

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL
HIGA ARAKAKI SATIPO 2014 – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

GOLDIE ESPERANZA FALCÓN FAJARDO

**Callao, 2017
PERÚ**

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	12
2.3 Definición de Términos	31
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	32
3.1 Recolección de Datos	32
3.2 Experiencia Profesional	33
3.3 Procesos Realizados del Informe	33
IV. RESULTADOS	37
V. CONCLUSIONES	42
VI. RECOMENDACIONES	43
VII. REFERENCIALES	44
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Las fracturas, entendidas como la ruptura completa o incompleta de un hueso (1), representan un frecuente motivo de consulta en los servicios de salud y tema de gran preocupación en términos de discapacidad, calidad de vida, costos de atención en salud, riesgos quirúrgicos y complicaciones. (2)

Se prevé a nivel mundial que para el año 2050, dada la tendencia, se presenten entre 7 y 21 millones de casos de fractura de fémur proximal. La mayor parte de las fracturas se presentarán en países en desarrollo; se calcula que Asia y Latinoamérica serán las dos regiones que tendrá el mayor incremento.(3)

El presente informe de experiencia profesional titulado **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FRACTURA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL HIGA ARAKAKI SATIPO 2014 – 2016**, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con fracturas expuestas; así mismo, pretende contribuir a identificar los riesgos para la salud del paciente y contribuir en la prevención de las complicaciones, disminuyendo la estancia hospitalaria por este traumatismo.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: Capítulo I: describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos y la justificación; el Capítulo II: incluye antecedentes, marco conceptual y definición de términos básicos; el Capítulo III: menciona la experiencia profesional; El Capítulo IV: resultados; Capítulo V: conclusiones, Capítulo VI: recomendaciones; y el Capítulo VII: Referencias bibliográficas, así mismo contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

Una fractura es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea o cartilaginosa, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.

Según un estudio realizado en Colombia, de 198 casos de fracturas, se obtuvo que la edad promedio de incidencia fue de 10,19 años, el género masculino es el que más se fractura 82,3%, de procedencia urbana 92,9%, mientras cursan primaria 38,1%. En su mayoría son afiliados a la EPS caprecom 37,1%, cuyo mecanismo de fractura más frecuente es la caída 82,5% en exteriores 67,7%, el sitio anatómico más afectado es el antebrazo 53,8% y el tipo de fractura que más se presenta es cerrada 86,6%.(4)

En Perú, en un estudio en adultos mayores hospitalizados en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el período de enero a diciembre del 2014, se reportaron 158 ingresos de adultos mayores al servicio de Traumatología y Ortopedia, de los cuales 80 cumplieron con los criterios de inclusión, resultando una prevalencia de 50.6%. El

promedio de edad fue de 80.13 años. El sexo femenino fue el más afectado con un 82.5% del total. El 67.5% de los adultos mayores con fractura de cadera presentaron una o más comorbilidades. Las fracturas Extracapsulares fueron las más frecuentes con un 75% de casos. De acuerdo al tipo de fractura por localización anatómica, la Intertrocantérica fue la más frecuente con un 66.25% del total de fracturas. El 38.75% de pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente y 61.25% recibieron tratamiento conservador. (5)

El Hospital de Manuel Higa Arakaki de Satipo atendió en el 2016 a 30202 personas, (10628 fueron varones y 19574 fueron mujeres), de las cuales 2106 personas presentaron Traumatismos, Envenenamientos y Algunas Otras Consecuencias de causas externas (masculino = 1298 y femenino = 808), correspondiendo a los diagnósticos de: Fractura del antebrazo 307, Fractura de la pierna 265, Fractura del hombro y el brazo 246, Fractura de la muñeca 75, Fractura de fémur 60, Fractura de pie 55, Fractura de los huesos del cráneo y cara 22, Fractura de columna 11, Fractura de costilla 9 y fracturas múltiples 2. (6)

El dolor que se experimenta por una fractura puede variar de leve a severo, dependiendo de la magnitud de los daños, en algunos casos, una persona que sufre de fracturas causadas por un

traumatismo o una lesión podría no estar consciente de que se ha roto los huesos, ya que no es fácilmente visible a través de la piel, es sólo durante el examen de rayos X que se revelan las fracturas. Por lo tanto, es importante prestar atención inmediata a cualquier persona que sufre de una fractura, se debe evitar mover la paciente a menos que sea necesario, ya que cualquier movimiento adicional puede producir más daño y llegar a ser fatal para el paciente. (7)

Se denomina fractura expuesta (también llamada “herida grave de miembro”) a toda solución de continuidad de un segmento óseo en contacto con el medio exterior, sean visibles o no los extremos fracturarios. La herida está en comunicación con el foco de fractura. Constituyen una urgencia traumatológica por su alto riesgo de complicaciones, entre la cual la principal es la infección (Osteomielitis crónica si fue tratada o aún peor una gangrena gaseosa y muerte si no fue tratada). La mayoría se ve en la pierna. El 90% de las fracturas expuestas son por accidentes de tránsito. El 30% tienen lesiones en otros sistemas. Hay que considerar que el foco lesional además de abarcar las partes blandas y hueso, incluye vasos y nervios.(8)

Con el propósito de prevenir las infecciones de las fracturas, es que se elabora el presente informe para proporcionar un material de

estudio sobre el cuidado de las fracturas, y así servir de guía para las enfermeras que laboran en el servicio de emergencia, permitiendo así un tratamiento adecuado de estos traumatismos.

1.2. Objetivos

Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en pacientes con fractura en el servicio de emergencia del hospital Manuel Higa Arakaki Satipo 2014 – 2016.

1.3. Justificación

El presente informe tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con fracturas en el servicio de emergencia del Hospital Manuel Higa Arakaki Satipo 2014 – 2016; así mismo, pretende contribuir a identificar los riesgos para la salud del paciente y contribuir en la prevención de las complicaciones, disminuyendo la estancia hospitalaria por este traumatismo.

Así mismo el estudio se justifica:

Nivel teórico: El presente estudio permitirá sistematizar los conocimientos sobre el tema de fracturas , permitiendo así prevenir sus complicaciones.

Nivel metodológico: el estudio sirve de base para la realización de otros estudios, ya que identificará la necesidad de la ejecución de otros estudios relacionados al tema.

Nivel Social: el estudio beneficiará a los pacientes, ya que ellos son los que se beneficiaran en forma directa y son los que reciben los cuidados del personal de enfermería, también se verán beneficiados las enfermeras del servicio de emergencia pues el presente estudio permitirá hacer una revisión teórica de los conocimientos relacionados al tema.

Nivel práctico: permitirá poner en práctica las técnicas que se utiliza en el cuidado de los pacientes con fractura , para garantizar un cuidado de calidad.

Nivel económico: prevenir las complicaciones de las fracturas, permite al paciente y al hospital la eliminación de gastos económicos, al paciente le reduce los gastos por los días de hospitalización.

II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales

MATA K, ALAVA D. en Ecuador en el 2014, ejecutaron su trabajo de investigación titulado Proceso de atención de enfermería aplicado a pacientes con fracturas atendidos en la sala de traumatología del Hospital Universitario, en el año Octubre del 2013 a Marzo del 2014, con el objetivo de determinar el Proceso de Atención de Enfermería aplicado a pacientes con fracturas atendidos en la Sala de Traumatología del Hospital Universitario, en el periodo de octubre del 2013 a marzo del 2014; con este propósito se aplicó un estudio cuantitativo, cualitativo, descriptivo, transversal, que aplicó la encuesta y la ficha de observación como instrumento de investigación formulada al personal de enfermería en número de 12: Los hallazgos más importante son: más de la mitad de la población tienen de 1 a 5 años laborando en la institución, lo que significa que a pesar de tener la experiencia no brindan una atención eficiente a los pacientes con fracturas, lo que se evidencia porque solo 3 de cada 12 enfermeras proporciona la orientación adecuada al usuario, y 4 de cada 12 enfermeras no ha recibido capacitación especializada en fracturas, aspectos que están ocasionando que la aplicación del proceso de atención de

enfermería tenga limitaciones, identificándose un incumplimiento superior al 60% y cumplimiento parcial mayor al 25%, en lo relacionado a la valoración, diagnóstico e intervenciones de enfermería, fallando la consejería de Autocuidado que ocasiona el incremento del riesgo de infección en el paciente; sin embargo, todo el personal enfermero tiene la voluntad de participar en un proceso de capacitación para fortalecer sus conocimientos y mejorar su rol al frente de la atención a pacientes.(9)

URCOLA A. en España en el 2012, hizo su trabajo titulado: Plan de cuidados en la fractura de cadera, con el objetivo de lograr que el paciente, intervenido de prótesis total de cadera, recupere la movilidad de la extremidad afectada gracias a la planificación de una serie de cuidados de enfermería basados en actividades, ejercicios y tratamientos. Concluyendo que, aplicando el plan de cuidados se logra disminuir la ansiedad del paciente gracias a la explicación de los procedimientos a realizar, y a su adiestramiento en las técnicas de relajación de Jacobson, así mismo, permite la realización de medidas preventivas para evitar el riesgo de ulceraciones por presión. (10)

Antecedentes Nacionales

CASTILLO C. en Lima en el 2015 ejecutó su trabajo de investigación titulado Tratamiento quirúrgico de la fractura de codo. Hospital de Emergencias Pediátricas 2013, con el objetivo de identificar el tratamiento quirúrgico de la fractura de codo en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el 2013. Hizo un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo de diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por los pacientes que ingresaron a tratamiento quirúrgico durante el año 2013, en el servicio de Traumatología Pediátrica y que cumplieron con los criterios de selección. Se diseñó instrumento para recolección de datos. Resultados: Se revisaron 54 casos post operados durante el año 2013, en el servicio de Traumatología Pediátrica del Hospital de Emergencias Pediátricas de la ciudad de Lima. Del total de casos, siendo todos incluidos. Se identifican pacientes operados con dos tipos de técnica quirúrgica para resolver las fracturas de codo en la población que asiste al referido hospital. Técnica de reducción abierta de fractura de codo más osteosíntesis con clavos kirchnner 57.41% (31/54); y mediante técnica quirúrgica de reducción cerrada más osteosíntesis percutánea 42.59% (23/54). Edad promedio 05 años para la cirugía cerrada, y 06 para la cirugía abierta. Sexo femenino 28%, sexo masculino 72%. Número de cirujanos, dos en casi la totalidad de casos. Tiempo quirúrgico promedio para cada

una de las dos técnicas quirúrgicas, si mostró sustancial diferencia; reducción abierta un promedio de 77 minutos, y reducción cerrada 41 minutos. No reportaron complicaciones intra-operatorias. Conclusiones: En el Hospital de Emergencias Pediátricas para el tratamiento quirúrgico de fractura de codo se utilizaron dos técnicas quirúrgicas, el 57.41% (31/54) fueron cirugías utilizando la técnica quirúrgica de reducción de fractura abierta más osteosíntesis con clavos de kirschner y el 42.59% (23/54) fueron cirugías utilizando la técnica quirúrgica de reducción de fractura cerrada más osteosíntesis percutánea. El tratamiento quirúrgico de reducción cerrada y osteosíntesis percutánea, utiliza menor tiempo operatorio, casi la mitad, lo cual implica menor exposición del paciente a anestesia, menor consumo de insumos, menor ocupación de quirófano, personal de salud en condiciones de realizar nuevas o diferentes actividades en la atención de pacientes. (11)

2.2. Marco Conceptual

- **2.2.1 Fractura**

- A. Definición**

- Se entiende como fractura la pérdida de continuidad de un hueso; varía desde la fisura hasta el estallido con presencia de varios fragmentos. Una fractura es una lesión localizada en el hueso que se acompaña de alteraciones en tejidos blandos adyacentes,

estructuras regionales vecinas y el estado general del paciente.

(12)

B. Clasificación

Existen varios tipos de fractura, que se pueden clasificar atendiendo a los siguientes factores: estado de la piel, localización de la fractura en el propio hueso, trazo de la fractura, tipo de desviación de los fragmentos y mecanismo de acción del agente traumático.(13)

Según el estado de la piel

Fracturas cerradas. Son aquellas en las que la fractura no comunica con el exterior, ya que la piel no ha sido dañada.(13)

Fracturas abiertas. Son aquellas en las que se puede observar el hueso fracturado a simple vista, es decir, existe una herida que deja los fragmentos óseos al descubierto. Unas veces, el propio traumatismo lesiona la piel y los tejidos subyacentes antes de llegar al hueso; otras, el hueso fracturado actúa desde dentro, desgarrando los tejidos y la piel de modo que la fractura queda en contacto con el exterior.(13)

Según su localización

Epifisarias (localizadas en las epífisis). Si afectan a la superficie articular, se denominan fracturas articulares y, si aquella no se ve afectada por el trazo de fractura, se denominan extraarticulares.(13)

Diafisarias (localizadas en la diáfisis). Pueden afectar a los tercios superior, medio o inferior.(13)

Metafisarias (localizadas en la metáfisis). Pueden afectar a las metáfisis superior o inferior del hueso.(13)

Según el trazo de la fractura

Transversales: la línea de fractura es perpendicular al eje longitudinal del hueso.(13)

Oblicuas: la línea de fractura forma un ángulo mayor o menor de 90 grados con el eje longitudinal del hueso.(13)

Longitudinales: la línea de fractura sigue el eje longitudinal del hueso.(13)

En «**ala de mariposa**»: existen dos líneas de fractura oblicuas, que forman ángulo entre si y delimitan un fragmento de forma triangular.(13)

Conminutas: hay múltiples líneas de fractura, con formación de numerosos fragmentos óseos.(13)

En «**tallo verde**»: el hueso está incurvado y en su parte convexa se observa una línea de fractura que no llega a afectar todo el espesor del hueso.(13)

Según la desviación de los fragmentos

Anguladas: los dos fragmentos en que ha quedado dividido el hueso a causa de la fractura forman un ángulo.(13)

Con desplazamiento lateral: las dos superficies correspondientes a la línea de fractura no quedan confrontadas entre sí, por haberse desplazado lateralmente uno o los dos fragmentos.(13)

Acabalgadas: uno de los fragmentos queda situado sobre el otro, con lo cual se produce un acortamiento del hueso afectado.(13)

Engranadas; uno de los fragmentos ha quedado empotrado en el otro.(13)

Según el mecanismo de producción

Traumatismo directo. La fractura se produce en el punto sobre el cual ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura de cúbito por un golpe fuerte en el brazo.(13)

Traumatismo indirecto. La fractura se produce a distancia del lugar donde ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura del codo por una caída sobre las palmas de las manos.(13)

Contracción muscular brusca. En deportistas y personas con un gran desarrollo muscular se pueden producir fracturas por arrancamiento óseo al contraerse brusca y fuertemente un músculo determinado. También se han observado fracturas de este tipo en pacientes sometidos a electroshock.(13)

C. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los signos y síntomas de una fractura incluyen:(14)

- **Hinchazón o magulladuras sobre un hueso.**
- **Deformidad en un brazo o una pierna.**
- **Dolor en la zona lesionada, que empeora cuando hay movimiento o se aplica presión.**
- **Pérdida de la función en el área lesionada.**
- **En fracturas compuestas, el hueso sobresale de la piel.**

Deformidad. La deformación del miembro afectado depende del tipo de fractura. Algunas fracturas producen deformidades características cuya observación basta a los expertos para saber qué hueso está fracturado y por dónde.(14)

Dolor. Es el síntoma capital. Suele localizarse sobre el punto de fractura. Aumenta de forma notable al menor intento de movilizar el miembro afectado y al ejercer presión, aunque sea muy leve, sobre la zona.(14)

Impotencia funcional. Es la incapacidad de llevar a cabo las actividades en las que normalmente interviene el hueso, a consecuencia tanto de la propia fractura como del dolor que ésta origina.(14)

Hematoma. Se produce por la lesión de los vasos que irrigan el hueso y de los tejidos adyacentes.(14)

Fiebre. En muchas ocasiones, sobre todo en fracturas importantes y en personas jóvenes, aparece fiebre después de una fractura sin que exista infección alguna. También puede aparecer fiebre pasados unos días, pero ésta es debida, si no hay infección, a la reabsorción normal del hematoma.(14)

D. COMPLICACIONES DE LAS FRACTURAS

Formación de un callo óseo (proceso normal de consolidación de una fractura) excesivamente grande, que puede comprimir las estructuras vecinas, causando molestias más o menos importantes.(13)

Lesiones de los vasos sanguíneos, que pueden dar lugar a trombosis arteriales, espasmos vasculares y a la rotura del vaso, con la consiguiente hemorragia. Este tipo de lesiones puede provocar también gangrena seca, debida a la falta de irrigación del miembro afectado.(13)

Estiramientos, compresiones y roturas nerviosas, que se pondrán de manifiesto con trastornos de la sensibilidad y alteraciones de la motilidad y la fuerza musculares.(13)

Cuando la fractura ha sido articular, puede dejar como secuelas: artritis, artrosis y rigidez posterior de la articulación.(13)

Las fracturas que afectan al cartílago de crecimiento en los niños pueden ocasionar la detención del crecimiento del hueso fracturado.(13)

Infección de la zona fracturada, cuando en ella se ha producido herida.(13)

- **2.2.2 FRACTURAS EXPUESTAS**

Se denomina fractura expuesta (también llamada “herida grave de miembro”) a toda solución de continuidad de un segmento óseo en contacto con el medio exterior, sean visibles o no los extremos fracturarios. La herida está en comunicación con el foco de fractura. (8)

A. MECANISMO DE FRACTURA

INDIRECTO: en que la punta ósea perfora la piel de adentro hacia afuera, dando lugar a una herida pequeña, sin

contusión local y poca suciedad, de menor gravedad. Ej: torsión de la pierna por caída de esquí. (8)

DIRECTO: sobre un miembro fijo contra un plano detenido o en movimiento (contusión apoyada) con magullamientos, aplastamientos de las partes blandas, tejidos vascularizados, sucios con cuerpos extraños (ropa, suciedad, etc.) y con mayor riesgo de infección. Ej: Herida de arma de fuego, accidente automovilístico. (8)

B. SÍNTOMAS

- Dolor (hasta shock neurogénico)
- Hemorragia (hasta shock hipovolémico)
- Impotencia funcional
- Deformidad
- Disminución de la movilidad
- Lesión de partes blandas (colgajos, pérdida tegumentaria, etc.)

Es muy importante remarcar que muchas veces el paciente portador de una fractura expuesta es un paciente en severo estado general, con hemorragias internas propias del mismo traumatismo, o con lesiones asociadas en otros sistemas, secundarias a la lesión original (Traumatismo Encéfalo Craneano o Insuficiencia Renal Aguda provocada por la hipovolemia secundaria a la hemorragia, respectivamente).

Es por eso que el Paciente con una fractura expuesta debe ser considerado un paciente de presumible gravedad y pronóstico reservado.(8)

C. CLASIFICACIÓN

Según Gustilo y Andersson se clasifica en:(8)

Tipo I	<ul style="list-style-type: none"> - Herida cutánea causada desde adentro hacia afuera - Herida cutánea menor del centímetro - Con mínima contusión cutánea - Fractura de trazo simple, transversa u oblicua
Tipo II	<ul style="list-style-type: none"> - Herida cutánea mayor de 1 centímetro - Con contusión de partes blandas - Sin pérdida de hueso ni músculo - Fractura conminuta moderada, mecanismo de lesión inverso
Tipo III	<ul style="list-style-type: none"> - Herida grande y grave por extensa contusión cutánea, con aplastamiento o pérdida muscular y denudamiento perióstico. - Conminución e inestabilidad (también por arma de fuego) A: Asociada con grave pérdida ósea, con pérdida muscular, lesión de un nervio o un tendón pero que conserva la cobertura del foco óseo. B: Compromiso severo de partes blandas, pérdida de tejidos, sin capacidad de cobertura del foco óseo C: Lesión arterial y nerviosa, independientemente del compromiso de partes blandas D: Amputación traumática

D. TRATAMIENTO

a. Tratamiento de shock

Una vez conseguida la estabilización del paciente:(8)

- Aplicar Toxoide antitetánico y pasados los 30 minutos la gamma globulina antitetánica.
- Realizar radiografía de tórax, columna vertebral, pelvis, articulación por encima y por debajo de la lesión.
- Hacer un recuento sanguíneo completo, creatinina, monograma y análisis de orina.
- También grupo sanguíneo y gases en sangre
- Tratamiento antibiótico: La antibioticoterapia precoz ha permitido extender en general a las 12 horas este plazo quirúrgico. Los antibióticos se aplican nuevamente con cada acto quirúrgico y siempre tomar material paracultivo y antibiograma.

b. Anestesia

Se considera que la Anestesia General es mejor que la Raquídea porque permite un mejor manejo de la hemodinamia del paciente y mayor relajación muscular.(8)

c. Limpieza

La intervención médica consta de 2 tiempos: (8)

- **SUCIO:** Limpieza mecánica: Agua con jabón y refregado (o cepillado), junto a irrigación con suero fisiológico o agua hervida antes y después del mismo. Primero se realiza en las zonas aledañas a la lesión (por arrastre) y luego en la lesión misma. (8)
- **LIMPIO:** Acto quirúrgico: Ya esterilizado, en el quirófano. No colocar medios de hemostasia preventiva, para evaluar la vitalidad del tejido. Se considera que la Anestesia General es mejor que la Troncular o la Raquídea porque permite un mejor manejo de la hemodinamia del paciente y mayor relajación muscular. (8)

d. Resección de la piel y Debridamiento

En la piel se hace una ampliación de los márgenes de la herida, siempre paralelos al eje del miembro, en el caso que la herida sea transversal al eje del miembro se hace una incisión elíptica. Se eliminan los bordes contaminados y/o desvitalizados, se trata de eliminar la menor cantidad de tejido posible.(8)

e. Resección de todos los tejidos desvitalizados

Se hace una resección amplia del tejido celular subcutáneo este tejido se caracteriza por estar muy mal irrigado. Las aponeurosis son membranas inextensibles, fibrosas y duras, que forman celdas musculares. Debe realizarse mediante una incisión longitudinal la Aponeurotomía o Fasciotomía. Este paso es de gran importancia para evitar el Síndrome Compartimental. Los músculos poseen buena irrigación, por lo

tanto, poseen mayor capacidad para defenderse de las infecciones, pero frente al compromiso vascular son los que primero sufren los signos de isquemia y necrosis. Estos cumplen la función de movilidad, es por eso que hay que ser muy cauteloso con la resección amplia de los mismos, ya que no se regeneran tras su extirpación y ésta puede dejar como secuela impotencia funcional del miembro. Pero en el caso de que su irrigación se encuentre comprometida, la necrosis y su posterior cicatrización producen fibrosis retráctil constituyendo el Síndrome de Volkmann.(8)

f. Estabilización de la fractura

La estabilización de la fractura permite: (8)

- Preservar la integridad de los tejidos blandos y de las estructuras neurovasculares viables.
- Un mejor cuidado de las heridas abiertas.
- Mantener el alineamiento de las fracturas y evitar contracciones musculares antálgicas.
- Mejor profilaxis de la infección.
- Que el paciente se sienta cómodo durante su movilización.
- Comenzar precozmente un programa de ejercicios musculares isométricos y realizar una movilidad articular temprana.

Métodos de inmovilización (8)

- a) Valvas de inmovilización: se aplica en las fracturas tipo I y II, sirve para controlar la evolución de las lesiones de partes blandas.
- b) Osteodesis mínimas y valvas: se usan en fracturas tipo I con inestabilidad mínima. Se colocan clavos de Kirschner

transfocales para la estabilización, complementados con valvas.

- c) Tracción esquelética: es útil durante los primeros 15-20 días, de uso en la mayor parte de las fracturas diafisarias tipo I y II, pero después en las heridas debe adoptarse algún otro método de estabilización, este método sirve para reducir el proceso inflamatorio inicial y mantener la reducción de la fractura para planificar los pasos siguientes.

d. Cobertura y cierre de la herida

Generalmente se hace un cierre diferido entre los 5 y los 7 días y mientras tanto se hacen curaciones húmedas para evitar la desecación de las partes blandas y huesos. Estos cierres no deben hacerse a tensión, en el caso de que el mismo sea defectuoso se cierra con un colgajo local o con un injerto de piel libre. En los casos de las fracturas tipo IIIB y IIIC con grandes pérdidas de tejidos, deben hacerse 2 a 3 sesiones de debridamiento y lavado antes del cierre definitivo.

Los objetivos son: (8)

- Lograr un cierre seguro y precoz (en 3 a 7 días)
- Evitar infección nosocomial
- Cerrar el espacio muerto y lograr una cobertura duradera

- **Facilitar la futura reconstrucción**
- **2.2.3 CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Fractura diafisaria de fémur

La fractura de fémur es una rotura que se produce en la diáfisis de este hueso. Para que se produzca es necesaria una fuerza muy violenta.(15)

Se suelen producir en gente joven por accidentes de tráfico, deportivos, caídas, etc.(15)

Necesidades o problemas del paciente:(15)

- Dolor agudo.
- Hinchazón localizada.
- Déficit de autocuidado: higiene, vestirse/acicalamiento.
- Riesgo de tromboembolismo relacionado con inmovilización y con posterioridad a una operación.
- Riesgo de UPP por encamamiento.
- Riesgo quirúrgico preoperatorio y postoperatorio.
- Riesgo de infección de entrada de fichas de tracción, herida quirúrgica y zonas de drenajes.
- Riesgo de flebitis de la vía periférica.
- Déficit de conocimientos acerca de la movilización, tratamiento, evolución.
- Riesgo de atrofia muscular relacionado con el largo periodo de inmovilidad.
- Riesgo de deformidad.
- Riesgo de síndrome compartimental.

Cuidados para un paciente con fractura de fémur:(15)

- Elevación de los pies de la cama provocando una contracción del cuerpo.
- El personal de enfermería ayudará al paciente a realizar la higiene diaria.
- Si el paciente no tiene problemas en los miembros superiores ayudará cogiéndose del trapecio y se incorporará para que el enfermero realice el baño de la parte posterior.
- Si no puede ayudar en la actividad, el enfermero realizará la higiene del cuerpo con el paciente acostado en decúbito supino y decúbito lateral.
- Durante el proceso de lavado del paciente se realizará el cambio de sábana sucia-limpia paralelamente al paciente y evitando arrugas.
- Se procederá a la correcta colocación del sistema de tracción.
- El paciente avisará inmediatamente de cualquier incidencia que se presente tras la actividad.

Fracturas de cadera

Son fracturas que se producen en la mitad proximal del fémur, se suelen extender hasta 5 cm por debajo del trocánter menor. La edad media de los pacientes que sufren este tipo de fracturas está por encima de 80 años y suele ser más frecuentes en mujeres. Cadera. (15)

Necesidades o problemas del paciente:(15)

- **Deterioro de la movilidad física de la zona afectada.**
- **Deterioro neurovascular.**
- **Dolor relacionado con fractura.**
- **Déficit del autocuidado: higiene, vestirse/acicalamiento.**

- **Riesgo de tromboembolismo relacionado con inmovilización.**
- Riesgo de deshidratación relacionado con dieta absoluta prequirúrgica.
- Riesgo de UPP por encamamiento.
- Riesgo de estreñimiento relacionado con el largo periodo de inmovilidad.
- Riesgo quirúrgico preoperatorio y postoperatorio.
- Riesgo de infección de entrada de fichas de tracción, herida quirúrgica y zonas de drenajes.
- Riesgo de flebitis de la vía periférica.
- Déficit de conocimientos acerca de la movilización, tratamiento, evolución.
- Riesgo de atrofia muscular relacionado con el largo periodo de inmovilidad.
- Riesgo de neumonía relacionado con largo periodo de inmovilidad.
- Riesgo de infección urinaria por retención o incontinencia.

Cuidados para un paciente con fractura de cadera:

Esta patología se presenta en enfermos de edad avanzada a los que hay que aplicar un plan de cuidados según su movilidad.(15)

- Realizar el aseo de la parte anterior del cuerpo con el paciente en posición de decúbito supino.
- Para realizar la higiene de la zona posterior del cuerpo se movilizará al paciente con ayuda del celador hacia decúbito lateral, cogiendo al paciente por la parte posterior de la rodilla para evitar rotaciones (con la mano derecha para el decúbito lateral derecho del paciente y con la mano izquierda para el decúbito lateral izquierdo) con la otra mano en la zona lumbo-sacra, haciendo girar al paciente con las manos cruzadas en el pecho hacia el decúbito lateral correspondiente.

- Mantener la piel seca y observar cualquier problema de continuidad en la piel.
- Paralelamente al paciente realizamos el cambio de sabana sucia-limpia.
- Ponemos al paciente en decúbito supino, dejándolo semiincorporado (aproximadamente 30°), para facilitar sus funciones respiratoria y digestiva.
- Observar la correcta colocación de la tracción.
- El paciente deberá comentar con la enfermera cualquier síntoma que aparezca después de la actividad.

Observaciones para la realización de movilizaciones en ambos casos:(15)

- Antes de movilizar a un paciente, valorar la intensidad del ejercicio permitido y su capacidad física.
- Reparar el material necesario (almohadas, ropa de cama, sillón, sistemas mecánicos de movilización, etc.)
- Colocar la cama en posición horizontal y altura adecuada y frenada.
- Realizar la higiene de manos y ponerse guantes no estériles.
- Informar de la técnica.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Proteger vías, drenajes, sondas y otros dispositivos.
- Adoptar una postura de base amplia para aumentar la estabilidad y mantener el equilibrio, evitado así fricciones o sacudidas bruscas del paciente.
- Una vez finalizado, mantener la comodidad y alineación corporal del paciente encamado.

2.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

Virginia Henderson, creó el **modelo de cuidados en base a las necesidades humanas básicas**, el cual tiende a suplir o ayudar a la persona a lograr la independencia.

“La función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o restablecimiento, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo independizarse lo más rápidamente”.

Las **necesidades humanas básicas** son las fundamentales e indispensables para mantener la integridad del ser humano, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano. Son:

1. Respirar.
2. Comer y beber.
3. Eliminar por todas las vías.
4. Moverse adecuadamente.
5. Dormir y descansar.
6. Seleccionar ropa adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene.
9. Seguridad.
10. Comunicarse con los demás.
11. Profesar su religión, valores.
12. Trabajar con sentido de utilidad.
13. Recreo y ocio.
14. Aprender.

Tienen como **características** que:

- Son comunes a todos, tanto sanos como enfermos.
- No hay prioridad.
- Varían constantemente.
- Se modifican según dos tipos de factores:

- Permanentes: edad, estado emocional, capacidad física, situación social/religiosa/cultural...
- Variables: estados patológicos.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES:

PERSONA: ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tiene 14 necesidades básicas que interactúan entre sí, y tiene hacia la independencia.

SALUD: la independencia en la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

ENTORNO: factores intrínsecos y extrínsecos que tienen un efecto positivo o negativo sobre la salud de las personas.

CUIDADO: cuidados básicos: conjunto de intervenciones basadas en un juicio profesional razonado, dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona bien supliendo su autonomía o ayudándole a desarrollar su fuerza, conocimiento o voluntad para que pueda satisfacerlas de forma independiente.

INDEPENDENCIA: nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona, para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

DEPENDENCIA: desarrollo insuficiente del potencial de las persona, debido a una falta de fuerza, conocimiento o voluntad que dificulta o impide la realización adecuada de las actividades adecuadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Según este modelo de enfermería el objetivo de la misma es mantener o restaurar la independencia del paciente para satisfacer sus necesidades básicas, por medio del PAE (Proceso de Atención de Enfermería).

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- **Fractura**

Una fractura es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea o cartilaginosa, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso. El término es extensivo para todo tipo de roturas de los huesos, desde aquellas en que el hueso se destruye amplia y evidentemente, hasta aquellas lesiones muy pequeñas e incluso microscópicas.

- **Emergencia**

Se designa con el término de emergencia al accidente o suceso que acontece de manera absolutamente imprevista y pone en riesgo inmediato la vida de una persona.

- **Cuidado de enfermería**

Son los cuidados que un enfermero, tal como se denomina al profesional que desempeña la actividad, le brinda a un paciente, ya sea para tratar o prevenir alguna enfermedad que esté padeciendo o bien la asistencia que le proporciona al mismo luego que éste haya sido sometido a una práctica quirúrgica

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevo a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo que se hizo la revisión de los libros y registros de emergencia con las historias clínicas, de los cuales se recolectaron datos coherentes a la temática de estudio. Así mismo para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevo a cabo las siguientes acciones:

- **Autorización:** Se solicito la autorización respectiva a la jefatura del servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- **Recolección de datos:** Se solicito la base de datos estadísticos de los años 2014, 2015, 2016 de pacientes que ingresaron al servicio de emergencia con diagnostico de fracturas del Hospital Higa Arakaki – Satipo
- **Resultados:** para la elaboración de los cuadros y gráficos
- Para los cuadros se hizo uso de programa Excel.

3.2 Experiencia profesional

Realice el SERUMS 2008 – 2009 en el Puesto de Salud I-1 Remanso en el Departamento de Loreto, Río Putumayo (frontera con Colombia), por el nivel de establecimiento, se laboro en todas las estrategias de salud además de las emergencias y urgencias que se presentaron.

Terminando el SERUMS labore en el Centro de Salud Ciudad Constitución, Departamento de Pasco en la Estrategia Sanitaria de Transmisibles año 2009.

En el año 2010 labore en el Centro de Salud Yarumayo, Departamento de Huánuco en el área de CRED Y ESNI.

En el año 2011, labore en el Centro de Salud Iscozacín, Departamento de Pasco en el área de CRED Y tópico.

En el año 2012, labore en Centro de Salud Coviriali, Departamento de Junín, en área de CRED, Nutrición y Tópico

3.3 Proceso realizado en el tema del informe

- La enfermería como profesión de la salud cuyo objetivo es el cuidado de la salud del individuo, la familia y la comunidad, ha buscado a través de su historia estrategias que le permitan cualificar y fundamentar su práctica profesional; una estrategia es el estudio de caso, proceso de investigación de unión entre la teoría y la práctica profesional, donde se analiza un hecho de la

vida real relativo a una persona, familia o comunidad; estudiándose en su propio contexto.

Vengo laborando 4 años en el servicio de Emergencia aplicando conocimientos y destrezas que adquirí en mi formación profesional como también de capacitaciones y talleres organizados por instituciones privadas en temas de EMERGENCIAS Y URGENCIAS. El escenario de estudio es el Servicio de Emergencia del Hospital Manuel Higa Arakaki – Satipo con Nivel de Categoría II – 1, centro de referencia de toda la Provincia de Satipo con sus 82 establecimientos de los 5 micro redes, además por accesibilidad también de la Región Ucayali (Atalaya, Oventeni).

El Servicio de Emergencia funciona en un ambiente pequeño de lo cual se adecuo de acuerdo a las necesidades. Cuenta con 05 Lic. Enf, 05 Tec. Enf, 06 Médicos Generales que cubren las guardias. Con la deficiencia en Médicos Especialistas que van por días e incluso que hay meses que no se cuenta con especialistas en Traumatología.

Por ser un hospital de referencia de la Provincia Satipo, llegan pacientes de todo tipo de patologías que son manejados y tratados por médicos especialistas pero también cuando hay ausencia de especialistas son referidos a otros Hospitales de

mayor complejidad (Huancayo y Lima), para el manejo correspondiente.

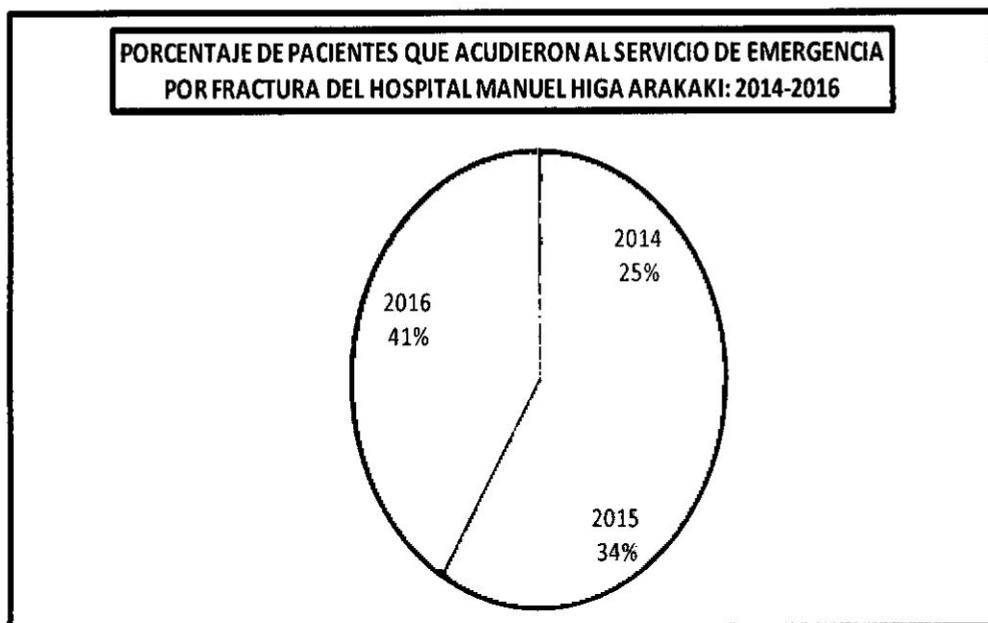
Las deficiencias también son en equipos, materiales e insumos como, infraestructura inadecuada, camas insuficientes, exámenes de laboratorio incompletos por falta de insumos, falta de medicinas en farmacia. Cabe indicar que cuando se suscita emergencias masivas (accidente de tránsito de Buses) el ambiente donde funciona Emergencia colapsa utilizando la sala de espera y pasillos del servicio de Hospitalización como unidad de observación. A nivel político Regional y Local todavía persiste autoridades poco comprometidas con la salud pública

Los pacientes con fracturas por lo general son traídos por los bomberos o serenazgo, si son de establecimientos acuden en ambulancia, iniciamos por valorar el estado de conciencia del paciente (inspección visual rápida de todo el paciente), controlar de manera estricta las funciones vitales priorizando P/A y FC, en el caso que lo necesite se administre O₂ según prescripción, se canaliza vía periférica de preferencia con un catéter N° 18, por indicación se administra analgésico, es importante inmovilizar la parte afectada, se efectiviza la orden de rayos X para el diagnóstico y tratamiento respectivo. Dado el diagnóstico en el caso de colocar una férula el dispositivo debe inmovilizar tanto la articulación superior como la articulación inferior de la lesión al

aplicar la férula la extremidad debe estar alineada, si fuese una fractura abierta aplicar apósitos estériles en las heridas, evaluar el estado neurovascular de la extremidad y todo lo anterior mencionado además de los exámenes pre – operatorios e inmediatamente ingresar a SOP, según los datos estadísticos el 84% regresan a sus domicilio para su tratamiento ambulatorio, el 9% quedan hospitalizados y el 7% son referidos por las gravedad del caso según información recopilado del libro de emergencia y la unidad de estadística de los últimos tres años.

IV. RESULTADOS

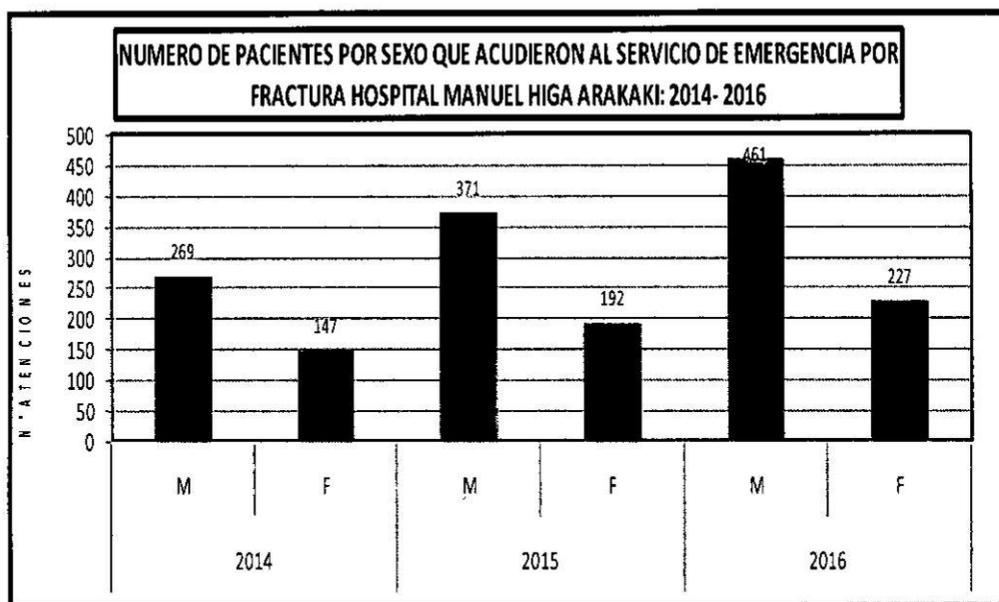
FIGURA 4.1



FUENTE: UEI-HAS

El presente grafico nos muestra el Porcentaje de pacientes que acuden al servicio de Emergencia por Fractura comparativo por años. En el cual podemos evidenciar del año 2014 al 2016 hubo un incremento de atenciones por fractura en el servicio de emergencia de 16%, con una tendencia a incrementarse en los siguientes años.

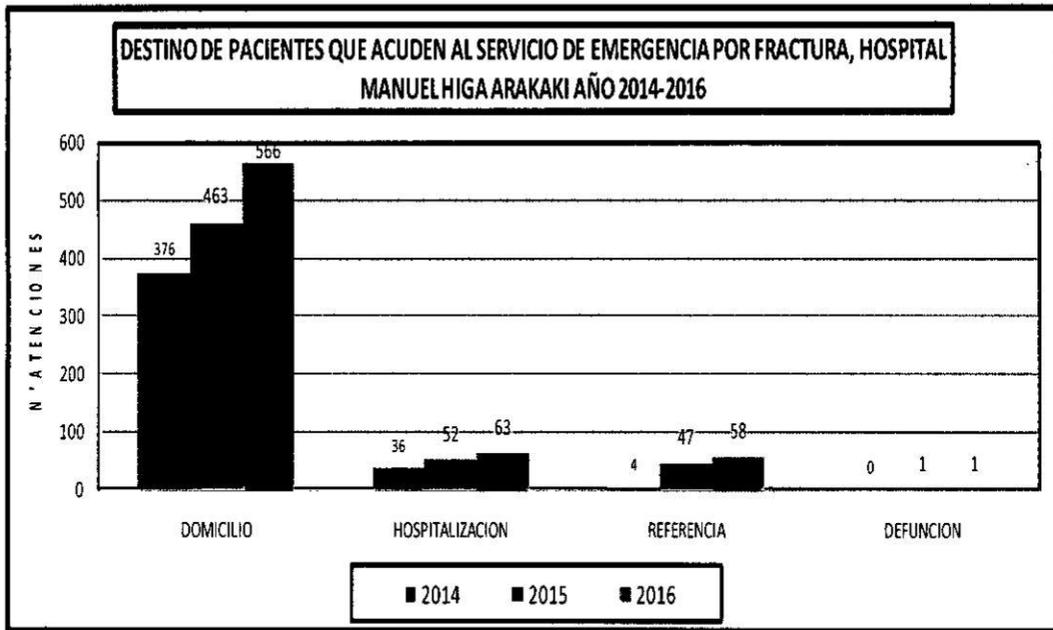
FIGURA 4.2



FUENTE: UEI-HAS

El presente grafico nos muestra el número de pacientes por sexo que acuden al servicio de emergencia por Fractura, en el cual podemos observar que en los tres años de estudio el sexo masculino son los que acuden por algún tipo de fractura con 461 pacientes en comparación de 227 pacientes de sexo femenino en el año 2016.

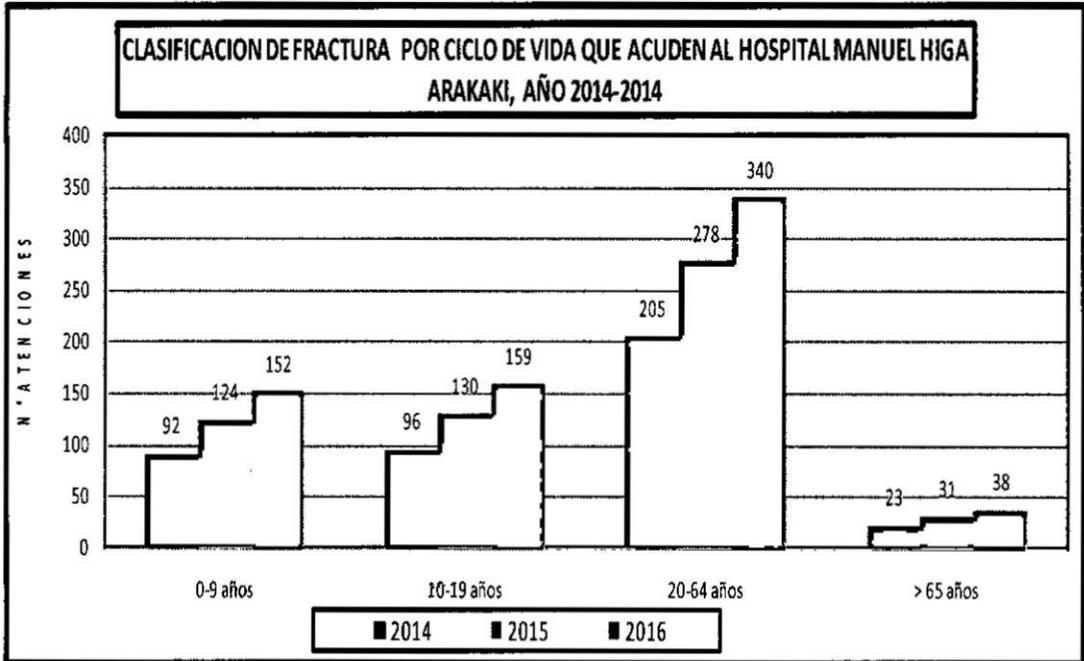
FIGURA 4.3



FUENTE: UEI-HAS

El siguiente grafico nos muestra el destino de los pacientes que acuden al servicio de emergencia por Fractura después de la atención, como observamos 566 pacientes tienen con destino su domicilio, 63 pacientes quedaron hospitalizados y 58 pacientes fueron referidos a hospital de mayor complejidad como Huancayo y Lima. Lo cual nos muestra que muchos problemas son resueltos en el Hospital.

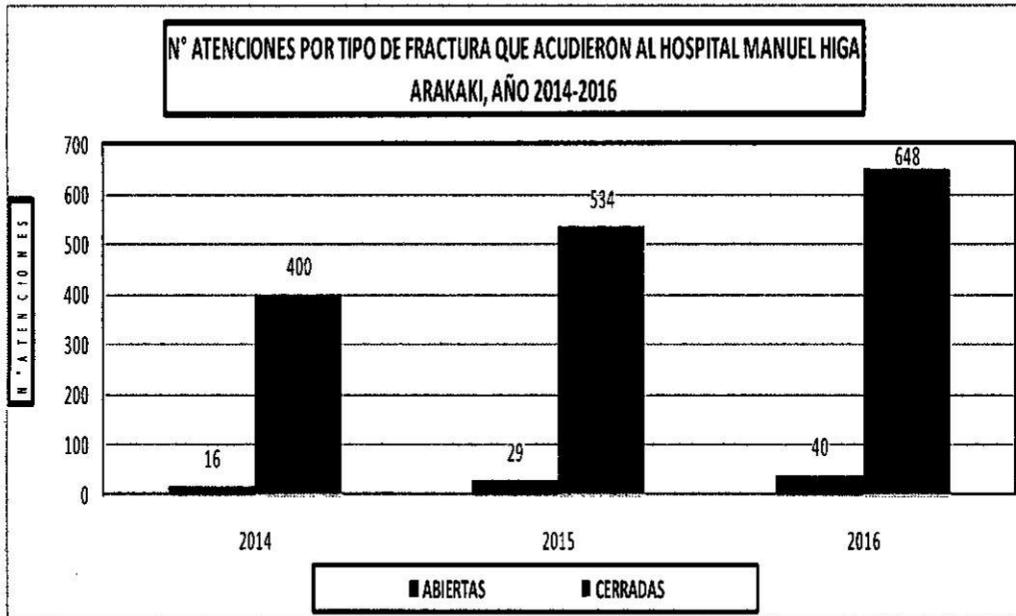
FIGURA 4.4



FUENTE: UEI-HAS

El presente cuadro nos muestra las fracturas que acudieron al servicio de emergencia por ciclo de vida, donde podemos evidenciar que los últimos tres años (2014-2016) el ciclo de vida adulto es el de mayor incidencia en comparación con los otros ciclos de vida, debido mayormente a accidentes de tránsito.

FIGURA 4.5



FUENTE: UEI-HAS

El presente grafico nos muestra el numero de atenciones por tipo de fractura que acuden al Hospital Manuel Higa Arakaki, podemos observar que las Fracturas Cerradas es el de mayor incidencia en los últimos 3 años (de 400 a 648 casos) pero también es preocupante que las fracturas abiertas va incrementándose cada año en consecuencia poniendo en riesgo la vida del paciente y consecuencias de movilización.

V. CONCLUSIONES

Al terminar la descripción el presente informe de experiencia profesional en el Hospital Manuel Higa Arakaki – Satipo llego a las siguientes conclusiones:

- a) Se brinda cuidados de enfermería de acuerdo a las guías y protocolos de atención, donde desarrollamos habilidades y destrezas en los procedimientos que brindamos pese a las carencias que existe en el servicio.
- b) El número de atención en pacientes con fractura va en aumento cada año, y es en el sexo masculino el mayor número que acuden por emergencia.
- c) El ciclo de vida de mayor incidencia por Fractura son los adultos de 20 a 64 años
- d) Según los tipos de Fractura de mayor incidencia que acuden al servicio de emergencia del Hospital Manuel Higa Arakaki son las Fracturas cerradas en la cual son resueltas en el Hospital Satipo para luego hospitalizarlo o darlo de alta.
- e) Muchas fracturas que acuden al servicio de emergencia son referidas debido a falta de Especialista, generando ansiedad al paciente y familia. A su vez se cuenta con un servicio con muchas deficiencias de equipos e insumos.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Actualizar periódicamente al personal profesional de Enfermería en emergencia y urgencias de problemas de fractura y cuidados inmediatos de enfermería. Como a su vez actualizar periódicamente los protocolos y guías de atención, Fortalecer con más licenciados de enfermería, equipos, materiales e insumos necesarios para la atención en el servicio.
- b) Elaborar un plan de prevención de accidentes priorizando el ciclo de vida adulto, y los accidentes de tránsito.
- c) Gestionar con los decisores a fin de garantizar la atención permanente de especialistas y disminuir la ansiedad del paciente y familiares cuando son referidos a Lima o Huancayo.
- d) Implementar la unidad de Trauma shock.

VII. REFERENCIALES

1. Malagón Castro V, Soto Jiménez D. Capítulo 1. Generalidades sobre fracturas. En: Compendio de ortopedia y fracturas. Madrid: Editorial médica Celsus; 2005; 815-858.
2. Rennie L, Court-Brown CM, Mok J Y and Beattie TF. The epidemiology of fractures in children. *Injury* 2007; 38(8): 913-922.
3. Clark P, Carlos F, Martínez JL. Epidemiología, costos y carga de la osteoporosis en México. *Rev Metab Óseo y Min* 2010; 8(5): 152-161.
4. Castaño y col. Caracterización epidemiológica de las fracturas en pacientes de 0 a 18 años de edad, ingresados al servicio médico de ASSBASALUD ESE en Manizales, Caldas, Colombia. Artículo. Manizales-Colombia: Universidad de Manizales; 2007-2014.
5. Morales P. Prevalencia de fractura de cadera en adultos mayores hospitalizados en el servicio de traumatología y ortopedia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma; 2014.
6. Epidemiología. Morbilidad por capítulos, Morbilidad por Categorías. Reporte Estadístico. Satipo-Perú: Hospital Manual Ángel Higa Arakaki; 2017.
7. Salud180. [Online]. Citado 20 Julio 2017. Disponible en: <http://www.salud180.com/salud-z/hay-que-atender-las-fracturas-con-oportunidad>.

8. Di Nunzio L. y col. Universidad de El Salvador. [Online].; 2010 Citado 20 Julio 2017. Disponible en: <http://medi.usal.edu.ar/archivos/medi/otros/fracturasexpuestas.pdf>.
9. Mata K, Alava D. Proceso de atención de enfermería aplicado a pacientes con fracturas atendidos en la sala de traumatología del Hospital Universitario, en el año Octubre del 2013 a marzo del 2014. Tesis. Guayaquil- Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2014.
10. Urcola A. Plan de cuidados en la fractura de cadera. Trabajo de fin de grado. Zaragoza-España: Universidad de Zaragoza; 2012.
11. Castillo C. Tratamiento quirúrgico de la fractura de codo. Hospital de Emergencias Pediátricas 2013. Tesis. Lima-Perú: Universidad San Martín de Porras; 2015.
12. Nieto C. Universidad Tecnológica de Pereira - Fractura. [Online].; 2009 Citado 20 Julio 2017. Disponible en: <http://academia.utp.edu.co/soportevitalbasicoypa/files/2012/09/6-FRACTURAS.pdf>.
13. Clemencia O. Generalidades de las fracturas. [Online].; 2004 Citado 20 Julio 2017. Disponible en: <https://www.efisioterapia.net/articulos/generalidades-las-fracturas>.
14. Fernández S. Fracturas. [Online].; 2016 Citado 20 Julio 2017. Disponible en: <http://www.guiatucuerpo.com/tipos-fracturas/>.
15. Enfermería1014. Cuidados de pacientes con fracturas. [Online].; 2011 Citado 20 Julio 2017. Disponible en: <http://www.enfermeria1014.com/page/Cuidados+de+pacientes+con+fracturas>.