

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES**  
**NEUROQUIRURGICOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**  
**DE LIMA - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR**  
**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE**  
**ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

**CRISTINA ELIZABETH GAVILANO BULEJE**

**Callao, 2017**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA                      PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA                                SECRETARIA
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO        VOCAL

### ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 370-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 26/10/2017

Resolución Decanato N° 2732-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	21
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	23
3.1 Recolección de Datos	23
3.2 Experiencia Profesional	23
3.3 Procesos Realizados del Informe	24
<b>IV. RESULTADOS</b>	27
<b>V. CONCLUSIONES</b>	32
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	33
<b>VII. REFERENCIALES</b>	34
<b>ANEXOS</b>	36

## INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral describe las experiencias en el hospital militar central de Lima en la unidad de neurocirugía (B-3-3), la cual tiene una unidad de cuidados intermedios (UTI) con 5 camas, y ambientes hospitalarios que son para los pacientes con menor riesgos: 4 cuartos individuales para oficiales o pacientes femeninas, dos ambientes colectivos, una para técnicos y sub oficiales y otra para la tropa cada ambiente tiene 4 camas. El hospital pertenece al ministerio de defensa el cual se rige según las normas del ministerio de salud.

Esta unidad tiene capacidad para 27 camas, pero lamentablemente están en reparación 6. La unidad se encuentra bajo la dirección del Dr. TTe. CrI. Carlos Casallo Quiliano y la jefa de unidad es la licenciada Margarita Urbietta Tello; en la unidad trabajan 4 médicos neurocirujanos asistentes, 4 residentes de neurocirugía, 12 licenciadas de enfermería que tienen mínimo 10 años de experiencia laboral, así como 8 técnicas de enfermería con una antigüedad mínima de 10 años. La neurocirugía es la especialidad que se encarga del manejo quirúrgico de patologías del sistema nervioso central, periférico y vegetativo, incluyendo sus estructuras vasculares; siendo las más comunes: a nivel de columna. - disectomias y colocación de espaciadores a nivel de L<sub>4.5</sub> S<sub>1</sub>, trastornos del disco vertebral Lumbo-Sacro. A nivel cerebral; malformaciones arteriovenosas, Embolizaciones, Microadenomas hipofisarios, microaneurismas, etc.

Los avances han permitido que la cirugía neuroquirúrgica sea más sencilla reduciendo daños al tejido nervioso surgiendo la neuroendoscopia y neuronavegación; logrando con esta precisión disminuir la longitud de las lesiones.

Es por ello que el presente informe de experiencia laboral profesional en el área de neurocirugía del hospital militar central tiene como objetivo describir las intervenciones de enfermería en dicha área y así contribuir al mejoramiento de la calidad del cuidado en el pre y post quirúrgico mediato.

Descrito en 7 capítulos:

CAPITULO I: Planteamos el problema; descripción de la situación problemática, objetivo y justificación.

CAPITULO II: Marco teórico; contiene los antecedentes, marco conceptual y definición de términos.

CAPITULO III: Experiencia profesional; recolección de datos, experiencia profesional y procesos realizados en tema del informe; para continuar con los resultados, conclusiones, recomendaciones y referencias.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la Situación Problemática

La norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud con la ley N° 26842-2016 define "que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo y que la protección de salud es de interés público. Por lo tanto, es responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla".(1)

La norma argentina IRAM-1509001.2000. Establece las normas técnicas sin limitaciones, teniendo como base la calidad, promoviendo la certificación de productos para seguridad del consumidor. El programa nacional de garantía de calidad de la atención médica según MINSA argentina la cual especifica normas para el criterio básico de categorización de establecimientos asistenciales con internamiento RM.282/1994 y normas de organización y funcionamiento del área de cirugía de los establecimientos asistenciales RM.573/2000.(2)

La norma oficial mexicana NOM-197-SSA1-2000 establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales de atención especializada para garantizar la presentación de servicios para promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de salud, regulando dichos servicios para que respondan a las demandas y necesidades de la población.

El presupuesto insuficiente y el mal manejo administrativo del ministerio de defensa logra afectar el buen funcionamiento y la adecuada atención al paciente lo cual se ve reflejado por tiempos en la escases de medicinas, material descartable (guantes, sondas, abocats, etc.) equipo de monitoreo.(3)

Este presupuesto insuficiente afecta también en la no contratación de personal técnico el cual no permite una atención de calidad, siendo los afectados el paciente y el personal de salud el cual corre el riesgo de contraer enfermedades de alto riesgo.

## **1.2 Objetivo**

Describir la intervención de enfermería en pacientes neuroquirúrgicos del hospital militar central de Lima- 2016.

## **1.3 Justificación**

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer las intervenciones de enfermería en neurocirugía, actividad fundamental en la atención integral del paciente en el Hospital Militar Central de Lima- 2016. Por el tipo de labor los militares sufren de accidentes o atentados que lesionan a su columna o cerebro, así mismo la vida agitada que se lleva en la capital, el tráfico desorbitado, la alta incidencia de asaltos con arma de fuego, etc. llegan pacientes que requieren atención especializada lo cual es motivo para mejorar la calidad de atención que brinda enfermería en el área de neurocirugía, deseando crear consciencia en el personal y para lo cual se planificó la ejecución del programa de educación para el equipo de enfermería con apoyo del personal médico y de la psicóloga del servicio; para poder entender el nivel de intranquilidad de este tipo de pacientes y poder brindar un apoyo emocional y espiritual. Así mismo educando a los familiares encargados del paciente para que se sensibilice y continúe el cuidado posteriormente en casa.

Es importante fomentar la integración y participación activa del personal en el logro de metas comunes y objetivos institucionales respetando los derechos del paciente, familia y compañeros de

trabajo, sin discriminación de edad, raza, genero, grado de discapacidad, credo, opinión, política o condición social.

Todo esto beneficiara no solo al paciente sino también a la familia militar, a la sociedad y a la misma institución en la parte económica, social y cultural .

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

MARTÍNEZ García, María Elena. 2002 en su investigación Satisfacción del Paciente quirúrgico con el cuidado de enfermería. Tuvo como propósito determinar las dimensiones del cuidado de enfermería que causan mayor satisfacción e insatisfacción en el paciente. La muestra fue de 90 pacientes adultos quirúrgicos hospitalizados en una unidad de seguridad social; fue estimada mediante el análisis de diferencia de medias con un nivel de significancia .05 un efecto de .30 y una potencia de prueba de .80. Utilizo la escala de satisfacción del paciente en el cuidado de enfermería; con la estadística descriptiva y medias paramétricas y no paramétricas. Concluyendo que el trato y la disponibilidad para el cuidado en donde los pacientes se encontraban satisfechos sobre todo entre los del sexo masculino de 42 a 65 años y con nivel de escolaridad bajo y la dimensión de continuidad genera insatisfacción entre el grupo de 18 a 41 años.(4)

CAMPOS Rubio Lucy, Chico Ruiz Julio, Cerna Rebaza Lisi, Trujillo-2014. En su investigación titulada Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del hospital base Lazarte Echeagaray; tuvo como objetivo determinar el nivel de la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico en el periodo peri operatorio de dicho hospital. Seleccionando 30 enfermeras especialistas del centro quirúrgico y de la unidad de recuperación. La experiencia tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental, descriptivo empleando la técnica de observación directa, utilizando las fichas de observación. Resultando: en la fase preoperatoria el nivel bueno fue de solo 37%, en la fase transoperatoria el nivel bueno fue de

63%, en la fase post operatorio el nivel bueno fue de 70% concluyendo que el promedio de la fase peri operatoria es 57% del nivel bueno.(5)

TORRES Minango, Edith. 2014. Hospital Quito N°1 P.N. En su investigación actualización del protocolo de atención de enfermería a pacientes con trauma cráneo encefálico grave en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Quito, enero a octubre del 2010. Refiere que es uno de los mayores problemas debido a la exposición a peligro sociales y accidentes. Su mortalidad es del 50% con un alto riesgo de secuelas neurológicas; requieren atención emergente y siendo enfermería responsable directo de su cuidado, se propuso actualizar el protocolo de atención de enfermería teniendo el NANDA, NOC y NIC. Con una investigación descriptiva- retrospectiva de enero a octubre del 2010 se identificó el 11.9/100%, el más afectado, el sexo masculino en relación 3:1, de 26 a 50 años, su etiología: 53.84% accidentes de tránsito y 26.92% caídas y su complicación más frecuente, hipertensión intracraneal. Se realizó un estudio no experimental aplicado en octubre del 2011 a 20 enfermos, determinando buen nivel de conocimientos y la no utilización del protocolo, por lo tanto, se considera de gran importancia para disminuir la morbi-mortalidad de los pacientes con TEC grave el uso del protocolo establecido.(6)

VARSOLA Gonzales, Ángela (2013). Guayaquil Ecuador. En su investigación cuidados de enfermería se determinó que es limitado ya que existen actividades que no son realizadas, verificación de la permeabilidad de las vías respiratorias, el 30% lo realiza y el 70% no lo hace; llevar a registros estadísticos de la frecuencia respiratoria y verificación de gases arteriales, el 59% siempre lo hace y el 41% a veces lo realiza, se constató que el personal de

enfermería pocas veces cuantifica y registra la frecuencia cardiaca evidenciando el déficit de la calidad de atención de las licenciadas, porque solo el 59% asume la responsabilidad, el 29% a veces lo realiza y el 18% nunca lo realiza. (7)

## **2.2 Marco Conceptual**

El cuidado neuroquirúrgico se inicia desde el ingreso del paciente a la unidad ya sea por consultorio o por emergencia. Se le recepciona con amabilidad, presentándonos si esta consiente, se le indica la rutina, se le controla las funciones vitales, el peso y se le explica donde será su ambiente. Durante la visita médica se cuidará su privacidad, se completará los riesgos quirúrgicos (cardiológico, neumológico y anestesiológico), la batería de análisis, el consentimiento informado, y la orden transfusional de sangre.

El paciente se le preparara un día antes a la cirugía colocándosele la noche anterior un enema evacuante (siempre y cuando sea indicado por su médico), se rasurara la zona a operar y quedara en ayunas. El mismo día de la cirugía al paciente se le canalizará una vía periférica de gran calibre (N° 16 o 18), se le administra el antibiótico como profiláctico, se vendará miembros inferiores y subirá el paciente a sala de operaciones previo llamado por la enfermera de esta unidad en camilla, con su placas respectivas e historia clínica.(8)

En el post operatorio mediato el paciente es traído de la unidad de recuperación (previa coordinación con dicha unidad) en camilla; según indicación médica puede pasar a la unidad de cuidados intermedios o a la unidad hospitalaria de neurocirugía.

## **Estrategias en Neurocirugía**

### **Monitorización clínica**

La mejor monitorización neurológica es la exploración clínica repetida para identificar un nuevo déficit neurológico focal (déficits motor, verbal o visual) o la disminución de la conciencia por un empeoramiento neurológico postoperatorio. Dependiendo del procedimiento neuroquirúrgico se deben buscar unos déficits específicos y se necesita una monitorización clínica específica (p. ej. Alteraciones del habla después de cirugía del lóbulo temporal izquierdo o disfunción de la deglución tras la cirugía del ángulo pontocerebeloso). La buena comunicación entre los médicos y el personal de enfermería es esencial para detectar y tratar las complicaciones neurológicas de forma correcta y temprana. Aunque no es específico, el descenso en el nivel de conciencia es el signo clínico más común de la hemorragia intracraneal postoperatoria. En todos los casos de deterioro neurológico inesperado, o el hallazgo de un nuevo déficit neurológico, es obligatorio la realización de un TAC cerebral para diagnosticar una complicación intracraneal ya que facilita el rápido tratamiento con el fin de evitar secuelas a largo plazo. Es importante no olvidar que pequeñas dosis de narcóticos o hipnóticos pueden exacerbar o bien enmascarar déficits focales neurológicos y disminuir el nivel de conciencia, lo cual puede llevar a realizar una prueba de imagen cerebral innecesaria.

### **Monitorización Respiratoria**

La monitorización de la saturación de oxígeno mediante la oximetría del pulso está indicada en todos los pacientes neuroquirúrgicos en el periodo postoperatorio. El mejor parámetro que determina el flujo sanguíneo cerebral (FSC) es la presión

parcial arterial de CO<sub>2</sub> (PaCO<sub>2</sub>) ya que induce a vasoconstricción o vasodilatación. Debido a los opioides y los agentes sedantes potencian las complicaciones pulmonares, el análisis de los gases sanguíneos en el momento del ingreso en UTI puede identificar el aumento de la PaCO<sub>2</sub> como la causa de un cambio neurológico.

### **Monitorización Intracraneal (Circulación, Oxigenación, Presión)**

La monitorización de la PIC raramente se emplea de forma rutinaria en pacientes posquirúrgicos, a menos que dicha monitorización haya sido colocada previamente a la cirugía.

### **UGC y Electrolitos**

El control cuidadoso de la UGC y electrolitos es esencial en el postoperatorio de los pacientes neuroquirúrgicos, ya que la hiperglucemia ha sido relacionada en todos los casos con peores resultados. Sin embargo, los límites del control glucémico aún son tema de debate. Un estudio aleatorizado demostró que los pacientes neuroquirúrgicos con un estrecho control glucémico, presentaban una menor estancia en UCI y una disminución en la tasa de infecciones, a pesar de una mayor frecuencia de episodios de hipoglucemia, aunque por otro lado esta intervención está asociada a un gran crecimiento del infarto después de un accidente isquémico cerebrovascular agudo. Los estudios en pacientes con trauma cerebral que han seguido un control glucémico estrecho, han mostrado una disminución en la disponibilidad de glucosa en el cerebro y un incremento en la crisis energética cerebral. Por esa razón, generalmente, después de la neurocirugía intracraneal, se recomienda como objetivo un rango glucémico poco estricto (90 – 180 mg/dl).

### **Manejo Hemodinámico (tensión arterial y PIC)**

Las alteraciones cardiovasculares, incluyendo hipertensión, hipotensión, arritmias cardíacas, fallo miocárdico y el edema pulmonar neurogénico, son frecuentes después de los procedimientos neuroquirúrgicos.

La hipertensión después de la craneotomía debida la estimulación simpática, puede provocar edema y hemorragia cerebral. Se ha observado una fuerte relación entre la hipertensión postoperatoria (tensión arterial sistólica > 160 mmHg) y el sangrado intracraneal. Por ese motivo parece adecuado mantener una tensión arterial sistólica por debajo de 160 mmHg, a pesar de que solo existen evidencias de baja calidad que apoyen esta intervención y para el tratamiento de la hipertensión postoperatoria, con el fin de atenuar el crecimiento del hematoma intracraneal, si este está ya presente. El despertar y la extubación traqueal son a menudo asociados a hipertensión sistémica, por lo que el uso de antihipertensivos puede ser necesario para el control de cifras tensionales elevadas.

### **Manejo de las Complicaciones más Frecuentes**

El diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones postquirúrgicas después de la neurocirugía intracraneal, es esencial para obtener mejores resultados.

### **Hemorragia Intracraneal**

La complicación más temida después de la neurocirugía es la hemorragia intracraneal. La tasa de esta complicación recogida en la literatura varía desde un 0,8% a un 2,2%, dependiendo de su definición. Los resultados clínicos son con frecuencia pobres en aquellos pacientes que han sufrido una hemorragia intracraneal durante el postoperatorio. La mayoría de los sangrados intracraneales ocurren en las primeras 6 horas después de la

cirugía y dentro de los factores de riesgo se incluyen recuento plaquetario por debajo de 100 g/l deficiencia de factores de coagulación, tratamiento preoperatorio con antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes y el tipo de procedimiento quirúrgico, señalando la necesidad de prevenir o tratar la hipertensión relacionada con la extubación. Aunque el sangrado remoto desde la zona quirúrgica es raro, es una complicación descrita. Ocurre con más frecuencia en el cerebelo y está probablemente relacionado con la pérdida de líquido cefalorraquídeo (LCR), hipertensión intracraneal, “caída” y elongación cerebelosa o por la oclusión transitoria de las venas cerebelosas subyacentes en un infarto venoso.

El sangrado asintomático detectado en un TAC de rutina puede continuar solo con monitorización en la UCI, mientras que hemorragias sintomáticas deben ser evacuadas tan pronto como sea posible, después de comprobar y corregir la coagulación, plaquetas y hemoglobina. Después de la cirugía de fosa posterior, incluso las hemorragias de pequeño volumen pueden causar empeoramiento neurológico, siendo inadmisibles esperar hasta la aparición de signos obvios de deterioro clínico, ya que la compresión irreversible del tronco del encéfalo puede ocurrir muy rápido.

### **Infección**

La tasa de infección postoperatoria registrada en la literatura es muy variable. Aunque la infección de la zona quirúrgica ocurre aproximadamente en un 45% de los pacientes después de una craneotomía, se requiere reintervención de solo un 0,5%. El factor de riesgo más importante para la infección postoperatoria y meningitis es la fuga de LCR. Otros factores de riesgo son la

duración de la cirugía > 4 horas, cirugía de emergencia, reintervención precoz y alto riesgo de cirugía contaminada. Los microorganismos más frecuentes responsables de la infección neuroquirúrgica postoperatoria son *Staphylococcus aureus* y varias bacterias gram-negativas, aunque también pueden estar implicados estafilococos coagulasa negativos, *Propionibacterium acnes* y estreptococos.

El diagnóstico de meningitis postoperatoria es a menudo difícil porque los signos clínicos (p. ej. fiebre, rigidez de nuca, cefalea y disminución del nivel de conciencia) no son específicos y aparecen demasiado tarde. La meningitis postoperatoria no puede ser diagnosticada por el recuento leucocitario en LCR debido a la falta de sensibilidad y especificidad después de la cirugía. La tinción de Gram tiene una especificidad cercana al 100%, sin embargo tiene una sensibilidad muy baja. La proporción de glucosa en LCR/glucosa en suero < 0,4, tiene una gran sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de meningitis bacteriana, pero incluso la hipogluorraquia (glucosa baja en LCR) extrema no siempre es indicativo de meningitis bacteriana. En un estudio, el lactato en LCR > 4 mmol/L tuvo una alta sensibilidad y especificidad para la diferenciación entre meningitis bacteriana o viral, aunque otros estudios han mostrado resultados heterogéneos.

### **Epilepsia**

La craneotomía está asociada con un alto riesgo de aparición de convulsiones posteriores a la misma; un 15-20% de los pacientes tienen como mínimo una convulsión, dependiendo de la indicación quirúrgica. La mayoría de las convulsiones postoperatorias son de características parciales, simples, parciales complejas o parciales

con generalización secundaria. Las convulsiones precoces son síntomas agudos relacionados con la lesión quirúrgica y la respuesta al estrés, y pueden precipitar complicaciones serias como el sangrado intracraneal, hipoxemia y aspiración pulmonar. Las convulsiones tardías postoperatorias pueden representar una actual epilepsia, necesitando tratamiento a largo plazo. Ambas, convulsiones precoces o tardías, afectan negativamente a los resultados neurológicos y a la posterior calidad de vida de los pacientes.

### **Neumoencéfalo a tensión**

El neumoencéfalo (aire intracraneal asintomático) es frecuente después de la craneotomía y puede estar presente hasta 14 días después de la cirugía. Por lo tanto, un paciente con una craneotomía reciente (hasta 3 semanas) no debe recibir oxido nitroso en ninguna cirugía posterior. La transformación de neumoencéfalo a neumoencéfalo a tensión (aire intracraneal sintomático) es una complicación rara (0,5 – 3%), y muchos factores asociados que contribuyen a la disminución el volumen cerebral, están implicados en su desarrollo. Entre los cuales se incluyen el uso de manitol, hiperventilación. El neumoencéfalo se reconoce fácilmente en el TAC.(9)

### **Alteraciones electrolíticas**

La hiponatremia es un hallazgo frecuente en pacientes neuroquirúrgicos. Es importante buscar el mecanismo causante de la hiponatremia.

A su ingreso se valora el estado de conciencia, se valora pupilas, se controla funciones vitales, se observa presencia de nauseas o vómitos explosivos, signos de presión intracraneal, cefalea, se

asegura una oxigenación adecuada verificándolo a través del saturómetro; se vigilan posibles edemas y convulsiones, se debe estar pendiente de la curación de la herida operatoria así mismo verificar si hay presencia de sangrado, vigilar la respuesta motora, llevar un buen balance hidroelectrolítico; tener un buen cuidado de los catéteres, sondas, drenajes y traqueostomías. En pacientes postrados de dependencia de grado III se da un cuidado integral sin olvidar la orientación a la familia para su tranquilidad. (10)

### **La Teoría de Enfermería de Jean Watson**

La teoría de Cuidado Humano de la doctora Jean Watson tiene como prioridad el cuidado del paciente donde el cuidado es la esencia (eje y corazón) de la práctica de enfermería que moviliza al paciente hacia la armonía entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de amor.

La doctora Jean Watson, autora de la "Teoría del Cuidado Humano", sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería".

El cuidado entendido por algunas autoras es la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de

expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida, es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.

La teoría de Watson está soportada en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kienkegaard, Gadow (Existential advocacy & philosophical foundations of nursing, 1980) y Yalom (Ten curative factors, 1975); Walker atribuye el énfasis de la Teoría en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto, a la postura de Carl Rogers (1961) (On Becoming a person an A way of Being, 1980) Watson, considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. (11)

## **Conceptos de Metaparadigma de Enfermería en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson**

### **Persona**

Es un ser en el mundo, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu.

## **Salud**

De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la "unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)". Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

## **Enfermería**

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales "Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta".

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.

## **Supuestos de Watson relacionados con los valores del cuidado humano**

1. El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.
2. La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisfacen nuestra humanidad.
3. Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en

la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.

4. En principio nosotros debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y debemos tratarnos así mismos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.
5. Tradicionalmente, la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.
6. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería – la esencia de la enfermería.
7. El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.
8. Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.
9. Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.
10. El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos mantiene vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.
11. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación.

Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera. Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de Cuidado de Watson, utilizados por enfermeras en las intervenciones relatadas en los procesos de cuidado humano.

Se han publicado varios estudios que abordan este tema y que han llegado a conclusiones sólidas y han presentado propuestas interesantes. Cabe preguntarse ¿Porque los ciudadanos de Lima han identificado la calidad del servicio como la principal debilidad de la atención de salud por dos años consecutivos? ¿Es que a pesar de las evidencias todavía no se han planteado estrategias correctivas eficaces al respecto?

Sería sumamente valioso tomar las experiencias exitosas de países vecinos quienes han encarado acciones que incluyen: solicitar financiamiento internacional para dar el primer paso, emprender esfuerzos conjuntos con organizaciones internacionales y nacionales, trabajar en la acreditación de hospitales, crear legislación sobre derechos y protección del consumidor, introducir medidas motivadoras para profesionales e instituciones y por ultimo ingresar esta problemática en la agenda política nacional, con capacidad de tomar decisiones y la disposiciones de destinar recursos para programas que busquen mejorar la calidad de atención.(11)

## 2.3 Definición de Términos

### **Calidad:**

Es el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud junto con las normas profesionales y con los valores del paciente, con una atención pronta y un trato digno.

### **Percepción del paciente:**

Es la expectativa del paciente y familia que pueda tener de la atención recibida en el establecimiento de salud y que dependerá de los servicios otorgados

### **Cuidado de Enfermería:**

Es el contacto diario y con el compromiso de ofrecer un servicio de calidad a los usuarios y familias (con apoyo, consideración y respeto) y que les haga sentirse importantes.

### **Atención de Salud Integral:**

Es la provisión continua y con calidad de la atención orientada a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud para las personas, familia y comunidad; atención brindada por personal que tenga un enfoque biopsicosocial y que trabaje en equipo coordinado teniendo la participación de la sociedad.

### **Neurocirugía:**

Es la especialidad que se encarga del manejo quirúrgico (incluyendo la educación, prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, cuidados intensivos y rehabilitación) de determinadas enfermedades del sistema nervioso central, periférico y vegetativo, incluyendo sus estructuras vasculares; la evaluación y el tratamiento de procesos patológicos que modifican la función o la

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de Datos**

La recolección de datos se realizó utilizando técnicas y herramientas permitiendo así ordenar sistemáticamente la información y sustentar el conocimiento de los cuidados en neurocirugía, así como los registros de enfermería, informes mensuales. Las fuentes de recolección de datos fueron:

- Protocolo de enfermería en neurocirugía
- Manual de normas de salud del MINSA
- Libro de estancia del servicio de neurocirugía del Hospital Militar Central de Lima 2014, 2015 y 2016.(12)

#### **3.2 Experiencia Profesional**

Descripción del área laboral:

El hospital Militar Central de Lima es una institución de salud categorizada nivel III-1.

Características geográficas: el hospital militar central de Lima está ubicado en la Av. Faustino Sánchez Carrión 15076, Jesús María

Infraestructura:

El servicio de neurocirugía se encuentra en el tercer piso pabellón B (B-3-3), cuenta con los siguientes ambientes, unidad de cuidados intermedios con capacidad para 5 camas y unidad hospitalaria donde se puede encontrar ambientes individuales y colectivos; según el reglamento de organización y funciones del hospital esta brinda atención técnica y científica a pacientes neuroquirúrgicos.

### **3.3 Procesos realizados en el tema del informe**

Realicé mis estudios universitarios en la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica culminándolo en 1992, realicé mi Serums en 1993 en el centro de salud de Palpa. A su término lleve el curso de instrumentación quirúrgica en el hospital Cayetano Heredia por 6 meses.

En agosto de 1994 ingrese al hospital Militar Central de Lima rotando por 15 días en emergencia y 15 días en cirugía de tropa para luego ser ubicada como enfermera asistencial en el servicio de neurocirugía hasta la actualidad. Durante dos meses hice un stach en el Hospital Edgardo Rebagliati en el cual un mes estuve en la unidad de cuidados intensivos- polivalente y un mes en la USI de neurocirugía del mismo hospital.

La función que realizo actualmente es asistencial en el cual brindo un cuidado directo, personal al paciente neuroquirúrgico sobre todo a los que se encuentran en la UTI brindando una atención integral ya que estos son pacientes muchas veces postrados de grado de dependencia III, y que requieren soporte de oxígeno, cambios posturales cada dos horas, cuidados de traqueostomía, cuidado de drenajes y sondas. Son pacientes que a veces se encuentran agitados y de gran peso; pero el personal (equipo de enfermería) trabajo unido y nos apoyamos para entre todos movilizar y brindar confort al paciente evitándole la formación de escaras, acumulación de secreciones, higiene perineal ya sea por deposición o diuresis tal es el caso de los pacientes con traumatismo vertebro medular (lumbar-dorsal o cervical), pacientes con hemorragias cerebrales que se encuentren muy agitados o en soporte.

También se cumple la función administrativa ya que se coordina las transferencias de pacientes, interconsultas y laboratorio; se realiza el ingreso del paciente a la unidad en el sistema para poder obtener posteriormente los partes para las diferentes necesidades (Receta). En cuanto a la función docente durante el día se tiene a cargo a alumnas o internas de enfermería las cuales se les orientan en el manejo de pacientes neuroquirúrgicos para que adquieran habilidades y destrezas en el área, la enfermera de neurocirugía muchas veces hace investigación ya que está pendiente de los signos y síntomas del paciente por ejemplo el motivo de una fiebre alta y sus consecuencias como es la convulsión.(13)

En la unidad de neurocirugía del HMC de Lima se tiene como capacitación charlas educativas mensuales coordinadas con el equipo médico y con apoyo de la psicóloga del servicio en el cual nos actualizamos o salimos de dudas en algún caso, o también hacemos un recordar para unificar criterios y trabajar mejor en equipo.

La enfermera asistencial en neurocirugía debe ser observadora y estar al pendiente de cualquier deterioro neurológico para comunicar al médico y actuar de inmediato evitando mayor deterioro.

En cuanto a la docencia se orienta a los alumnos e internos de enfermería en la mística que debe llevar enfermería, el cual involucra brindar calidad de enfermería con amor para el bienestar del paciente, familia y sociedad, pero sobre todo con respeto y dignidad.

## **APORTES**

Se realizó la actualización de las guías y/o protocolos de enfermería en los diversos procedimientos dados en la unidad: función lumbar, medición de presión venosa central, manejo de sistema de derivación ventrículo peritoneal interno y/o externo, atención de enfermería en pacientes postoperados de hernio núcleo pulposo, atención de enfermería en pacientes post operados de evacuación de hematomas subdural, etc.

Actualmente se encuentra en revisión una guía de educación al familiar directo del paciente para su cuidado posteriores en casa.

Se organizó el control diario y por turno del coche de paro, ya que anteriormente se encontraba desabastecido lo cogían para todo no para emergencias.

## **LIMITACIONES**

- El Hospital es una institución militar donde el personal civil cuenta con muy poco apoyo para mejorar la unidad en cuanto a equipos, material de escritorio, material descartable limitando el accionar de la enfermera y perjudicando al paciente.
- El maltrato de algunos familiares sobre todo de oficiales que hacen que el personal técnico no tenga esa voluntad de esforzarse para cumplir con sus funciones.
- El poco apoyo por parte del departamento de enfermería en no encontrar una solución a las constantes faltas y tardanzas del personal de enfermería.

#### IV. RESULTADOS

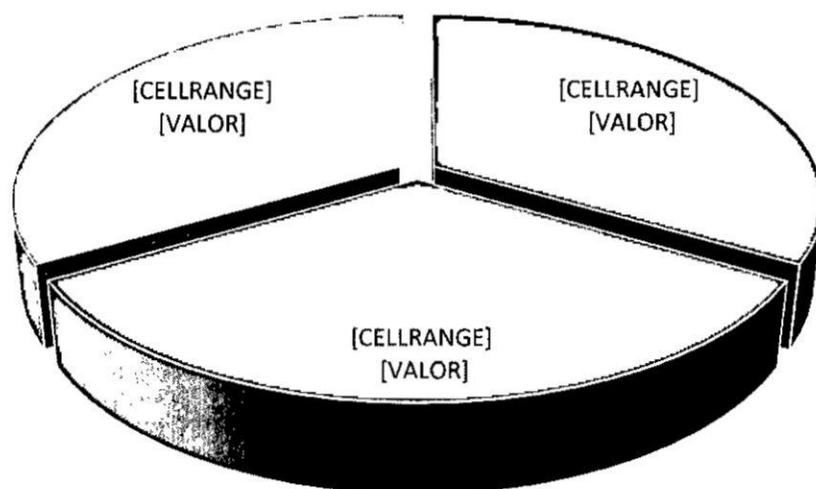
TABLA N° 4.1

NÚMERO DE PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA: 2014, 2015 Y 2016

AÑOS	2014	2015	2016	TOTAL
TOTAL DE PACIENTES	252	216	209	677

GRÁFICO N° 4.1

NÚMERO DE PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA: 2014, 2015 Y 2016



**INTERPRETACIÓN:** Se atendió en el 2014 un 37.2% y luego fue disminuyendo en el 2015 en un 31.9% para finalmente en el 2016 con un 30.9%

**TABLA N° 4.2**

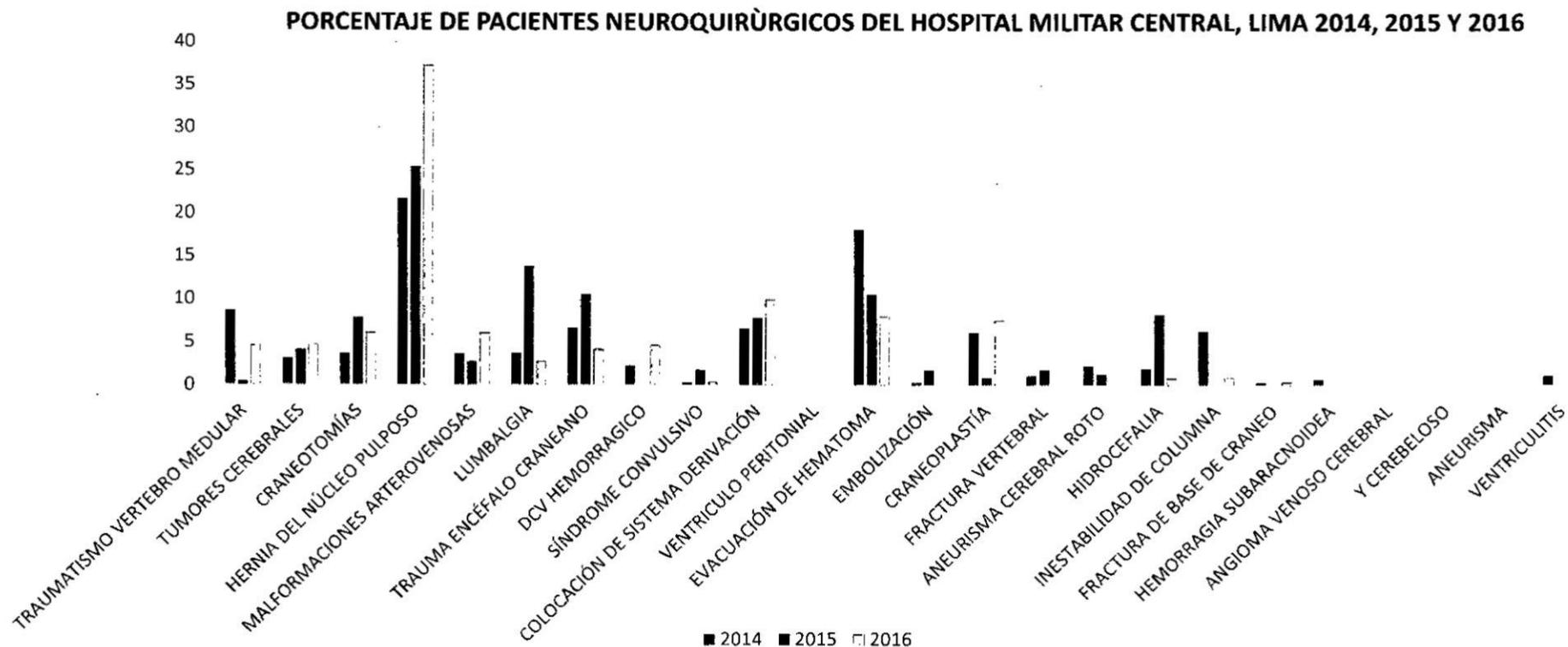
**NÚMERO DE DIAGNÓSTICO DE PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS  
DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA: 2014, 2015 Y 2016**

DIAGNÓSTICO Y CIRUGÍAS	2014	2015	2016			
	FRECUENCIA	FECUENCIA	FRECUENCIA	%	TOTAL	MEDIA
TRAUMATISMO VERTEBRO MEDULAR	22	1	10	4.87	33	11
TUMORES CEREBRALES	8	9	10	3.98	27	9
CRANEOTOMÍAS	9	17	13	5.77	39	13
HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO	55	55	78	27.76	188	94
MALFORMACIONES ARTEROVENOSAS	9	6	13	4.15	28	9.33
LUMBALGIA	9	30	6	6.65	45	15
TRAUMA ENCÉFALO CRANEANO	17	23	9	7.24	49	16.33
DCV HEMORRAGICO	6	0	10	2.37	16	5.33
SÍNDROME CONVULSIVO	1	4	1	0.88	6	2
COLOCACIÓN DE SISTEMA DERIVACIÓN VENTRICULO PERITONIAL	17	17	21	8.13	55	18.3
EVACUACIÓN DE HEMATOMA	46	23	17	12.7	86	28.66
EMBOLIZACIÓN	1	4	0	0.74	5	1.66
CRANEOPLASTÍA	16	2	16	5.02	34	11.33
FRACTURA VERTEBRAL	3	4	0	1.04	7	2.33
ANEURISMA CEREBRAL ROTO	6	3	0	1.34	9	3
HIDROCEFALIA	5	18	2	3.69	25	8.33
INESTABILIDAD DE COLUMNA	16	0	2	2.65	18	6
FRACTURA DE BASE DE CRANEO	1	0	1	0.29	2	0.66
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	2	0	0	0.29	2	0.66
ANGIOMA VENOSO CEREBRAL Y CEREBELOSO	0	0	0		0	0
ANEURISMA	0	0	0	0	0	0
VENTRICULITIS	3	0	0	0.44	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>252</b>	<b>216</b>	<b>209</b>	<b>100</b>	<b>677</b>	

## GRÁFICO N° 4.2

### NÚMERO DE DIAGNÓSTICO DE PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA: 2014, 2015 Y 2016

PORCENTAJE SEGÚN DIAGNÓSTICO DE PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE LIMA: 2014, 2015 Y 2016

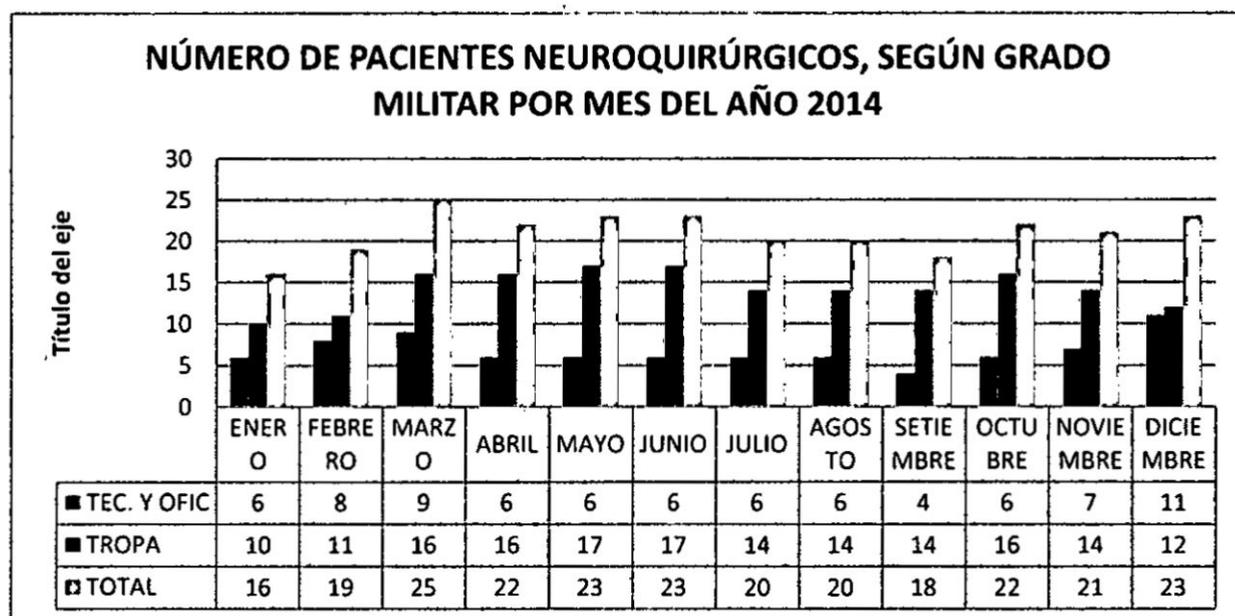


**INTERPRETACIÓN:** Las cirugías que mas se dio entre 2014, 2015 y 2016 fue de hernia de núcleo pulposo de 27.76%, seguido por evacuación de hematomas en un 12.7% y colocación de sistema de derivación ventricular peritoneal con un 8.13%, trauma encéfalo craneano 7.24%, lumbalgia 6.65% y otros en menos porcentaje.

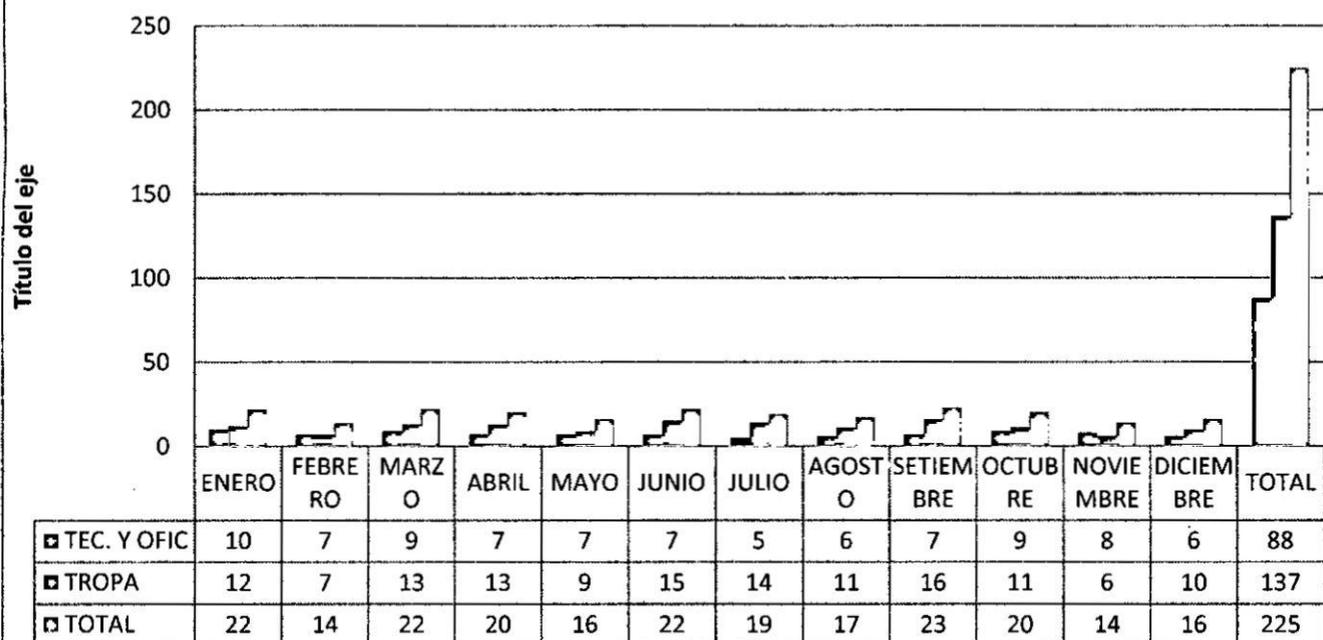
TABLA N° 4.3

MES	2014			2015			2016		
	TEC. Y OFIC	TROPA	TOTAL	TEC. Y OFIC	TROPA	TOTAL	TEC. Y OFIC	TROPA	TOTAL
ENERO	6	10	16	10	12	22	5	8	13
FEBRERO	8	11	19	7	7	14	5	13	18
MARZO	9	16	25	9	13	22	4	17	21
ABRIL	6	16	22	7	13	20	5	12	17
MAYO	6	17	23	7	9	16	3	14	17
JUNIO	6	17	23	7	15	22	3	13	16
JULIO	6	14	20	5	14	19	4	12	16
AGOSTO	6	14	20	6	11	17	6	14	20
SETIEMBRE	4	14	18	7	16	23	6	13	19
OCTUBRE	6	16	22	9	11	20	4	15	19
NOVIEMBRE	7	14	21	8	6	14	1	11	12
DICIEMBRE	11	12	23	6	10	16	1	16	17
TOTAL	81	171	252	88	137	225	47	158	205

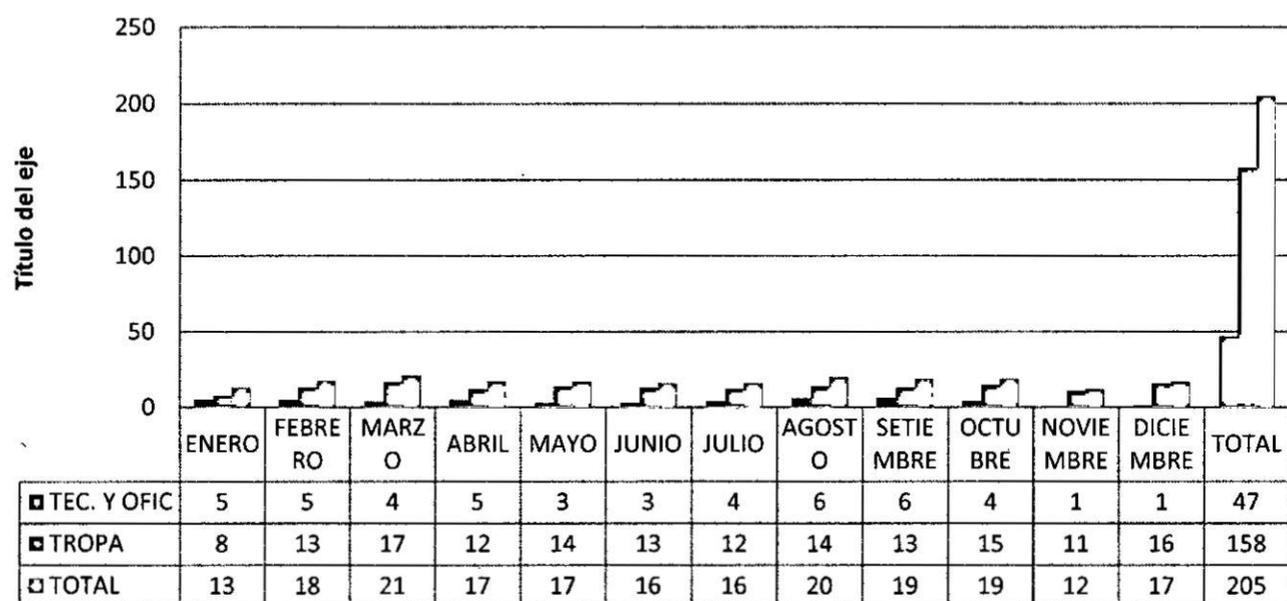
GRÁFICA N° 4.3



### NÚMERO DE PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS, SEGÚN GRADO MILITAR POR MES DEL AÑO 2015



### NÚMERO DE PACIENTES NEUROQUIRÚRGICO, SEGÚN GRADO MILITAR POR MES DEL AÑO 2016



**INTERPRETACIÓN:** En los años 2014, 2015 y 2016 se atendió en mayor cantidad a paciente soldador (tropa): 466 aun siendo menor la de técnico y oficiales.

## V. CONCLUSIONES

Al término del informe se concluye lo siguiente:

- a) Que en el servicio de neurocirugía se atendió a un total de 677 entre los años 2014, 2015 y 2016.
  
- b) El mayor porcentaje de cirugías neuroquirúrgicas se realizaron a nivel de columna en sus diversos diagnósticos como son: micro disectomia, laminectomias, fractura vertebral, columna inestable, lumbalgias, artrodesis, fijación transpedicular, etc.  
Las cirugías de cráneo son en menor porcentaje ya que por ejemplo especialistas en embolizaciones aún no se tiene; recién se está preparando un futuro especialista.
  
- c) En los años 2014, 2015 y 2016 se atendió en mayor cantidad a pacientes soldados (tropa): 466, y siendo menor la de técnicos u oficiales: 216. Cabe recalcar que hubo unos 5 pacientes que ingresaron por otra especialidad como es de otorrino y traumatología debido a la disponibilidad de camas.

## VI. RECOMENDACIONES

- a) Fortalecer, difundir y fomentar el compromiso del trabajo de enfermería en equipo brindando una atención integral al paciente y familia, desde su ingreso a la unidad hasta su alta, el cual será reflejado en su satisfacción, bienestar emocional y en su pronta integración a la vida cotidiana.
- b) Elaborar planes de educación continua para el equipo de enfermería con expositores de otras instituciones, para capacitarlos y/o actualizarlos en los nuevos avances de la ciencia lo cual servirá para mejorar nuestra atención en salud y para prestigio de la institución.
- c) Brindar un trato digno, respetuoso y con igualdad sin importar la jerarquía (oficial, técnicos, sub oficiales o soldados).
- d) Llevar un seguimiento continuo e insistir en los pedidos de material con justificación de la necesidad del paciente de neurocirugía.

## VII. REFERENCIALES

- 1) Ministerio de Salud. Normas de Cirugía y Técnicas de Salud. Ley N° 26842-2016. Perú 2016
- 2) Ministerio de Salud. Normas de Argentina N° IRAM-1509000.2000. Argentina. 2000
- 3) Ministerio de Salud. Normas Mexicana N° NOM-197-SAAI-20000. México 2000
- 4) MARTÍNEZ García, María Elena. 2002 en su investigación Satisfacción del Paciente quirúrgico con el cuidado de enfermería.
- 5) CAMPOS Rubio Lucy, Chico Ruiz Julio, Cerna Rebaza Lisi, Trujillo-2014. En su investigación titulada Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del hospital base Lazarte Echeagaray.
- 6) TORRES Minango, Edith. 2014. Hospital Quito N°1 P.N. En su investigación actualización del protocolo de atención de enfermería a pacientes con trauma cráneo encefálico grave en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Quito, enero a octubre del 2010
- 7) VARSOLA Gonzales, Ángela (2013). Guayaquil Ecuador. En su investigación cuidados de enfermería
- 8) Dávila Gonzales Rubén, Pastrana Avelino Selene Yamile, en su estudio cuidados de enfermería en el pre- trans y post operatorio 2014.

- 9) Dr. Pérez Yohesachy, Dr. Guevara Héctor, Dra. Hernández Saraylli en su estudio manejo pre y post operatorio del paciente quirúrgico. Hospital Carora. 2012.
- 10) Rivera Álvarez Luz; Triana Álvaro en su estudio, Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. 2007.
- 11) Eduardo Quinteros. Teoría de enfermería de Jean Watson. Lima - 2016
- 12) Libro de estancia hospitalaria de la unidad de neurocirugía (técnicos- oficiales, tropa)

# **ANEXOS**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES  
NEUROQUIRURGICOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES  
NEUROQUIRURGICOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

