

CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES QUE -  
PRESENTAN FRACTURA EN MIEMBROS SUPERIORES

---

Al ocasionarse una fractura el paciente sufre una serie de situaciones anatómicas y funcionales que si no son corregidas producirán grados variables de incapacidad.

Las fracturas pueden ser inmovilizadas o mantenidas en su lugar por medio de vendajes de gasa o tela gruesa elástica, férulas de madera o plástico útiles como medios temporales de inmovilización, y en ocasiones como medio permanente.

Las férulas neumáticas son bastante empleadas por el personal de primeros auxilios y ambulancias.

Todo medio de inmovilización que no se adapte a la curva de la extremidad debe ser acofinado para impedir la compresión.

Al paciente fracturado se le quitarán sus ropas de tal manera que se manipule la región no lesionada y después la fracturada, manteniendo al paciente lo más cómodo posible, evitamos el choque manteniendo una buena temperatura con ayuda de cobijas, empleo de bolsas de agua caliente alrededor del paciente, vigilando constantemente para evitar quemaduras, la temperatura ambiental se mantiene adecuada evitando corrientes de aire,

una buena posición contribuye a la comodidad usando bolsas de arena o almohadas para sostener el miembro lesionado.

El dolor se tratará con ministración de analgésicos, en caso de choque hipovolémico se repone el volumen sanguíneo con soluciones intravenosas.

En cuanto es posible se hace la valoración radiográfica la cual confirma la fractura, siendo a la vez una guía para la reducción.

El objetivo de la reducción es impedir lesión adicional y colocar el hueso roto en una buena posición manteniéndolo en su lugar hasta que cure.

En ocasiones es necesaria otra radiografía para saber si las fragmentos óseos están en posición correcta.

En fracturas en las cuales el hueso sobresale de la piel la herida se cubre con apósitos estériles o con un paño limpio.

En fracturas de antebrazo la inmovilización se lleva a cabo con el uso de tablas pequeñas que hacen las veces de férulas, en el brazo se inmoviliza vendándolo al tórax con una blusa o chaqueta, en la mano se puede usar el vendaje total o guanteleta el cual se inicia con dos circulares en la muñeca,-

al llegar al dorso medio de la muñeca se invierte la venda para llevarla con recurrentes hacia la parte media y anterior de la muñeca, regresamos de nuevo la venda hasta cubrir totalmente la mano, se fija con una circular en la muñeca, se hacen oblicuas para cubrir la mano y finalmente se fija con dos circulares en la muñeca con alfileres o tela adhesiva.

En las inmovilizaciones de extremidades siempre se dejarán los dedos expuestos, siendo de vital importancia observar las características de la circulación de la extremidad y notificar al médico sensaciones de tipo quemaduras, además debemos observar coloración de la piel, edema, dolor, adormecimiento, extremidad fría.

En el medio hospitalario la aplicación de venda enyesada es la forma más frecuente de inmovilizar una fractura, protegiendo la piel y los tejidos blandos con wata o su equivalente, la finalidad que se busca en el enyesado, además de inmovilizar, es apoyar y proteger la zona lesionada durante la cicatrización.

El enyesado suele secar aproximadamente en 24 hs. no debiendo tocar ningún punto las primeras horas siguientes a su confección, con una toalla húmeda limpiaremos la piel para eliminar el yeso residual, de no tener este cuidado causará molestias al paciente si quedan gotitas de yeso que al secarse se fragmentan y se pueden deslizar debajo del enyesado, el paciente recién enyesado se manejará con las palmas de las manos y no con los de

dos, ya que al ejercer presión sobre el yeso húmedo se producen muescas que pueden lesionar la piel después que el enyesado se ha secado.

Los cambios de posición de un fracturado lo lleva remos a cabo cada 2 horas para impedir la fatiga y el secado uniforme del yeso.

Enyesado en brazos.- Para aminorar y dominar el edema cuando el paciente esté en decúbito se eleva el brazo de modo que cada articulación esté a un nivel más alto que la precedente ejem. el codo más alto que el hombro y la mano más alta que el codo. Cuando el paciente comience a deambular puede emplearse un cabestrillo, sin embargo este aditamento conserva el brazo en declive, para drenaje adecuado el brazo debe estar más alto que el corazón, -- por lo tanto hay que enterar al paciente sacar el brazo frecuentemente del cabestrillo y extenderlo por arriba de la cabeza.

En tanto el paciente se encuentre enyesado, se le enseñará a hacer tensión o contracción de los músculos sin mover las articulaciones, el enyesado de brazos se le orienta a que cierre con fuerza el puño, llevándose a la práctica dichas contracciones isométricas cuando menos cada hora, también se les enseña a ejercitar sus dedos con frecuencia activa.

Al llegar el momento de retirar el yeso al paciente, éste se siente inseguro por la pérdida de apoyo en su extre-

midad siendo de vital importancia el papel de la enfermera que, consiste en facilitar la adaptación del paciente, lo cual logra remos apoyando la zona para conservarla en posición que tenía - en el enyesado.

La extremidad suele sentirse débil y posiblemente parezca más pequeña, al mover la articulación la enfermera debe proporcionar soporte adecuado y hacer las maniobras con toda sua vidad, posiblemente las articulaciones se sientan más rígidas, - sensación producida por la falta de uso, encontramos pacientes - que se deprimen cuando descubren que su extremidad no ha recuperado la capacidad total de su uso, la enfermera le explicará que es necesario cierto tiempo para que los músculos y las articulaciones recobren su grado normal de capacidad, alentándolo para - que lleve a cabo movimientos graduales siguiendo órdenes del médico para recuperar y acentuar su potencia.

Hay ocasiones en las cuales el paciente fracturado es sometido a intervención quirúrgica de inmediato, siendo ne cesario que el paciente se encuentre en el quirófano 20 minutos - antes de empezar la anestesia.

En la unidad en la cual se encuentra el paciente - se llevan a cabo los siguientes procedimientos.

Se viste al paciente con la bata convencional, de jándose desatada y abierta por atrás, en las mujeres el cabello-

largo se recoge en dos trenzas, quitándole todos los broches --- que traiga en el pelo, y se cubre completamente cabeza y pelo -- con un turbante o gorra.

Se le revisa la boca en busca de dentadura y prótesis dentales, goma de mascar, alimento o algún otro material - extraño los cuales puedan originar una obstrucción respiratoria durante la inducción de la anestesia por desplazamiento a la faringe de los cuerpos antes mencionados.

Las dentaduras postizas y prótesis se etiquetarán y conservarán en un sitio seguro.

Las joyas incluso los anillos de boda se le quitarán al paciente y se les entregarán a los familiares del paciente o en su defecto se guardarán en el departamento de administración para su entrega en cuanto se presente un familiar, en caso de no poder retirarse alguna alhaja se cubrirá con tela adhesiva lo mejor posible.

El paciente debe orinar antes de ser enviado al quirófano, la vejiga debe estar vacía pero no se recurrirá al uso de sonda excepto en caso de urgencia, o cuando convenga tener una sonda a permanencia para asegurar el colapso vesical.

La cantidad de orina deberá medirse y anotarse -- junto con la hora en la hoja de medidas pre-operatorias o en la hoja de anestesia.

La premedicación en ocasiones se indica por vía I.V. para ganar tiempo, ya que por esta vía se logra en menos tiempo el efecto deseado.

Con la premedicación se busca básicamente disminuir la ansiedad del paciente de manera que la inducción y la conservación de la anestesia sean uniforme y tranquilas.

Función de enfermería de bastante importancia es investigar el tiempo de ayuno del paciente a intervenir, debiendo ser de cuando menos 4 horas, de no ser así, se recurre al vaciamiento del estómago mediante la aplicación de una sonda Levin, este procedimiento se lleva a cabo con el fin de contribuir a una buena recuperación post-operatoria evitando vómitos de contenido alimenticio y broncoaspiración en el período post-operatorio inmediato.

La enfermera revisará la región a intervenir, cuidando de que el área a preparar se encuentre libre de rasguños y abrasiones ya que son sitios potenciales de infección. Observaciones de última hora que se consideren como anormales y que puedan tener influencia en la anestesia u operación se colocarán con letra clara en la parte frontal del expediente en un sitio prominente.

La enfermera se cerciorará de que la hoja donde consta el consentimiento para llevarse a cabo la operación, se encuentre firmada por el propio paciente si está en posibilidad-

de hacerlo, si es mayor de edad y se encuentra en posesión de -- sus facultades mentales, si es menor de edad o se encuentra in-- consciente el permiso debe obtenerse de un miembro de la familia si no se puede llevar a cabo este requisito antes de la interven-- ci-on, se hace el esfuerzo de ponerse en contacto con la familia del paciente lo antes posible y llenar de inmediato dicha hoja - ya que la misma protege al paciente de una cirugía no aprobada y al cirujano y al hospital de una demanda por operación no autori-- zada.

Traslado del paciente al quirófano.- El paciente es trasladado - al quirófano en la camilla, llevándose a cabo el traslado en for-- ma cómoda, manteniendo bien cubierto al paciente para evitar es-- calofríos por corrientes de aire en los corredores. Protección:- si es posible la enfermera que ha cuidado del paciente desde su-- ingreso hasta ese momento, debe acompañarle al quirófano, para - darle mayor serenidad al paciente en ese momento que se encuen-- tra sumamente nervioso. La historia clínica debe entregarse a u-- na enfermera o al anestesiólogo, nunca al paciente.

Cuidados post-operatorios.- La enfermera debe conocer el estado del paciente recién operado, así como proporcionar los cuidados inmediatos post-operatorios.

La enfermera colocará al paciente en la posición adecuada conservando la cama horizontal hasta que el paciente recupere la conciencia, cambiándose a posición de semifowler --- cuando el paciente ha recuperado la conciencia, el miembro inter



venido debe quedar elevado para disminuir el edema y ayudar a -- la circulación de retorno de la extremidad que casi siempre se encuentra enyesada.

Se vigila constantemente la coloración de la piel, uñas, temperatura, avisando de inmediato al médico la presencia de un signo anormal.

Los principales riesgos post-operatorios son choque que el cual puede evitarse o tratarse con la ministración oportuna de líquidos y sangre por vía I.V. y medicamentos adecuados.

Tomando en cuenta el estado de conciencia del paciente, los problemas respiratorios se tratarán en cuanto se presenten o trataremos al paciente de manera que no aparezcan tales problemas, girando la cabeza del paciente hacia un lado cuando vomite, se aspiran las secreciones bucofaríngeas de moco o vómito, llevaremos a cabo terapéutica con oxígeno si está indicado.

PERIODO APROXIMADO DE INMOVILIZACION NECESARIA PARA LA UNION DE  
UNA FRACTURA

SITIO DE LA FRACTURA.	NUMERO DE SEMANAS.	
	NINOS	ADULTOS
Clavícula	6	6 - 8
Húmero (Supracondílea)	6	8
Porción media de la Dífisis.	6	8 - 12
Proximal, impactada con Desviación.	3	3 (Con movimiento- precoz).
Radio y cúbito.	6 - 8	6 - 12
Escafoides.	6 - 8	6 - 10
Huesos del carpo.	4 - 5	4 - 6
Metacarpianos.	4 - 5	4 - 6
Falanges.	2 - 3	3 - 4

FUENTE: Brunner Sholts L., Emerson Ch., Enfermería Médico Quirúrgica, segunda edición.