

Guía de Bolsillo: Cuidados de Enfermería en Tracción Osteomuscular

Prof. AYALA, Alicia M.

Esta guía constituye el estándar operativo para garantizar la estabilidad mecánica y la seguridad biológica del paciente bajo tracción. Como profesionales, nuestra prioridad es mantener la integridad del sistema para asegurar la consolidación ósea y mitigar los espasmos musculares, previniendo complicaciones que comprometan la extremidad o la vida del paciente.

1. Reglas de Oro del Mantenimiento Mecánico

La tracción es una fuerza de estiramiento aplicada para recuperar y mantener la alineación anatómica. Cualquier interrupción en la cadena mecánica anula el objetivo terapéutico, permitiendo el desplazamiento de fragmentos óseos e incrementando drásticamente el dolor por espasmo muscular.

- **Alineación Axial Obligatoria:** Mantenga al paciente centrado en la cama. El eje longitudinal del cuerpo debe coincidir estrictamente con la línea de tiro de la tracción.
- **Integridad de los Pesos:** Verifique que los pesos cuelguen libres. Prohíba que contacten con el suelo o descansen sobre la estructura de la cama.
- **Manejo de Pesos según Tipo:**
- **Tracción Esquelética:** Nunca retire los pesos. Es una función prohibida para enfermería y un riesgo crítico para la estabilidad de la fractura.
- **Tracción Cutánea (Buck):** Solo retire los pesos si existe una prescripción médica específica para el cuidado de la piel.
- **Mantenimiento de Componentes:** Inspeccione nudos y asegúrese de que las cuerdas se deslicen por el centro de las poleas sin obstrucciones.

Alerta Clínica: La pérdida de la línea de tracción no solo causa dolor agudo, sino que sabotea la reducción de la fractura. Entienda que la estabilidad mecánica es el prerrequisito absoluto de la estabilidad clínica; el paciente no es un sujeto pasivo, sino un componente activo de este sistema físico.

2. Mecánica de la Contratracción y Posicionamiento

La efectividad de la tracción depende de una fuerza opuesta: La contratracción. En la mayoría de los casos, el peso del propio paciente actúa como el anclaje necesario para evitar que el cuerpo sea arrastrado hacia la polea.

- **Vector de Posicionamiento:** Asegure que el paciente no se deslice hacia el pie o los lados de la cama. Reubique al paciente frecuentemente para recuperar la posición central, estabilizando siempre el sitio de la fractura durante el movimiento.
- **Restricciones de la Cama:** No coloque ningún objeto o almohadillado debajo del pie del paciente ni lo nivele con el pie de la cama. Cualquier elevación incorrecta rompe la línea de tracción directa y anula la contratracción.
- **Protección de Puntos de Presión:** Al reposicionar para mantener la contratracción, vigile activamente las zonas de fricción contra las sábanas.

Alerta: Un posicionamiento deficiente convierte un sistema terapéutico en un riesgo de cizallamiento. Si el cuerpo del paciente no actúa como el vector opuesto correcto, la fuerza de tracción se disipa, provocando lesiones en la piel en lugar de alineación ósea.

Guía de Bolsillo: Cuidados de Enfermería en Tracción Osteomuscular

Prof. AYALA, Alicia M.

3. Protocolo de Valoración Cutánea y Cuidado de Inserciones

La inmovilidad y la presión mecánica hacen que la barrera cutánea sea extremadamente vulnerable. Debemos diferenciar el manejo según el tipo de invasión.

- **Cuidado de los Clavos (Tracción Esquelética):**
 - Ejecute una asepsia estricta en los sitios de inserción para prevenir la osteomielitis.
 - Monitoree signos de infección: eritema, secreción purulenta, calor local o aumento de la sensibilidad.
- **Tracción de Buck (Cutánea):**
 - **Carga Máxima:** No exceda nunca los 3 kg de peso para proteger la integridad tisular.
 - **Frecuencia de Evaluación:** Valore la piel un mínimo de **tres veces al día**.
 - **Indicadores Tempranos:** Actúe de inmediato ante quejas de ardor o escozor bajo las vendas, ya que preceden a la formación de úlceras por presión.

Alerta Clínica: Una infección superficial es manejable, pero una infección ósea profunda (osteomielitis) extiende masivamente la estancia hospitalaria y puede resultar en la pérdida de la extremidad. La integridad cutánea es el primer paso para asegurar la perfusión distal.

4. Valoración Neurovascular: El Protocolo de las 5 P

La detección precoz de déficits circulatorios y nerviosos es la intervención más crítica de enfermería. Realice estas valoraciones con frecuencia sistemática.

Pain (Dolor): Evalúe dolor que no cede con analgésicos. **Signo clave:** dolor intenso al realizar un estiramiento pasivo.

Pulses (Pulsos): Palpe y compare la fuerza de los pulsos distales bilateralmente.

Pallor (Palidez): Revise temperatura cutánea, color y tiempo de llenado capilar (>3 segundos es anormal).

Paresthesia (Parestesia): Interrogue sobre hormigueo, adormecimiento o pérdida de sensibilidad.

Paralysis (Parálisis): Evalúe la capacidad motora funcional de los dedos.

Urgencia Quirúrgica: La alteración de estas "5 P", especialmente el dolor al estiramiento pasivo, es un indicador inminente de **Síndrome Compartimental**. Notifique de inmediato; el retraso implica daño nervioso irreversible.

5. Gestión Farmacológica Multimodal

La inmovilidad forzada por pesos externos requiere una estrategia farmacológica agresiva y preventiva para evitar complicaciones sistémicas.

- **Control del Dolor:** Administre analgésicos antes de que el dolor sea grave. En las primeras 24-48 horas, mantenga intervalos regulares. Monitoree estrictamente la frecuencia respiratoria y la sedación si utiliza narcóticos.
 - **Profilaxis Antitrombótica:** La administración de Enoxaparina u otros anticoagulantes es innegociable. La inmovilidad absoluta del miembro traccionado es un factor de riesgo primario para la Trombosis Venosa Profunda (TVP).
 - **Función Gastrointestinal:** Prescriba y administre ablandadores de heces. El estreñimiento y el íleo paralítico son consecuencias directas de la combinación de opiáceos e inmovilidad.
- Nota de Seguridad:** Omitir la profilaxis antitrombótica en un paciente anclado por pesos es un error de seguridad crítico que puede derivar en una embolia pulmonar fatal.

6. Prevención del Síndrome de Inmovilización

Nuestra intervención debe evitar que el reposo prolongado degrade la salud del paciente.

- **Rescate Respiratorio:** Instruya y supervise ejercicios de respiración profunda y fisioterapia respiratoria cada 2 horas para prevenir atelectasias y neumonía.
- **Gestión Renal y Nutricional:** Fomente una hidratación activa para diluir la acumulación de calcio en la orina (producto de la resorción ósea) y prevenir cálculos renales. Monitorice la pérdida de apetito como signo de alerta de deterioro sistémico.
- **Movilidad Funcional:** Estimule ejercicios de bombeo de tobillo en la extremidad no afectada y el movimiento de los dedos en la afectada para favorecer el retorno venoso y reducir el edema.

Conclusión: Estas acciones reducen drásticamente la morbilidad a largo plazo. Un paciente en tracción no es un paciente estático; es un paciente que requiere vigilancia fisiológica intensiva para transformar un trauma severo en una recuperación exitosa.