultado.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA DE CADERA, EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA, TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON REACCIÓN ALÉRGICA AL TRATAMIENTO LOCAL DE UNA HERIDA QUIRÚRGICA**

ANTONIO JESÚS LEDESMA RODRÍGUEZ, SARA JIMÉNEZ SILES, ANA MARÍA LÓPEZ PORRAS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Un varón de 40 años ingresa en la planta de Cirugía Ortopédica y Traumatología por la evolución tórpida de dos heridas fistulosas en la rodilla izquierda, consecuencia de una intervención por fractura conminuta de la rótula izquierda.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA: 125/85 mmHg; FC: 88 lpm; SpO<sub>2</sub>: 96%; T<sup>a</sup>: 36 °C; presenta un orificio fistuloso en la cara anterior de la rodilla izquierda y otro en la cara anteroinferior de la misma, eritema y rigidez cutánea perilesional por reacción al alginato de plata (exposición anterior), secreción serosanguinolenta.

**JUICIO CLÍNICO:** Reacción alérgica a alginato de plata utilizado en herida quirúrgica. **PLAN DE CUIDADOS:** Deterioro de la integridad cutánea: NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (sensibilidad [2]; elasticidad [3]; ausencia de lesión tisular [2]). NIC: Cuidados de las heridas. Actividades: monitorización de las características de la herida; aplicar una crema adecuada en la piel (en este caso corticoides para disminuir la reacción alérgica al alginato de plata); limpiar con solución salina fisiológica y cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje; mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. Deterioro de la movilidad física: NOC: Ambular (camina a paso moderado [4]; camina a paso rápido [3]; sube escaleras [3]; baja escaleras [3]). NIC: Terapia de ejercicios: equilibrio. Actividades: colaborar con los fisioterapeutas en los ejercicios; proporcionar dispositivos de ayuda (bastón).

**CONCLUSIONES:** En este caso se observan la reincidencia de hospitalización de los pacientes de traumatología por infección y, a veces, por reacciones alérgicas al tratamiento. Ello pone de manifiesto que, antes de poner en curso un tratamiento, uno ha de asegurarse de que no existe contraindicación alguna y, aun así, esto no implica que no exista posibilidad de que ocurra algún evento adverso.

**PALABRAS CLAVE:** EVENTO ADVERSO, INTERDISCIPLINAR, REACCIÓN ALÉRGICA, HOSPITALIZACIÓN, HERIDA QUIRÚRGICA.

## **LA OSTEOPOROSIS COMO PANDEMIA DEL S.XXI EN MUJERES POSTMENOPAÚSICAS: CAUSAS Y CONSECUENCIAS**

IRENE ORTEGA SOTO, ROSA MARÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, PATRICIA GARCÍA CEGARRA,  
PEDRO JOSE PEREZ BERNAL, ESTRELLA LEVA JUMILLA

**INTRODUCCIÓN:** La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más prevalente en las mujeres españolas. El hueso se vuelve poroso ( $> 2,5$  desviaciones típicas) debido a la disminución de actividad osteoblástica y el aumento de la actividad osteoclástica. Afecta aproximadamente al 35% de mujeres mayores de 50 años en España, un 50% en mayores de 70 años y un porcentaje significativo presenta osteopenia, que probablemente desembocará en osteoporosis posteriormente. Las consecuencias de esta afección son, en primer lugar, la elevada probabilidad de fracturas, así como dolor o lumbago crónico.

**OBJETIVOS:** En esta revisión queremos plasmar el nivel de afectación de osteoporosis en nuestro país, los factores predisponentes, los síntomas más característicos para su identificación y las consecuencias que provoca en mujeres mayores de 50 años.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica de publicaciones de la última década en diferentes bases de datos científicas PUBMED, MEDLINE, SCIELO, CUIDEN, seleccionando las de mayor relevancia, tanto en castellano como en inglés.

**RESULTADOS:** La osteoporosis afecta al 35% de mujeres españolas mayores de 50 años. Los factores predisponentes son muy numerosos, entre los que destacan : menopausia, edad avanzada, baja ingesta de Calcio, consumo de tabaco, bajo IMC, sedentarismo, déficit de Vitamina D. Algunos de los signos y síntomas más significativos son: aplastamiento vertebral, dolor óseo, fractura de fémur y radio.

**CONCLUSIÓN:** La osteoporosis afecta a un elevado porcentaje de mujeres en España, inicialmente de un modo asintomático, dando lugar más tarde a complicaciones de mayor gravedad, que suponen una disminución en la calidad de vida de las afectadas y un coste elevado para el sistema sanitario. Según los estudios revisados, con una detección temprana, se podría mejorar la calidad de vida de estas mujeres, reducir patologías derivadas de la osteoporosis y los costes sanitarios de las mismas.

**PALABRAS CLAVE:** OSTEOPOROSIS, PREVALENCIA, CAUSAS, CONSECUENCIAS.

## REROTURA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN DEPORTISTA

FRANCISCO JAVIER GARCIA GARCIA, MARIA LUISA ARIZA SÁNCHEZ, ANA ISABEL RECHE PADILLA

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 36 años, asiduo jugador de fútbol y otros deportes. Hace 3 años en un mal apoyo en un campo de césped presenta chasquido brusco y dolor agudo en rodilla derecha, resultando en rotura del ligamento cruzado anterior (LCA). Fue intervenido a los 4 meses mediante una plastia con autoinjerto de isquiotibiales. Ya reincorporado desde hace 2 años a la vida normal, presenta hace 2 meses un choque fortuito sobre misma rodilla mientras realizaba snowboard. Como resultado comienza con una clínica similar a la que ya presentó.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** El paciente a la exploración física presenta un marcado derrame articular, que según refiere es esporádico, estabilidad medio-lateral de la rodilla, sin bostezos, y prueba de McMurray negativa para ambos meniscos. Sí presenta cajón anterior, Lachman positivo y pivot-shift -/+. Ante la sospecha se realiza una RM que confirma el diagnóstico.

**JUICIO CLÍNICO:** Rerotura del LCA rodilla derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura meseta tibial, esguince ligamentos colaterales de rodilla, contusión.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se realiza de nuevo una cirugía consistente en la obtención de un nuevo injerto autólogo que sustituya al LCA roto. Esta vez, debido a la obtención de los tendones de la pata de ganso de esa rodilla, se opta por una técnica hueso-tendón-hueso (HTH), que consiste en obtener un fragmento óseo de rótula y espina tibial, con el correspondiente tendón rotuliano que será el que haga las funciones de plastia.

**CONCLUSIONES:** En pacientes jóvenes con cierta demanda funcional deportiva, la indicación ante una rotura del LCA es clara en la literatura, el tratamiento quirúrgico es necesario para volver a un nivel físico similar al previo. Existen diversas técnicas para sustituir el ligamento roto, el injerto autólogo de isquiotibiales es la técnica más empleada actualmente en nuestro país, aunque en determinados pacientes y/o recidivas, la obtención de un injerto HTH supone una opción igualmente válida sin más complicaciones añadidas.

**PALABRAS CLAVE:** LCA, HTH, PLASTIA, ROTURA.

## **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍAS ANTE PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

GEMMA SOPO MONTALBAN, TRINIDAD VALVERDE LÓPEZ, VANESA BAUTISTA MARTINEZ

**INTRODUCCIÓN:** Es muy importante para la prevención de caídas conocer quien son los pacientes de riesgo de sufrir una caída para poder prevenirlas. Hay muchas causas que pueden producir las caídas relacionadas con el entorno o el estado del paciente o ambas. Por eso es necesario que el personal al cuidado de los pacientes conozca en profundidad todo lo relacionado con los riesgos.

**OBJETIVOS:** Conocer factores de riesgos del entorno y del paciente. Identificar las medidas oportunas de prevención.

**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:** Valorar factores de riesgo. Eliminar los factores de riesgo. Ordenar la habitación, quitando posibles obstáculos. Valorar la autorización de barandillas. Zonas de deambulación bien iluminadas. Acompañar al paciente en los traslados cuando lo necesita. Comprobar la autonomía del paciente. Informar que debe pedir ayuda siempre que lo necesite. Evitar zonas resbaladizas como suelos mojados. El TCAE será el responsable de valorar el riesgo de caídas del paciente teniendo en cuenta el entorno que le rodea, intentando mantener la integridad física del paciente.

**CONCLUSIÓN:** El TCAE se encargará de observar al paciente, los factores de riesgo, sus necesidades, llevar a cabo las medidas de prevención para evitar posibles caídas.

**PALABRAS CLAVE:** TCAE, CAÍDAS, PREVENCIÓN, RIESGOS.

## **RADIOFRECUENCIA PULSADA PARA EL MANEJO DE LA GONARTROSIS**

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

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 79 años con antecedentes de infarto de miocardio que precisó de 4 stents, fibrilación auricular, secuela de hemiparesia derecha, ex-advp, cirrosis, hipertensión portal e hipertensión arterial. Como antecedente quirúrgico se le realizó una meniscectomía total del menisco interno de ambas rodillas con 24 y 26 años. Acude por dolor en rodilla izquierda que le dificulta la marcha. Precisa de un bastón para poder caminar. Ha empleado distintos tratamientos médicos sin buen resultado. Incluso ha acudido a un médico particular que le ha realizado varias infiltraciones y fisioterapia sin buen resultado. Solicita valoración de intervención quirúrgica aunque teme dicha cirugía por el elevado riesgo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Marcha del segador y antiálgica que precisa de un apoyo. Dermatolipoangioesclerosis en calcetín bilateral. Disminución de pulsos periféricos. Genu varo severo bilateral. Flexo de 15°. Flexión de 90° con dolor. Pseudoinestabilidad al valgo. Dolor a nivel tricompartmental con Zholen y cepillo positivos. Crujidos articulares. En la radiografía de las rodillas en carga se aprecia una importante artrosis tricompartmental con genu varo.

**JUICIO CLÍNICO:** Gonartrosis postmeniscectomía tricompartmental en contexto paciente de alto riesgo.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Gonartrosis secundaria a procesos reumáticos o traumáticos.

**PLAN DE CUIDADOS:** Ante el elevado riesgo quirúrgico que presenta el paciente se le propuso la posibilidad de realizar técnicas de radiofrecuencia pulsada sobre los nervios geniculados guiada por ecografía, obteniendo periodos libres de dolor de entre 4 a 6 meses, plazos en los que era revisado. De esta manera se evitó la cirugía y se logró un buen control analgésico con una técnica poco invasiva.

**CONCLUSIONES:** La radiofrecuencia debe ser una técnica dentro del arsenal terapéutico para el manejo del dolor de la gonartrosis por sus buenos resultados y su relativa inocuidad.

**PALABRAS CLAVE:** ARTROSIS DE RODILLA, GONARTROSIS, RADIOFRECUENCIA PULSADA, RODILLA DOLOROSA.

## **CERVICALGIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

MARTA TRIGO RODRÍGUEZ, MARÍA TERESA CRUCES MORENO, MINDY DEL CARMEN RODRIGUEZ, MARÍA LUCÍA TORNERO DIVIESO, CRISTINA NOVO RODRÍGUEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 17 años, sin antecedentes de interés, que consultó en servicio de urgencias por dolor cervical de dos meses de evolución y de intensidad creciente sin otros síntomas asociados. Se realizó radiografía cervical que demostró una disminución de la altura del cuerpo vertebral C5, completándose estudio con TAC cervical que objetivó lesión osteolítica en hemicuerpo izquierdo de C5 sugestiva de histiocitosis de células de Langerhans. Se ingresó para completar estudio, valorando dentro del diagnóstico diferencial la posibilidad de espondilodiscitis, lesión metastásica, linfoma oseo o granuloma eosinofílico (considerando la edad del paciente, la localización y las características radiológicas).

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La analítica de ingreso fue normal, incluida la bioquímica con proteína C reactiva. Se realizó RMN de columna, que descartó afectación de otras localizaciones vertebrales, informándose los hallazgos en C5 como sugestivos de espondilodiscitis pudiéndose considerar también el diagnóstico de linfoma. Se solicitó entonces PET-TAC, que puso de manifiesto lesión hipermetabólica a nivel de la lesión referida sugestiva de espondilodiscitis, sin otros hallazgos. Finalmente se realizó biopsia ósea que confirmó el diagnóstico de granuloma eosinófilo. El cultivo de la biopsia ósea fue positivo para estafilococo coagulasa negativo, que, en relación a la ausencia de fiebre y la normalidad de los reactantes de fase aguda, se interpretó como contaminante.

**CONCLUSIONES:** Con este caso, queremos hacer énfasis en la necesidad de interpretar los resultados de las pruebas complementarias dentro del contexto clínico del paciente a la hora del diagnóstico. La histiocitosis de células de Langerhans es una entidad a tener en cuenta en el caso de lesiones líticas únicas, sobre todo en el caso de pacientes jóvenes. Su morfología puede confundirse radiológicamente con imágenes de osteomielitis o enfermedad metastásica, por lo que la historia clínica exhaustiva y el examen anatomopatológico de la muestra ósea juegan un papel crucial en el diagnóstico definitivo.

**PALABRAS CLAVE:** CERVICALGIA, HISTIOCITOSIS, ESPONDILODISCITIS, LINFOMA OSEO.

## ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TRATAMIENTO DEL ESPOLÓN CALCÁNEO

MARÍA TERESA NAVARRO LORENZO, JUAN CARLOS ORTIZ VERGEL, MARÍA DOLORES GUIL LÓPEZ

**INTRODUCCIÓN:** El Espolón Calcáneo es una protuberancia ósea (osteofito) localizada en la parte anterior de la tuberosidad plantar del calcáneo, que irrumpe como una espina en la fascia plantar originando una inflamación crónica y dolor. El Espolón puede formarse por procesos inflamatorios degenerativos (mal alineamiento de los huesos del pie, edad) o de origen inmunológico (espondiloartropatías). El síntoma más relevante en el Espolón Calcáneo es el dolor.

**OBJETIVOS:** Identificar la efectividad de los nuevos tratamientos, no conservadores, en el tratamiento del Espolón Calcáneo.

**METODOLOGÍA:** Revisión Teórica utilizando como bases de datos la Biblioteca Cochrane Plus, Medline y Dialnet, como operador booleano AND, y seleccionando los artículos publicados en los últimos 7 años.

**RESULTADOS:** Según el estudio de Orellana Molina, A. Et al (2010) en el cual se evaluó el efecto analgésico del láser infrarrojo en 52 pacientes con Espolón Calcáneo, el tratamiento resultó ser positivo ya que se curó un 61,5% y mejoraron el 38,5% de los pacientes tratados. El dolor evolucionó de forma satisfactoria (77%); por tanto, el tratamiento láser resultó ser un método eficaz y muy aceptado por los pacientes. El estudio de Pardo Pardo, I. Et al (2017) evaluó los resultados del tratamiento con farmacopuntura (utilizando como medicamento la triamcinolona) en 45 pacientes con Espolón Calcáneo. El alivio total del dolor se logró en el 44,4%, Y el 4,4 % No experimentaron alivio. Al finalizar el tratamiento con farmacopuntura, 43 pacientes (64,4%) Curaron y solo 2 (4,4%) No mejoraron. El tratamiento del Espolón Calcáneo con farmacopuntura redujo las manifestaciones dolorosas y produjo una alta satisfacción.

**CONCLUSIÓN:** Los resultados obtenidos en los estudios analizados muestran la efectividad de los nuevos tratamientos para tratar el Espolón Calcáneo, ya que tanto el Láser Infrarrojo como la Farmacopuntura han revelado resultados positivos en la cura y mejora del dolor en pacientes con Espolón Calcáneo.

**PALABRAS CLAVE:** EFECTIVIDAD, ENFERMERÍA, ESPOLÓN CALCÁNEO, TRATAMIENTO.

## LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RODILLA: A PROPOSITO DE UN CASO

JAVIER MARANTE FUERTES, ANNA HOLUB, FRANCISCO JAVIER SOTELO SEVILLANO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 57 años, con antecedentes de HTA, cardiopatía isquémica, obesidad mórbida y gonartrosis moderada bilateral, que sufre raumatismo por rotación brusca de la rodilla derecha al resbalar sobre el acerado mientras caminaba por la calle. A su llegada al hospital presenta intenso dolor en dicha articulación que se acompaña de una impotencia funcional absoluta y de una deformidad evidente que permite establecer el diagnóstico de presunción e luxación de rodilla.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A la exploración, además del dolor y la imposibilidad de movilizar la rodilla que aparece deformada y bloqueada en extensión, no se objetivan signos de afectación vasculonerviosa nivel del extremo distal del miembro afecto que presenta pulsos y movilidad sin alteraciones significativas. Rx de rodilla P. A y lateral.

**JUICIO CLÍNICO:** Tras la realización del estudio radiográfico se establece el diagnóstico de luxación femorotibial anterointerna. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura de la extremidad proximal de tibia, fractura de fémur distal, subluxación de rodilla.

**PLAN DE CUIDADOS:** En el servicio de urgencias y sin necesidad de administrar anestésico alguno intento de reducción mediante tracción en eje de miembro. Sin necesidad de aplicar una fuerza importante se consigue corregir la deformidad. Se realizan Rx de control comprobándose la correcta reducción y procediéndose a la inmovilización en cama con férula de Braun. Se recomienda aplicación de hielo local y analgesia oral, además de las medidas antitrombóticas habituales.

**CONCLUSIONES:** La evolución de la enferma es satisfactoria. El dolor y el edema secundarios a la dislocación se reducen. Se coloca una calza de Böhler después de 9 días de tratamiento, permitiéndose la marcha en descarga con bastones y alza en el calzado contralateral. Después de tres semanas se retira la inmovilización, y se coloca una ortesis estabilizadora tipo Lenox-Hill permitiendo la deambulacion con apoyos y en semicarga. Se inicia la rehabilitación. En sucesivas revisiones la evolución continua siendo favorable.

**PALABRAS CLAVE:** LUXACION, RODILLA, BAJA ENERGIA, TRAUMATISMO.

## MAREOS Y VÓMITOS EN UNA PERSONA CON VÉRTIGO

ANA MARIA CABAS JIMÉNEZ, FRANCISCA ROCIO PARRA HOLGADO

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 45 años siente mareos y vómitos desde esa mañana, comenta tener vómitos biliosos y restos alimentarios. Ha presentado episodios anteriores similares. No tiene ninguna alergia. No toma ningún tratamiento habitual.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** El paciente entra en camilla por mareos. Buen estado general. Consciente y orientado, colaborador. Bien hidratado y perfundido, buena coloración piel y mucosas. Afebril. Tono cardíaco rítmico a buena frecuencia. Murmullo vesicular sin ruidos patológicos sobreañadidos. Exploración neurológica: consciente glasgow 15/15. Paciente orientado, en tiempo, espacio y persona. Cuello: se palpa contractura en trapecios. Se solicita analítica y se administra medicamento. Analítica hemograma y bioquímica anodina. Buen estado general.

**JUICIO CLÍNICO:** Vómitos y mareos causados por vértigo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cuando se ve al paciente se piensa que es a causa de una contractura en el cuello.

**CONCLUSIONES:** Se debe a un problema en la parte del oído interno que controla el equilibrio estas áreas se denominan laberinto vestibular o canales semicirculares, el problema también puede involucrar el nervio vestibular este es el nervio que conecta el oído interno y el tronco encefálico. Ciertos medicamentos como los antibióticos, aminoglucósidos, sisplatino, diuréticos o salicilatos.

**PALABRAS CLAVE:** MAREOS, DOLOR, VÓMITOS, VÉRTIGO.

## DIAGNÓSTICO Y MANEJO EN URGENCIAS DE LESIONES LIGAMENTOSAS Y MENISCALES AGUDAS DE RODILLA

FRANCISCO JAVIER SOTELO SEVILLANO, ANNA HOLUB, JAVIER MARANTE FUERTES

**INTRODUCCIÓN:** Los esguinces sobre los ligamentos externos (medial y lateral) o internos (cruzados anterior y posterior) o lesiones en los meniscos se pueden producir a partir de un traumatismo de rodilla. Los síntomas incluyen dolor, derrame articular, inestabilidad (en los esguinces graves) y atrapamiento (en algunas lesiones de menisco). El diagnóstico se realiza mediante examen físico y, en ocasiones, con RM. El tratamiento es PRICE (protección, reposo, hielo, compresión y elevación) y, en casos graves, escayola o reparación quirúrgica.

**OBJETIVOS:** Analizar el protocolo diagnóstico y terapéutico del manejo de las lesiones ligamentosas y meniscales de la articulación de rodilla.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

**RESULTADOS:** Diagnóstico clínico de urgencias. Esguince grado I del LLI o LLE: reposo deportivo. Tratamiento sintomático. Esguince grado II/III del LLI: Vendaje enyesado 4-6 sem. Realización de ejercicios isométricos. Posteriormente a la retirada del yeso trabajo específico de flexores y extensores de la rodilla. Tratamiento sintomático. Reiniciar deporte de competición cuando la masa muscular sea simétrica en ambos MMII. Esguince grado II/III del LLE: Tratamiento quirúrgico. Lesión aislada del LCA: Tratamiento quirúrgico (diferido). Hasta que no este reparado se prohibirán deportes de competición bajo riesgo de lesión de meniscos. Ejercicios isométricos e isotónicos precoces del miembro lesionado y aplicación de crioterapia (2-3 sem). Tratamiento sintomático. Lesión aislada del LCP: Solo indicada cirugía se persiste inestabilidad incapacitante para la actividad deportiva. Lesión del complejo posterolateral: Tratamiento quirúrgico (urgente) Diagnóstico clínico de urgencias -. Bloqueo de rodilla: Tratamiento quirúrgico (urgente). Sin bloqueo de rodilla: Artrocentesis si precisa (valorar infiltración de anestésico + corticoide). Ejercicios isométricos e isotónicos precoces del miembro lesionado y aplicación de crioterapia (2-3 sem). Tratamiento sintomático. Se establece pautas claras para un correcto diagnóstico y manejo a seguir en el servicio de urgencias.

**CONCLUSIÓN:** Es importante establecer los protocolos de actuación para unificar los criterios diagnósticos entre diferentes profesionales.

**PALABRAS CLAVE:** LIGAMENTO, AGUDA, ROTURA, LESIÓN.

## ACTUACIÓN ENFERMERA AL PACIENTE CON MANGUITO DE ISQUEMIA

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ CONTRERAS, MARIA PRESENTACION VENEGAS MOLES, MARIA DOLORES MORENO IBAÑEZ

**INTRODUCCIÓN:** El manguito de isquemia neumática es un instrumento indispensable para la cirugía de extremidades, gracias a él obtenemos un campo quirúrgico exangüe con una exposición clara de la anatomía.

**OBJETIVOS:** Analizar los conocimientos en cuanto a los cuidados perioperatorios que debe recibir el paciente que está siendo sometido a una cirugía con torniquete neumático.

**METODOLOGÍA:** Se realiza revisión de literatura reciente y protocolos de enfermería para la síntesis de este trabajo.

**RESULTADOS:** El manguito de isquemia es muy habitual en la cirugía ortopédica y traumatológica. Es importante conocer su funcionamiento, los cuidados que debemos proporcionar y saber cuáles son los posibles efectos adversos que pueden ocurrir. El material necesario es: Venda de Esmarch, torniquete neumático, Regulador de presión, Bombona de gas comprimido, Sistema de tubos y venda de algodón. La presión del manguito variará según la edad, presión sanguínea, forma y tamaño de la extremidad, así como las dimensiones del manguito. Los valores estándar para el adulto son 250 mmHg en miembros superiores y 300 mmHg en miembros inferiores. Efectos sobre la técnica quirúrgica: - Favorece la cementación en aquellas técnicas que lo requieren. - Disminuye el sangrado intraoperatorio. Efectos adversos a tener en cuenta: A mayor presión y mayor tiempo mayores son las posibilidades de sufrir las siguientes complicaciones: - Dolor postoperatorio - Lesiones de la piel: quemaduras por fricción del manguito y pliegues cutáneos. Hipoxia tisular y retraso de la cicatrización de la herida. - Lesiones nerviosas: parestesias, neuroapraxia. - Daño muscular/Síndrome de postisquemia. - Aumento del riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) - Síndrome metabólico Su uso está contraindicado en pacientes que presenten: Neuropatía periférica, TVP de la extremidad, Enfermedad de Raynaud y enfermedad vascular periférica.

**CONCLUSIÓN:** Las recomendaciones básicas actuales: - Usar un manguito lo más ancho posible, bien almohadillado, y lo más distal posible. - La extremidad debe exanguinarse con venda de esmarch o mediante elevación. - Nunca mantener durante más de dos horas. - El menor tiempo y presión posible.

**PALABRAS CLAVE:** MANGUITO DE ISQUEMIA, TRAUMATOLOGIA, CUIDADOS DE ENFERMERIA, COMPLICACIONES.

## **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN FRACTURAS DE LA EXTREMIDAD PROXIMAL DEL HUMERO: REVISIÓN DE RESULTADOS**

FRANCISCO JAVIER SOTELO SEVILLANO, JAVIER MARANTE FUERTES, ANNA HOLUB

**INTRODUCCIÓN:** La fractura del húmero proximal se observa en todos los grupos de edad, pero son más frecuentes en los pacientes de edad avanzada.

**OBJETIVOS:** Presentación del protocolo de actuación de nuestra unidad para el tratamiento de las fracturas de la extremidad proximal de húmero. Mostramos además, un estudio de revisión de casos clínicos donde pretendemos demostrar la eficacia de dicho protocolo a través del análisis individualizado de una muestra de enfermos en los que fue aplicado en un intervalo de 5 años.

**METODOLOGÍA:** El tratamiento de las fracturas de húmero proximal ha evolucionado de forma notable en los últimos años al introducirse nuevas técnicas y materiales que han permitido alcanzar unos resultados mas que aceptables en una patología relativamente frecuente que compromete de forma importante la funcionalidad de la extremidad superior. Recogemos nuestro protocolo de actuación, sustentado en las aportaciones de las figuras más relevantes de la cirugía de hombro a nivel mundial, y los resultados obtenidos de su aplicación en los enfermos que ingresaron en nuestra unidad entre los años 2011 - 2016. Se trata de un estudio de revisión de casos clínicos y al mismo tiempo de búsqueda bibliográfica para contrastar nuestra experiencia.

**RESULTADOS:** Tras revisar las publicaciones más actuales referentes a este tema comprobamos la vigencia de nuestro protocolo. Presentamos además una serie de enfermos intervenidos en nuestro servicio y los resultados funcionales y radiográficos que se obtuvieron tras la actuación quirúrgica y en donde reflejamos la utilidad práctica de la aplicación de forma sistemática de un protocolo debidamente actualizado .

**CONCLUSIÓN:** Parece evidente que los mejores resultados en el tratamiento de la fractura de la extremidad proximal de húmero se obtienen a través de la aplicación rigurosa de un protocolo de actuación de fácil manejo y que cubre practicamente todas las necesidades de tratamiento en este tipo de traumatismos.

**PALABRAS CLAVE:** HÚMERO, HOMBRO, EXTREMIDAD PROXIMAL, FRACTURA.

## **FRACTURAS DE LA CABEZA Y DEL CUELLO DEL RADIO EN ADULTOS**

JAVIER MARANTE FUERTES, ANNA HOLUB, FRANCISCO JAVIER SOTELO SEVILLANO

**INTRODUCCIÓN:** La fractura de cabeza y cuello del radio son poco frecuentes y requieren tratamiento específico para conseguir la correcta movilidad de la articulación del codo.

**OBJETIVOS:** Analizar los resultados obtenidos acerca de la funcionalidad articular y las complicaciones derivadas tras la extirpación de la extremidad proximal del radio realizadas en nuestro servicio en los últimos 10 años.

**METODOLOGÍA:** Hemos recogido 19 casos de enfermos sometidos a este tipo de intervención por fractura traumática de la cabeza y cuello del radio del radio. Seguimiento mínimo fue de 10 meses, complicaciones asociadas a la cirugía: infecciones inmediatas y tardías, y dolor crónico. Tiempo de rehabilitación. Funcionalidad de la articulación expresada en grados de flexo-extensión y pronosupinación del antebrazo.

**RESULTADOS:** La distribución por sexos de la muestra corresponde a 12 varones y 7 mujeres, con una edad media de 53 años. No se observó ningún caso de infección postoperatoria profunda, inmediata o tardía, aunque en dos casos se produjo infección superficial de la herida quirúrgica. En 12 casos los enfermos afirmaban sufrir algún tipo de molestia. Tratamiento: férula posterior 7 días, tras los cuales se deja el miembro en cabestrillo comenzando los ejercicios activos y activos asistidos. Respecto a los arcos de movilidad articular a los 10 meses los resultados obtenidos fueron los siguientes: pronación media: 63° supinación media: 71° flexión: 133°.

**CONCLUSIÓN:** Concluimos que las fracturas grado III de la cabeza y cuello de radio que han sido intervenidas de una resección de la cabeza del radio en caso de fracturas conminutas o de tipo iii en la clasificación de Mason del adulto han obtenido buenos resultados evolutivos en el seguimiento tras la intervención en nuestro servicio.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURAS, CABEZA, CUELLO, RADIO, ADULTO.

