

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



**MANEJO DEL DOLOR EN LOS PACIENTES POST OPERADOS  
MEDIATOS DE ARTRODESIS DE COLUMNA EN LA UHH B-3-3  
NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL "CRL LUIS  
ARIAS SCHEREIBER" 2015-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS  
QUIRURGICOS**

**LIZ HAYDEE LURIMACHE CARRIÓN**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Liz Haydee Lurimache Carrión', written in a cursive style.

**CALLAO - 2018**  
**PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ                      PRESIDENTA
- MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZÁLES                SECRETARIO
- MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ            VOCAL

**ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA**

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 187

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 07/03/2018

Resolución Decanato N° 642-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad 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	7
1.3 Justificación	8
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Marco Conceptual	14
2.3 Definición de Términos	34
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	37
3.1 Recolección de Datos	37
3.2 Experiencia Profesional	37
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	44
<b>IV. RESULTADOS</b>	48
<b>V. CONCLUSIONES</b>	52
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	53
<b>VII. REFERENCIALES</b>	55
<b>ANEXOS</b>	58

## INTRODUCCION

El dolor, definido por la International Association for the Study of Pain (IASP) como "una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño". Ocasionalmente por diversos mecanismos fisiopatológicos, esto debe dirigir nuestra atención a que el dolor es una experiencia única e intransferible de cada individuo. (1)

El dolor postoperatorio no es el resultado "obligado" de una intervención, sino de una insuficiente analgesia. Es una desagradable sensación física que implica aspectos sociales, psicológicos y espirituales de las personas convirtiéndose en sufrimiento. Se define como un síntoma esperado e inevitable en un paciente quirúrgico asociado a lesiones tisulares quirúrgicas, presencia de tubos y drenes, etc. (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el alivio del dolor como un derecho humano. La Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (JAHCO), entidad que acredita la calidad de los centros sanitarios en los Estados Unidos, establece que el adecuado manejo del dolor es un indicador de buena práctica clínica y de calidad asistencial que influye en la satisfacción del paciente. (Muñoz-Ramón, Carr, Sukiennik & Wurn, 2009. (3)

El presente trabajo académico tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en relación al manejo del dolor en pacientes postoperados

mediatos de artrodesis de columna, por lo que ha sido conveniente realizar un estudio titulado "Manejo del dolor en pacientes postoperados mediatos de artrodesis de columna en la UUHH B-3-3 Neurocirugía del Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber" 2015-2017.

Asimismo este estudio contribuirá a identificar, evaluar oportunamente y sobre todo saber valorar y aplicar el grado o nivel del dolor del paciente postoperado mediato utilizando las escalas existentes ya que el dolor continuará durante las 24 horas, por lo tanto el personal de enfermería debe estar capacitado para permitir una recuperación postoperatoria mediata óptima y mejorar la calidad de vida del paciente.

El presente informe consta de VII capítulos, en el **Capítulo I:** planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivo, justificación; el **Capítulo II:** incluye los antecedentes, marco conceptual y la definición de términos; el **Capítulo III:** considera la presentación de la experiencia profesional; **Capítulo IV:** resultados; **Capítulo V:** conclusiones; **Capítulo VI:** las conclusiones y el **Capítulo VII:** referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la Situación Problemática

Se estima que el 80-90% de las personas tendrá dolor de espalda en algún momento de su vida. Un gran porcentaje de ese dolor está ocasionado por la hernia discal, trastorno que causa problemas de espalda a 9 de cada 10 personas. Explica el doctor Francisco Villarejo, jefe de la Unidad de Neurocirugía de Clínica La Luz y del Hospital Niño Jesús. "De hecho, las enfermedades de la columna vertebral originan un 20% de las incapacidades temporales en el trabajo y un 50% de las que determinan la jubilación anticipada". (1)

La alta prevalencia del dolor es una preocupación en todos los niveles asistenciales de salud. En los hallazgos de investigación se reporta que aproximadamente el 96% de los enfermos hospitalizados refieren dolor agudo en algún momento durante su internamiento (Covarrubias-Gómez, 2007). En relación con el dolor postoperatorio la literatura reporta que alrededor de un 50% de los pacientes experimenta algún grado de dolor de moderado a intenso en sus primeras 24 horas posteriores a un evento quirúrgico.

Así mismo se ha documentado que el 20% lo describe como severo en intensidad, y en el 80% de los casos, es percibido como moderado a severo. (Soler, Faus, Montaner, Morales & Martínez-

Pons, 2001). Existe evidencia que el adecuado alivio del dolor no solo aumenta el confort y la satisfacción de los pacientes, sino que, además, contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria y en algunos casos reduce la estancia hospitalaria.

La literatura norteamericana, en una encuesta telefónica realizada aleatoriamente a pacientes sometidos a una cirugía, se les hizo preguntas acerca del dolor postquirúrgico con la medicación para el dolor y la educación recibida. Aproximadamente 80% de los entrevistados presentaron dolor agudo después de la cirugía. De estos pacientes, el 86% tenía el dolor moderado, severo, o extremo; la mayoría presentaron el dolor después del alta. Cerca del 25% de pacientes que recibieron las medicaciones de dolor experimentaron los efectos adversos. Sin embargo, el 90% de ellos estaban satisfechos con el tratamiento recibido. Aproximadamente dos terceras partes de los pacientes fueron educados por un personal de salud respecto a su dolor. Todo esto nos llevaría a concluir que hacemos un manejo inadecuado del dolor postquirúrgico (2).

La enfermera(o) es el profesional de salud que permanece 24 horas con el paciente quirúrgico desde su ingreso al hospital hasta el alta hospitalaria. En el proceso de recuperación del paciente quirúrgico con frecuencia se debe evaluar y valorar el nivel del

dolor para aplicar el fármaco adecuado indicado o en su defecto aplicar técnicas posturales que alivien y minimizen el dolor.

En el servicio de neurocirugía del Hospital Militar Central se brinda cuidados de salud a todo el personal militar que se encuentra en actividad y en retiro, así como también a sus familiares tanto varones como mujeres desde los 18 años de edad en adelante. Se realizan cirugías de cabeza y columna. Después que el paciente es intervenido quirúrgicamente en sala de operaciones pasa al servicio de recuperación donde recibe los cuidados de enfermería posoperatorios inmediatos, permaneciendo entre 6 a 8 horas, luego es transferido a la unidad de hospitalización de neurocirugía continuándose con los cuidados postoperatorios mediatos, siendo muy importante el manejo adecuado del dolor. Valorar la eficacia del tratamiento del dolor, minimiza la estancia hospitalaria, facilita la pronta incorporación del paciente a su movilización y por lo tanto a la realización de sus actividades a medida que tolere su dolor.

Se observa al personal de enfermería que brinda los cuidados que evalúa y maneja el dolor más no se aplica la valoración con la escala de EVA, medir el nivel del dolor y poder así administrar el tratamiento adecuado. Si bien es cierto que la atención es inmediata, adecuada y oportuna no se logra inmediatamente el alivio del dolor por utilizar analgesia inadecuada. A veces el alivio llega con la movilización al paciente, dándole un adecuado confort

o cambiándolo de posición. He aquí la relevancia de evaluar y sobre todo valorar el grado del dolor en el postoperatorio mediato oportunamente.

Se suma la falta de conocimiento del personal acerca del manejo del dolor y las escalas del dolor. La inexistencia de guías de atención sobre el manejo del dolor.

Por ello los cuidados sobre el manejo del dolor en el postoperatorio mediato de los pacientes operados de artrodesis de columna se convierten en un tema de interés para los profesionales de enfermería. El óptimo manejo y aplicación de la escala de valoración del dolor se ha convertido en uno de los indicadores de calidad en el cuidado de enfermería, porque determina su eficiencia y su efectividad en el cuidado de todo paciente post operado.

Unificar criterios nos permitirá trabajar con el mismo objetivo de garantizar una recuperación óptima de los pacientes postquirúrgicos mediatos.

## **1.2. Objetivo**

Describir el manejo del dolor en los pacientes postoperados mediatos de artrodesis de columna en el servicio de la UUHH B 3-3 neurocirugía del Hospital Militar Central "Crl. Luis Arias Schreiber".

### **1.3. Justificación**

El presente trabajo académico tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería y aplicación de la escala de valoración en el manejo del dolor postoperatorio mediato para valorar el nivel del dolor y utilizar el tratamiento adecuado a todos los pacientes post operados de artrodesis de columna en el servicio de neurocirugía del Hospital Militar Central en el periodo 2015 - 2017, con el propósito de disminuir, aliviar el dolor, calmar el sufrimiento y realizar los cuidados de enfermería en forma eficiente y eficaz.

Para ello contamos con herramientas como los planes de cuidados estandarizados que crean estrategias. Tener presente que cada paciente es único y que su valoración puede variar. Por otra parte es justificable esta investigación ya que se hace un aporte a la calidad del cuidado; porque los usuarios son capaces de definir si las acciones encaminadas para disminuir su dolor funcionan o no; porque permite al profesional de enfermería profundizar en el conocimiento de su propio rol, y también demostrar al usuario a través de sus acciones el conocimiento, la habilidad, y la calidez humana que garantiza el cuidado de calidad, puesto que mejorar el control del dolor y su percepción por los usuarios en los niveles asistenciales, es utilizado como indicador de buena práctica.

Asimismo, el presente trabajo académico se justifica:

**Nivel Teórico:** El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería que se deben tener en el manejo del dolor postoperatorio mediato a los pacientes post operados de artrodesis de columna. Adquirir conocimiento y ser capaz de evaluar y valorar el dolor adecuada y oportunamente usando la escala de valoración ya existente. Se brindará capacitación al personal de enfermería en cuanto al manejo del dolor y poder unificar criterios, a la vez que se implementará una guía de atención para el manejo del dolor.

**Nivel Metodológico:** El presente trabajo académico es importante ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados en el manejo del dolor a los pacientes operados de artrodesis de columna sabiendo evaluar y valorar correctamente y darle un cuidado preciso y oportuno

**Nivel Práctico:** A nivel práctico el presente trabajo académico, permitirá aumentar los conocimientos, destreza y habilidades a las enfermeras (os), sobre los cuidados en el manejo del dolor y la adecuada utilización de la escala ya existente.

**Nivel Social:** el adquirir conocimientos y realizar un adecuado manejo del dolor permitirá que se brinde una atención adecuada y oportuna logrando que el paciente permanezca menos tiempo postrado, logrando su independencia y pronta adaptación a su medio laboral y familia y se incorpore pronto a su vida social.

**Nivel Económico:** El manejo inadecuado del dolor en los pacientes post operados de artrodesis de columna es un problema para la salud pública así como para la familia por la morbilidad postoperatoria que suponen , problemas sociales que conllevan y que provocan prolongaciones de la estancia hospitalaria ya que aplazarían a más días su incorporación al medio, incremento de costos sanitarios y ocasiona en el paciente: pérdida de autonomía, independencia, tardarían más su incorporación al ámbito laboral y más tiempo alejado de la familia.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes**

**Luis Martínez-Vísbal, Nancy Tatiana Rodríguez-Betancourt**  
**“Dolor postoperatorio: enfoque procedimiento” – específico**  
**Revista de ciencias biomédicas Inicio Vol. 3, núm. 2 (2012)**

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a lesión tisular real o potencial, en especial si se conoce que el desencadenante

Es una intervención operatoria. Pese al avance en técnicas analgésicas y medicamentos, se presenta dolor postoperatorio moderado a severo en el 70% de los pacientes intervenidos. Se viene proponiendo la analgesia multimodal, que involucra a la analgesia preventiva y la analgesia anticipada. Igualmente, un manejo analgésico específico para cada procedimiento quirúrgico, sin perder de vista los factores individuales del paciente y tampoco los efectos adversos de los medicamentos que pueden impactar negativamente el resultado de la cirugía. Esta guía indica pautas para el manejo del dolor postoperatorio y reproduce propuestas de la iniciativa PROSPECT. Rev.cienc. biomed. 2012;3(2):360-372

**LIC. MARÍA DEL REFUGIO MUÑOZ RODRÍGUEZ –**  
**“Satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio en**  
**pacientes hospitalizados en una institución privada” Julio,**

**2012:** El estudio permitió determinar la intensidad del dolor y su asociación con algunas características del paciente y la satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio. Los resultados mostraron que el 48.2% de los participantes manifestaron el dolor muy cercano al de tipo severo en el máximo de dolor durante las primeras 24 horas. No se encontró asociación entre la intensidad del dolor con la edad del paciente; ni diferencia en la intensidad del dolor de acuerdo al sexo del paciente; en cuanto al tipo de cirugía se encontró únicamente diferencia en la intensidad del dolor al momento de la entrevista ( $t= 4.16$ ,  $p= .04$ ). La intensidad más alta de dolor fue reportada por los pacientes a los que se les realizó cirugía menor. En relación al alivio del dolor se encontró que el 77.7% tuvieron un manejo adecuado. El 85.5% de los pacientes recibieron orientación preoperatoria. En cuanto a la satisfacción en general los pacientes tuvieron una media de  $X = 9.54$  ( $DE= 1.08$ ). Se encontró diferencia significativa en la satisfacción general del paciente de acuerdo a si recibió o no orientación ( $t = 71.23$ ,  $p= .001$ ). Con orientación,  $X = 9.65$  ( $DE= .84$ ), satisfacción sin orientación,  $X = 7.73$  ( $DE= .2.37$ ). Además, se encontró que la satisfacción del paciente con el manejo del dolor está determinada por el máximo dolor postoperatorio y por la orientación preoperatoria recibida para el manejo del dolor,  $R^2 = .17$ ,  $p=.000$ .

(5)

En el postoperatorio inmediato, a las 12 horas y 24 horas, la dipirona es el analgésico más usado en un porcentaje de 74,4%, 81,4% y 70,8% respectivamente, siendo la dosis de 2,5 gr. c/8h la usada más frecuentemente en un porcentaje de 70,2% en el postoperatorio inmediato, 71,6% a las 12 horas y 65,5% a las 24 horas. En cuanto se refiere al EVA, el estudio demostró que el dolor aceptable (escala 0 – 3) se mantiene en un alto porcentaje inmediatamente de la cirugía, a las 12 y 24 horas del postoperatorio, con un promedio porcentual de 78,06%, frente a un dolor intenso (escala 8 – 10) que se expresa con un promedio porcentual de 1,2% para los tres periodos postoperatorios. En relación a la eficacia de la medicación, la dipirona administrada en forma trans operatoria, en el postoperatorio inmediato y a las 12 horas en dosis de 2,5 gr. c/8h, consigue una analgesia expresada como aceptable (escala 0 – 3 EVA) en un porcentaje de 89,02% en el postoperatorio inmediato, de 77,9% a las 12 horas del postoperatorio y de 76,9% a las 24 horas del postoperatorio. La valoración de EVA inmediato en este estudio revela que el 84% de pacientes tienen una escala de 0 – 3 (dolor aceptable) con una media de 2,3, siendo los valores desde una mínima de 0 hasta un máximo de 9 en la escala, en el estudio citado antes la mínima fue de 1 y la máxima de 8, en pacientes solamente de cesárea, y usando tramadol postoperatorio. En cuanto a la valoración del dolor

las 12 horas en nuestro caso un dolor aceptable en un 74,2% correspondiendo a una media de 2,7 siendo los valores entre 1 y 8 y la valoración de EVA aceptable a las 24 horas se presenta en un 76% de pacientes, con una media de 2,4 y los valores extremos son entre 0 como mínimo a 7 como máximo. Se encontró que el 90.1% de los participantes presentó dolor postoperatorio, 57.6% manifestó intensidad de dolor severo en las primeras 24 horas y 28.5% recibió un manejo de dolor inadecuado. Únicamente se encontró diferencia significativa en la intensidad del dolor de acuerdo al sexo ( $U = 1799$ ,  $p = .006$ ) con predominio en las mujeres (3).

## **2.2. Marco Conceptual**

### **2.2.1 FASES DEL POSTOPERATORIO**

Una vez que el paciente sale del quirófano e ingresa a la sala de recuperación, en su caso, se inicia el posoperatorio, fase que puede subdividirse en tres: postoperatorio inmediato, postoperatorio mediato y posoperatorio tardío. Cada una de estas fases tiene sus propias características, y consecuentemente sus propios principios, a los cuales es necesario apegarse estrictamente, igual que en las etapas previas. Hoy día, merced a las unidades de terapia intensiva y de cuidados intermedios, se dispone de una amplia variedad de técnicas de monitoreo, como

las líneas arteriales, el apoyo ventilatorio, los catéteres centrales, etc.

#### **A) Postoperatorio inmediato**

También conocido como fase de recuperación inmediata o post anestésica, se inicia cuando el paciente es extubado, si se utilizó anestesia general, y hasta por 12 h, aproximadamente, dependiendo del procedimiento.

#### **B) Postoperatorio mediato**

También conocido como posoperatorio intermedio, se inicia cuando el paciente está totalmente recuperado de la anestesia, y en general dura todo el tiempo que el paciente permanece hospitalizado. Durante este periodo debe recuperar todas sus funciones básicas, convalece y está en posición de seguir recuperándose en casa. Para el paciente que pasa esta segunda fase en el hospital, continúa la mayoría de los cuidados iniciados en la primera, es decir se da seguimiento y se cumple con lo indicado. En esta etapa, se presta especial atención al cuidado de la herida quirúrgica y al estricto seguimiento de los cuidados generales, pues de ello depende en gran parte la prevención de la mayoría de las complicaciones posquirúrgicas, como atelectasias, neumonías, derrames y aspiraciones pulmonares, arritmias, infartos, etc.

### **C) Postoperatorio tardío**

También conocido como fase de convalecencia, se inicia generalmente cuando el paciente vuelve a casa; dura cuando menos un mes, pues desde el punto de vista epidemiológico se considera como período postoperatorio, de modo que si se presentara alguna complicación, se relacionará directa o indirectamente con el procedimiento operatorio, y por lo tanto se registrará como morbilidad pre operatoria.

Durante esta fase y pasados unos días, se cita al paciente al consultorio, donde se puede quitar los puntos, continuar o suspender medicamentos, iniciar la rehabilitación, etcétera. Se insiste en que el paciente reanude o incremente su actividad física dentro de los límites que su padecimiento y condición lo permitan, y posteriormente se le cita a intervalos convenientes para seguimiento y valoración de la evolución hasta que, de acuerdo con el padecimiento, sea dado definitivamente de alta.

### **2.2.2 ARTRODESIS**

La artrodesis vertebral posterior (fusión intervertebral) es una cirugía para fusionar dos o más huesos de la columna (vértebras), de modo que con el tiempo se conviertan en un sólo hueso sólido. Se realiza para corregir la inestabilidad de la columna vertebral. La artritis, algunas lesiones o el simple desgaste natural pueden

causar que algunos de los huesos de su columna vertebral se deslicen o salgan de su lugar. Este movimiento anormal de los huesos puede causar dolor de espalda. También puede comprimir los nervios, causando dolor, entumecimiento o debilidad en las piernas. El objetivo de la fusión intervertebral es detener el movimiento anormal y por lo tanto eliminar el dolor en la espalda y las piernas. El segmento vertebral es la unidad funcional básica de la columna vertebral. Consta de dos vértebras adyacentes, el disco intervertebral y todos los ligamentos que las mantienen asociadas y les permiten su movilidad. El deterioro de uno o varios segmentos vertebrales por causa degenerativa, traumática, infecciosa, tumoral, etc. puede causar:

- Dolor vertebral por alteraciones en la biomecánica vertebral (inestabilidad/deformidad).
- Dolor vertebral por degeneración del segmento (articular/discal).
- Compresión medular o neural por estenosis (estrechez) del canal raquídeo.

El objetivo de la artrodesis es estabilizar la columna vertebral para aliviar el dolor local. Además, la descompresión de las raíces nerviosas alivia el dolor ciático y la dificultad para caminar propias de la estenosis de canal. En caso de daño medular, los síntomas como debilidad o falta de sensibilidad pueden tardar en

recuperarse o permanecer como secuelas, dependiendo del grado de daño ya establecido.

#### **A) ARTRODESIS CERVICAL ANTERIOR:**

Abordaje poco invasivo mediante incisión transversal en la cara anterior del cuello. Se sustituyen los discos por implantes o hueso del propio paciente. Suelen utilizarse placas atornilladas para corregir las curvas.

#### **B) ARTRODESIS CERVICAL POSTERIOR:**

Abordaje más agresivo con incisión longitudinal en la parte posterior del cuello. Se descomprime el canal medular y los nervios cervicales sin manipular los discos. Se utilizan tornillos y barras para la fijación.

#### **C) ARTRODESIS LUMBAR POSTERIOR:**

Abordaje estándar para la descompresión del canal y la fijación con tornillos pediculares y barras, generalmente de titanio. Se utiliza injerto de hueso del propio paciente o bien sintéticos.

### **RIESGOS Y COMPLICACIONES**

- Pérdida de sangre. Como con cualquier cirugía, siempre existe la posibilidad de pérdida de sangre con consecuencias fatales, pero con las técnicas actuales esto es muy poco común.
- Daño al saco que contiene los nervios, con fuga de líquido cefalorraquídeo (de 2 a 5 en cada 100 casos). Si el saco que contiene a los nervios se abre accidentalmente durante la

cirugía, éste será reparado. Esto no deberá presentar ningún efecto negativo en su resultado a largo plazo, pero es probable que tenga que pasar 1 ó 2 días acostado en cama para permitir que se fortalezca la reparación. En raras ocasiones, pueden ser necesarios tratamientos adicionales.

- Infección (de 1 a 2 en cada 100 casos). Incluso con el uso de antibióticos y atención en las técnicas de esterilización, existe un pequeño riesgo de desarrollar una infección en la herida.
- Daño a los nervios espinales (menos de 1 en cada 1,000 casos). Esto podría causar dolor constante, entumecimiento o debilidad en sus piernas.
- Que la fusión no sea exitosa. Si la fusión no es exitosa, usted podría necesitar cirugías adicionales.
- Persistencia de los síntomas. El cirujano hará todo lo posible para obtener el mejor resultado. Aun así, es posible que la cirugía no alivie todos sus síntomas.

### **2.2.3 DOLOR**

Se define de acuerdo a la International Association for the Study of Pain (IASP) como "una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño". (1) Este concepto debe dirigir nuestra atención al carácter del dolor que sufre el paciente ya que es su

experiencia única e intransferible siendo nuestra tarea evaluarlo y tratarlo.

### **A) FISIOLOGÍA**

Fisiológicamente los estímulos nociceptivos son captados por las terminaciones libres en la piel, músculo, articulaciones y paredes viscerales, para luego ser llevados por las fibras nerviosas periféricas a los ganglios raquídeos (8). Se conocen 3 tipos de receptores para el dolor: los receptores ubicados en las terminaciones libres que tienen fibras amielínicas; los mecanos-receptores de umbral elevado, que por medio de sus fibras A-delta mielinizadas que captan presiones lesivas para los tejidos y los receptores polimodales de la piel que responden al calor, tacto superficial y al dolor. Ante la evidente agresión tisular se secretan varias sustancias, como iones potasio e hidrógeno, histamina, serotonina, prostaglandinas, leucotrienos, bradicinina , Dando inicio a los impulsos nerviosos y disminuyendo el umbral de otras fibras aledañas, que en situación patológica también se activan.

#### **2.2.4 LA CLASIFICACIÓN DEL DOLOR**

Se da de acuerdo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor y, finalmente, según la farmacología.

## **A) Según su duración**

- a) **Agudo:** Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Dolor de reciente aparición y de probable duración limitada. Normalmente tiene una relación temporal y causal identificable con una lesión o enfermedad. Ejemplos lo constituyen la perforación de víscera hueca, el dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.
- b) **Crónico:** Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. Dolor que normalmente persiste más allá del tiempo normal de curación previsto y con frecuencia no tiene una causa claramente identificable. Es el dolor típico del paciente con cáncer.

## **B) Según su patogenia**

- a) **Neuropático:** Producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Puede ser punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia. Son ejemplos la plexopatía braquial o lumbo-sacra post-irradiación, la neuropatía periférica post-quimioterapia y/o post-radioterapia y la compresión medular.

- b) **Nocioceptivo:** Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral que detallaremos a continuación.
- c) **Psicógeno:** Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo. Es típica la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.

### **C) SEGÚN LA LOCALIZACIÓN**

- a) **Somático:** Se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculo esquelético, vasos, etc.) Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas. El tratamiento debe incluir un antiinflamatorio no esteroideo (AINE).
- b) **Visceral:** Se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo. Asimismo puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos. Son ejemplos de dolor visceral los dolores de tipo cólico, metástasis hepáticas y cáncer pancreático. Este dolor responde bien al tratamiento con opioides.

#### **D) SEGÚN EL CURSO**

- a) **Continuo:** Persistente a lo largo del día y no desaparece.
- b) **Irruptivo:** Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente. Ejemplo como comer, defecar, caminar.

#### **E) SEGÚN LA INTENSIDAD**

- a) **Leve:** Puede realizar actividades habituales.
- b) **Moderado:** Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.
- c) **Severo:** Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores.

#### **F) SEGÚN LA FARMACOLOGÍA:**

- Responde bien a los opiáceos: dolores viscerales y somáticos.
- Parcialmente sensible a los opiáceos: dolor óseo (además son útiles los AINES) y el dolor por compresión de nervios periféricos (es conveniente asociar un esteroide).
- Escasamente sensible a opiáceos: dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de

nervios periféricos (responde a antidepresivos o anticonvulsiantes).

### **2.2.5. EVALUACIÓN DEL DOLOR**

Para lograr un correcto tratamiento y manejo del dolor, es vital realizar una valoración multidimensional revisando los mecanismos fisiopatológicos y otros factores asociados como los emocionales y psicológicos. A la evaluación del dolor se intentaran recoger datos sobre:

- Intensidad del dolor, tiene un carácter subjetivo y para la valoración se harán uso de las escalas de evaluación existente.
- Tipo de dolor, es conveniente diferenciar entre el dolor somático, visceral, neuropático, ya que cada tipo de dolor requiere un tratamiento distinto.
- Patrón del dolor, hace referencia al momento del comienzo del dolor y su duración
- Factores desencadenantes, identificar posibles factores que intensifican el cuadro de dolor para evitarlos.

### **2.2.6. VALORACIÓN DEL DOLOR**

El dolor tiene principalmente el carácter de ser subjetivo, es decir que sólo el paciente nos podrá informar sobre el mismo, de tal manera, que contar con él es muy importante para la evaluación de

dolor. Ser subjetivo también resulta de difícil evaluación, ya que no existen parámetros o signos objetivos que nos permitan medirlo de forma exacta. Para la evaluación de este dolor es necesario investigar su intensidad en forma frecuente, regular y sistemática, al mismo paciente para evitar la opinión personal del evaluador. La primera herramienta de valoración del dolor es el interrogatorio al paciente, para averiguar aspectos importantes como: localización, modo de inicio, tipo, intensidad, entre otros, aplicando las escalas de valoración del dolor estandarizadas, que nos sirven para evaluar el dolor sistemáticamente, luego de la administración de analgésicos. Existen 2 tipos principales de escalas, las subjetivas y las objetivas, en ellas, el paciente nos informa sobre su dolor o el investigador se encarga de asignar un valor a su intensidad respectivamente. Las más utilizadas, las subjetivas, unidimensionales, entre ellas la conocida:

Escala Visual Análoga, que sirve para valorar la intensidad del dolor y consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud entre 2 puntos que tiene las expresiones, no dolor o máximo dolor imaginable, luego de lo cual el paciente marca el punto de la línea que mejor refleje su condición y la escala numérica utilizada por su mayor facilidad, parecida a la anterior con la diferencia que viene marcada del 0 al 10, de tal manera que el paciente pueda señalar la más conveniente en su estado.

## Escala Numérica

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Actualmente se considera que el dolor postquirúrgico debe ser de 3 o menos en la escala numérica o visual análoga para juzgar como efectivo el tratamiento en reposo, pues en movimiento habrá un incremento del dolor (6). El tratamiento del dolor postoperatorio tiene como finalidad minimizar el dolor, para permitir la movilización temprana, y evitar complicaciones dependientes del reposo en cama admitiendo un retorno temprano a las actividades diarias.

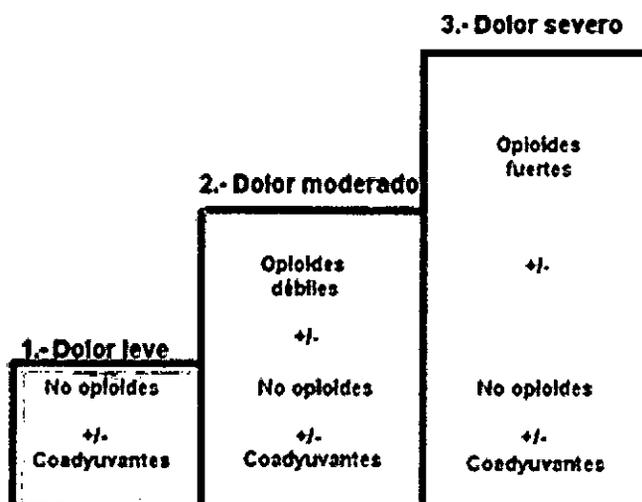
### 2.2.7. ESCALERA ANALGESICA DE LA OMS

**La valoración del dolor:** su alivio y la intensidad del mismo es uno de los síntomas más difíciles de evaluar en clínica y en el contexto del período postoperatorio ya que puede variar por los factores analizados. (5)

Su medición se realiza a través de varias escalas:

ESCALONES	TRATAMIENTO
1er escalón: dolor leve a moderado	AINES (analgésicos antiinflamatorios y derivados: paracetamol, metamizol, ibuprofeno, diclofenaco, ketocolaco). Estas drogas presentan un "techo analgésico" no aumentan la analgesia al aumentar la dosis, ni se potencian con la asociación de los AINS.
2do escalón: dolor moderado a intenso	AINES + Opioides (codeína, dihidrocodeína o tramadol)
3er escalón: dolor intenso no controlable con tto anteriores	Opioides mayores especialmente morfina. La vía de administración, la titulación y la dosis son absolutamente individuales y por tanto muy variables. Se indica realizar rotación opioide en caso de: toxicidad, fracaso en el control del dolor, sospecha de desarrollo de tolerancia y dolor difícil o refractario
4to escalón: dolor muy intenso	Medidas analgésicas invasivas (administración de morfina por vía intratecal o epidural, infiltraciones de anestésico locales, etc)

## Escalera Analgésica de la OMS



### 2.2.8. ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR (EVA)

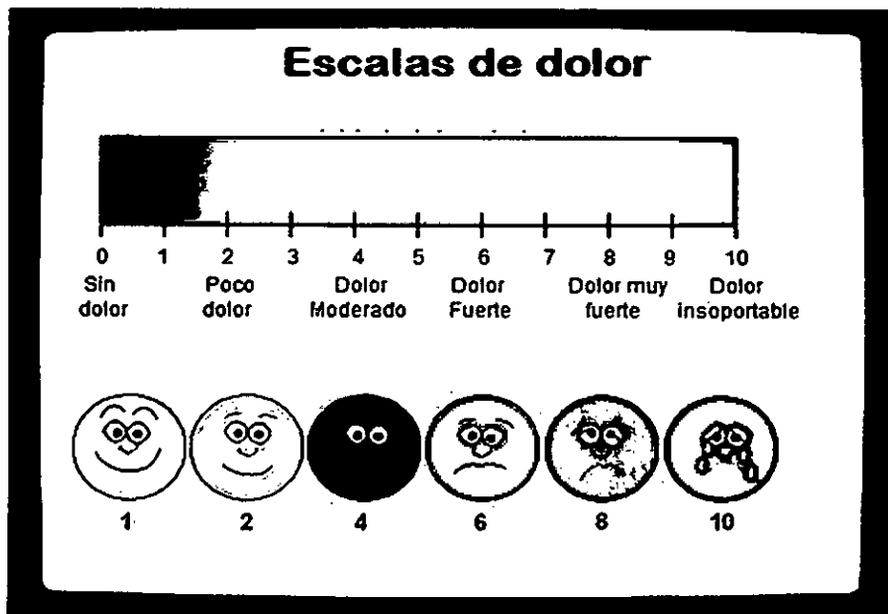
La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración será:

1 Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.

2 Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.

3 Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.



### 2.2.9. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Los pacientes que experimentan dolor agudo intenso, el profesional de enfermería se puede centrar solo en la localización, la calidad, la intensidad y en la intervención precoz. Los pacientes con dolor menos grave o crónico suelen poder proporcionar una descripción más detallada de la experiencia.

#### A) COMPONENTES DE LA VALORACIÓN DEL DOLOR

Localización: se le pide al paciente que señale o profile el área dolorosa. Su dolor puede ser localizado en una zona distinta a aquella en la que se origina, también puede discriminar si el dolor es superficial o profundo.

Intensidad: una escala numérica es la forma útil y sencilla para que el paciente proporcione la mejor información acerca del dolor que experimente, en una escala de 0-5.

Comodidad: algunos pacientes describen mejor el alivio del dolor que su intensidad, de ahí la importancia de valorar el dolor de ambas formas. También aquí se utiliza una escala numérica para valorar la intensidad.

Calidad: el personal de enfermería pide al paciente que se describa el dolor en detalle. Hay que estimular a los enfermos para que utilicen sus palabras.

El profesional de enfermería debe centrarse en lo siguiente:

- Tratamientos anteriores del dolor y eficacia de los mismos.
- Cuando y que analgésico se han tomado por última vez.
- Otros medicamentos consumidos.
- Alergia al fármaco.

## **2.2.10. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Para un efectivo control del dolor postoperatorio es necesario un abordaje multimodal, con la utilización de fármacos con distintos mecanismos de acción, pues el mismo tiene algunas causalidades, pues así se conseguirá un efecto aditivo mejor que con una sola droga. Los analgésicos actuales tanto aines como opioides nos permiten, al igual que otras técnicas con anestésicos locales,

mantener al paciente con dolor agudo satisfactoriamente analgesiado durante el período postoperatorio inmediato, las vías de administración más eficaces son: intravenosa, subcutánea y epidural que alcanzan rápidamente el efecto deseado.

### **2.2.11. MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS**

Aunque el método más potente para aliviar el dolor del que dispone la enfermera son los medicamentos, no es el único. Hay actividades de enfermería no farmacológicas, que pueden ayudar a aliviar el dolor, las cuales, además, suelen ser de bajo riesgo para el paciente aunque tales medidas no sustituyen a los medicamentos, pueden ser suficientes o adecuadas para episodios breve de dolor que duran unos cuantos segundos o minutos. En caso de dolor intenso que duran horas o días, la combinación de técnicas no farmacológicas con medicamentos puede ser la manera más eficaz de aliviar el dolor.

#### **A) Estimulación cutánea y masajes:**

Teoría del control de compuerta del dolor propone que la estimulación de las fibras que transmiten las sensaciones no dolorosas bloquea o disminuye la transmisión de impulsos de dolor. Varias estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor, que incluyen friccionar la piel y usar calor, y frío, se basan en esta teoría.

El masaje consiste en la estimulación cutánea generalizada del cuerpo y suele concentrarse en espalda y hombros, no estimula específicamente los receptores distintos los del dolor en el mismo campo receptor, pero pueden intervenir en el sistema de control descendente.

### **B) Tratamiento con hielo y calor**

Los tratamientos con hielo y calor pueden ser eficaces para aliviar el dolor en algunas circunstancias, sin embargo, su eficacia y mecanismo de acción requieren estudios anteriores.

Para un mayor efecto, el hielo debe colocarse en el sitio afectado inmediatamente después de la lesión o cirugía. El tratamiento de articulaciones con hielo después de cirugía puede reducir de forma considerable la cantidad de analgésicos que se requerirán. El tratamiento con hielo también puede aliviar el dolor si se aplica más adelante. Es necesario proteger la piel del contacto directo con el hielo, que no debe aplicarse en un área determinada por más de 20 minutos cada vez.

### **C) Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea**

La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea requiere de una unidad operada con baterías y electrodos, los cuales se aplican a la piel para producir una sensación de hormigueo, vibración o zumbido en la región del dolor. Se ha utilizado en caso de dolor agudo y crónico. Se cree que este método reduce el dolor al

estimular los receptores que no transmiten estímulos dolorosos, localizados en la misma zona que las fibras que transmiten el dolor.

#### **D) Distracción**

La distracción ayuda a aliviar el dolor crónico como el agudo (Johnson y Petrie, 1997), como entrena dirigir la atención del paciente a algo que no sea el dolor, puede ser el mecanismo que favorece el éxito en otras técnicas cognitivas eficaces. Se piensa que la distracción disminuye la percepción del dolor al estimular el sistema de control descendente, lo cual reduce la transmisión de estímulos dolorosos al cerebro. La eficacia de la distracción depende de la capacidad del paciente de recibir y crear información sensorial diferente al dolor. Las técnicas de distracción varían desde la realización de actividades sencillas, como ver televisión o escuchar música hasta ejercicios físicos y mentales muy complejos.

#### **E) Técnicas de relajación**

Se considera que la relajación de los músculos esqueléticos reduce el dolor al relajar los músculos tensos. Una técnica de relajación sencilla consiste en la relajación diafragmática lenta, el paciente cierra los ojos y respira con lentitud y comodidad. Puede conservar un ritmo constante al contar en silencio y con lentitud, conforme inspira o expira.

## **TEORIA DE ENFERMERIA QUE JUSTIFICA EL USO DE ESCALAS DE**

### **MEDICIÓN: VIRGINIA HENDERSON**

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : "

La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por

causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos. V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. (4)

### **2.3. Definición de términos**

#### **a) Dolor**

Experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con daños a los tejidos, real o potencial, o descrita por el paciente como relacionada con dicho daño.

#### **b) Dolor Agudo**

Es el dolor de inicio brusco, provocado por daño tisular y que persiste por un período variable de tiempo hasta que la afección que lo origina se resuelve.

#### **c) Dolor Persistente**

Es un dolor agudo que se prolonga más allá del probable tiempo de curación y puede ser motivado por inflamación o degeneración de una estructura factible de generar dolor.

**d) Dolor Crónico**

Es aquel que persiste después del curso habitual de una enfermedad aguda o después del tiempo razonable que sane una lesión. Puede originarse por la degeneración o sección traumática del sistema nervioso periférico o central que origina cambios y reorganización funcional del Sistema Nervioso Central, ocasionando que el dolor perdure por largo tiempo.

**e) Artrodesis**

Es una cirugía para fusionar 2 ó más huesos de la columna de modo que con el tiempo se conviertan en un solo hueso sólido. La cirugía se realiza para corregir inestabilidad de la columna vertebral.

**f) Período postoperatorio**

Tiempo que transcurre desde que el paciente concluye su participación en la cirugía extendiéndose hasta que es dado de alta para su recuperación total.

**g) Postoperatorio inmediato**

Se extiende desde la colocación del apósito en la herida quirúrgica extendiéndose hasta que los signos vitales se encuentren en los estándares establecidos.

#### **h) Postoperatorio mediato**

Parte cuando ya se ha estabilizado los signos vitales del paciente extendiéndose hasta que sea dado de alta o logre su recuperación total.

#### **i) Escala de EVA,**

Es otro abordaje válido para medir el dolor y conceptualmente es muy similar a la escala numérica. La EVA más conocida consiste en una línea de 10 cm. con un extremo marcado con “no dolor” y otro extremo que indica “el peor dolor imaginable.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección De Datos**

Para la realización del presente trabajo académico se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio como:

- Las historias clínicas del servicio.
- El libro de estancias hospitalarias del servicio de neurocirugía.
- Entrevista a cada paciente post operado mediato de artrodesis de columna.
- Libro de estadística de los pacientes operados del servicio.

De los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio.

#### **3.2 Experiencia Profesional**

##### **Recuento de la Experiencia Profesional**

Terminé mis estudios en el año 2000 en la Universidad Federico Villarreal en convenio con la Escuela de Enfermería del Ejército. Ingresé a trabajar al Hospital Militar Central Cri "Luis Arias Schreiber" el 1º de mayo del mismo año en el servicio de neurocirugía. Hasta la actualidad me encuentro laborando en dicha

unidad donde he podido aprender a cuidar a todos los pacientes operados de columna.

También trabajo a partir de diciembre del 2011 en la Clínica Sanna conocida antes como Clínica San Borja en el servicio de recuperación hasta la actualidad, donde tengo la experiencia de cuidar a los pacientes post operados inmediatos, es allí donde aprendí que el manejo del dolor es un indicador importante. Que el dolor se trata con medicamentos de acuerdo a su escala del dolor, así como también con un cambio postural o solo con un apoyo emocional.

### **Descripción del Área Laboral**

El Hospital Militar Central es una institución de salud categorizada nivel III-1. Se encuentra ubicada en la Avenida José Faustino Sanchez Carrión en el distrito de Jesús María.

Está dirigido por un personal netamente militar que es el Director General y un médico asimilado en el ejército que es el Director Médico.

El servicio de Neurocirugía del Hospital Militar Central también está dirigido por un médico militar neurocirujano, la jefa del servicio que es una enfermera que cumple labores administrativas y asistencial,

el personal de enfermeras el personal técnico en enfermería que cumplen labores asistenciales.

Actualmente el recurso humano es de:

- 05 Médicos neurocirujanos.
- 04 médicos residentes de neurocirugía.
- 11 enfermeras.
- 07 técnicas en enfermería.

El servicio de Neurocirugía del Hospital Militar se encuentra en el pabellón B tercer piso (B-3-3), la capacidad es de 27 camas. Cuenta con 02 áreas: el área de unidad de cuidados intermedios (UTI) capacidad para 05 camas donde se brinda atención a todos los pacientes operados de cabeza y de traumatismo vertebro medular y el áreas periférico capacidad de 22 camas de los cuales 06 son ambientes individuales y 04 ambientes colectivos con 4 camas cada uno donde se brinda atención a todos los pacientes operados de columna como laminectomía, microdisectomía o pacientes en estudio.

Se brinda atención integral de médicos, de enfermería y técnicas a todo paciente neuroquirúrgico ya operado y en estudio. A la vez se trabaja con todo el equipo multidisciplinario como psicólogas, asistentes sociales, laboratoristas, nutricionistas, terapistas, etc.

Las funciones desarrolladas están basadas de acuerdo al Manual de organización y funciones (MOF)

## **FUNCIONES DE ENFERMERA ESPECIALISTA DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA**

### **Funciones específicas**

- a. Proporcionar cuidado integral y seguro de enfermería al paciente en el pre, trans y post operatorio basado en las necesidades de salud y utilizando el PAE
- b. Participar en acciones de salud dirigidas a lograr el bienestar físico, mental y social del paciente
- c. Ejecutar y evaluar el plan de cuidados de enfermería, con base a evidencias científicas, guías, protocolos de atención, normas institucionales e indicadores de calidad
- d. Participar en el reporte y ronda de Enfermería.
- e. Desarrollar intervenciones de Enfermería, durante su hospitalización del paciente demostrando calidez en el trato.
- f. Participar en la visita médica informando el estado del paciente.
- g. Ejecutar procedimientos técnicos en la atención directa al paciente (SNG, SV, venoclísis, curaciones) y otros.
- h. Conducir y acompañar al paciente de la UH a SOP y viceversa proporcionándole apoyo físico y emocional.

- i. Administrar las prescripciones médicas y tratamientos a los pacientes en forma oportuna y eficiente.
- j. Verificar y utilizar de manera racional los medicamentos, materiales e insumos del paciente asegurando su provisión las 24 horas del día.
- k. Informar al paciente sobre las normas de conducta y disposiciones que debe cumplir durante su permanencia en el servicio.
- l. Brindar educación continua al paciente y familia en los aspectos de su auto cuidado.
- m. Supervisar y evaluar las actividades del Personal Auxiliar de Enfermería de acuerdo a su nivel de competencia.
- n. Verificar la limpieza, orden y conservación de los ambientes del servicio.
- o. Cumplir con las normas de bioseguridad.
- p. Mantener la integridad y el buen funcionamiento de los equipos, material y enseres del servicio.
- q. Registrar las intervenciones de enfermería en la Historia clínica de del paciente de acuerdo a normas para facilitar el diagnóstico y tratamiento del paciente.

- r. Participar en las actividades de investigación y capacitación permanente tendientes a mejorar la atención de enfermería que se presta al paciente.
- s. Participar en la enseñanza clínica de estudiantes de enfermería.
- t. Elaborar, aplicar y evaluar las guías de Intervención e instrumentos de enfermería basados en evidencia científica.
- u. Actuar en situaciones de emergencia y desastres de acuerdo a normas establecidas.
- v. Desarrollar acciones en el sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- w. Cumplir con las comisiones especiales asignadas por el personal de mayor Jerarquía y que estén dentro de su competencia.

#### **Línea de autoridad y responsabilidad**

- a. Depende jerárquicamente de la Enfermera Jefe de Servicio
- b. Tiene autoridad directa al Personal Técnico de Enfermería.

#### **Requisitos mínimos**

- a) Ser Licenciada de Enfermería Colegiada y habilitada
- b) Ser especialista en el área.
- c) Ser nombrada o contratada por la institución.

## **FUNCIONES DESARROLLADAS EN LA ACTUALIDAD**

- a. **Área Asistencial**, se brinda atención a todos los pacientes neuroquirúrgicos, postoperados de craneotomía, embolizaciones, evacuación de hematomas subdurales y epidurales, microdisectomía, laminectomía, artrodesis, hernia núcleo pulposo. Pacientes de grado de dependencia III que requieren una atención integral como cambios posturales, soporte de oxígeno, cuidados de traqueostomías, aspirado de secreciones, administración de medicamentos, cateterismos vesicales, cuidados en el manejo de drenajes, cuidados del drenaje ventrículo externo, valoración del Glasgow, manejo del dolor.
- b. **Área Administrativa**, En esta área se realizan todas las coordinaciones de interconsultas a otras especialidades, transferencias a otras unidades de hospitalización, altas hospitalarias, tramitar órdenes de laboratorio, manejo de los libros de estancia, control del coche de paro, realizar los indicadores.
- c. **Área Docencia**, también se maneja esta área, por que constantemente en el servicio realizan sus prácticas clínicas asistenciales las internas de enfermería y alumnas técnicas de enfermería de diferentes universidades o institutos a quienes

se les orienta y enseña todos los procesos y cuidados que se brinda al paciente neuroquirúrgico.

También mensualmente se dan charlas educativas internas de los diferentes temas de la especialidad, o se invitan a ponentes de otras áreas o son los mismos neurocirujanos del servicio quienes nos capacitan y poder estar actualizadas, unificar criterios y trabajar mejor en equipo por el bienestar del paciente.

- d. **Área Investigación**, en esta área aún no está muy desarrollada, ya que solo se hace investigaciones cuando realizamos algún curso o estudio como es el caso, es ahí donde nos damos cuenta la necesidad de profundizar y dejar evidencia.

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

Son 17 años de experiencia laboral en el servicio de neurocirugía desde que egresé de la universidad. Unidad donde brindo cuidados de enfermería a todo paciente neuroquirúrgico postoperados como craniotomía, excisión de tumor, evacuación de hematomas, laminectomías, microdissectomías. Detallando específicamente en este trabajo laboral a los pacientes postoperado de artrodesis de columna que es tema de mi investigación.

Siempre que se recibe a todo paciente postoperado procedente del servicio de Recuperación, después de monitorizarlo y controlar sus funciones vitales, se brindan los cuidados mediatos siendo el manejo del dolor una atención primordial ya que ese síntoma afecta al paciente en esa etapa postoperatorio mediato. Se cumplen las indicaciones médicas, y se administra los analgésicos indicados, más no valoramos el dolor y administrar analgésico de acuerdo al grado de dolor que se presenta. Si bien es cierto que el dolor cede y aliviamos la molestia muchas veces utilizamos analgésicos más de lo necesario.

- Una vez recibí a un paciente operado de artrodesis de columna cervical, con drenaje. Me refirió que tenía dolor y no podía dormir, no le pregunté si el dolor era intenso, moderado o leve solo cumplí con la indicación dada por el neurocirujano quien tampoco valoró el grado del dolor y se empezó a utilizar analgésicos desde el menos potente hasta el más potente, solo nos enfocamos en disminuir el dolor mas no valorarlo y poder utilizar el analgésico adecuado. Ya pasado la molestia, empezó con epigastralgia y acidez estomacal. Que también se resolvió administrando otros medicamentos para esa dolencia.

Me quedó la inquietud de haber resuelto el dolor postoperatorio y se creó otra dolencia gástrica. En ese momento comparé la atención que doy en el hospital y en la clínica donde si se utiliza la

escala del dolor. Y me surgió la inquietud de también poder realizar lo mismo en el hospital y es allí donde empecé a aplicar la escala del dolor y administrar analgésicos de acuerdo al grado del dolor coordinando con el neurocirujano, dando como resultado que con solo administrar el analgésico adecuado la dolencia pasaba. Este hecho se reportó en un día de capacitación y se dan charlas educativas para manejo del dolor y dar la atención adecuada. Lamentablemente no todos comparten esa idea, como aún en nuestro servicio no está estandarizado, ni existe algún protocolo o guía de manejo del dolor los cuidados del manejo del dolor no están estandarizados.

- Otro día recibí a otro paciente post operado de artrodesis de columna dorsal, que refirió dolor e incomodidad, al evaluar y valorar la escala del dolor daba un resultado de 2, solo se le realizó cambios posturales, movilización en bloque y se le brindó confort, dando como resultado que el paciente refirió que la incomodidad cedió. De no haber aplicado la valoración se hubiera administrado un analgésico innecesariamente. He allí la importancia de valorar el dolor.

## **APORTES**

- Capacitación sobre manejo del dolor conjuntamente con la parte Médica.
- Implementación de fichas de valoración de la escala del dolor.
- Coordinar con laboratorios que manejan analgésicos para charlas educativas y donación de cartillas sobre manejo de la escala del dolor.
- Valorar el manejo del dolor a paciente postoperado mediato de columna y ser un ente multiplicador de este cuidado.

## **Limitaciones para el Desempeño Profesional**

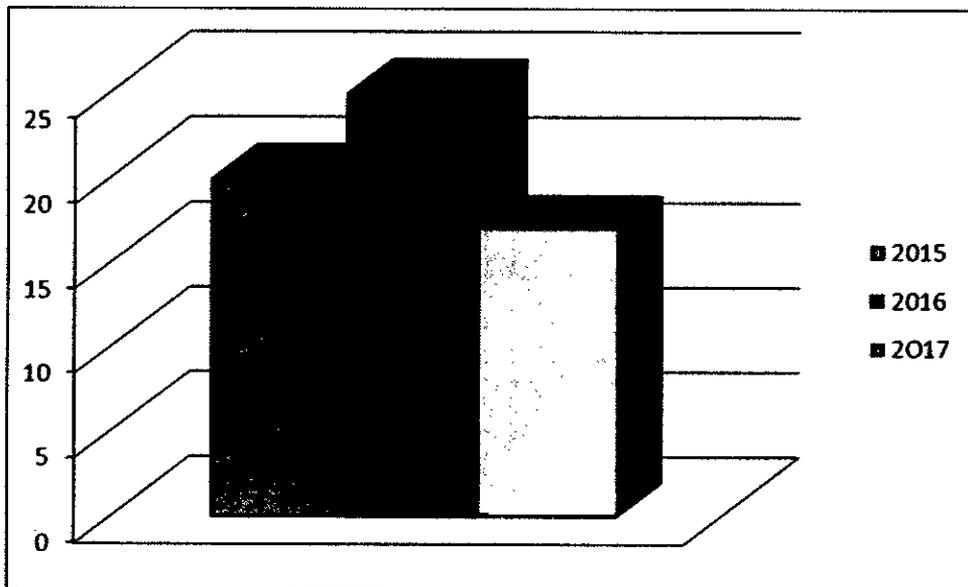
- No existe protocolo ni guía de atención para el manejo del dolor Postoperatorio mediato.
- Falta de conocimiento sobre manejo del dolor por parte del personal de enfermería y médica.
- No se realiza la valoración del dolor al paciente post operado de artrodesis de columna.
- Falta de interés por parte de personal de enfermería por querer aprender el manejo del dolor, refiriendo que no está normado y que solo cumplen indicaciones médicas.

#### IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

**NÚMERO DE PACIENTES POSOPERADOS MEDIATOS DE  
ARTRODESIS DE COLUMNA DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA  
2015, 2016 Y 2017**

2015	2016	2017	TOTAL
20	25	17	62

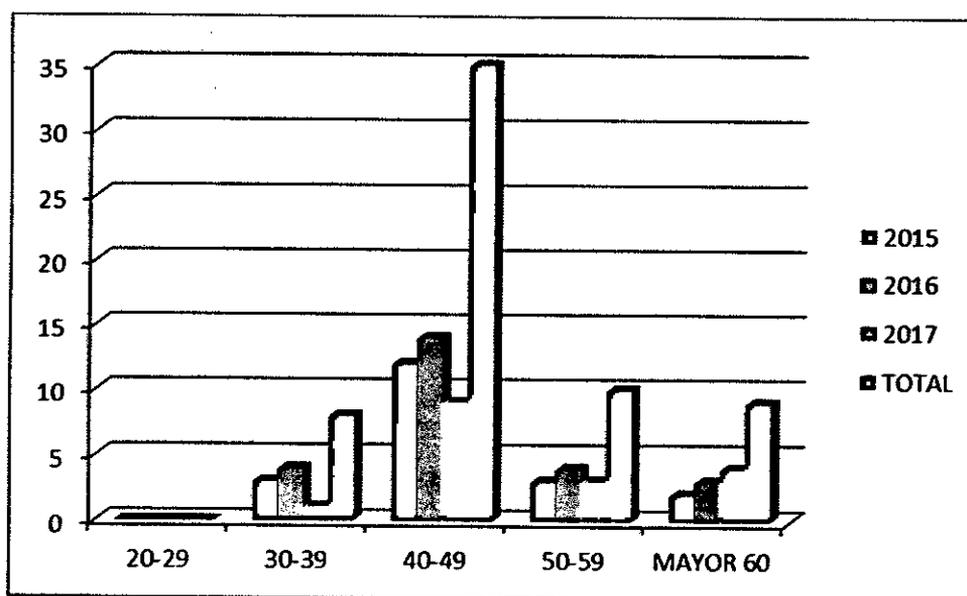


En el cuadro 4.1 vemos que solo hubieron en el 2015 20 pacientes operados, aumentando en el 2016 y luego disminuyendo en el 2017, con solo 17 pacientes.

**CUADRO 4.2**

**NÚMERO DE PACIENTES POSTOPERADOS MEDIATOS DE  
ARTRODSIS DE COLUMNA DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA  
SEGÚN EDAD**

	2015	2016	2017	TOTAL
20-29	0	0	0	0
30-39	3	4	1	8
40-49	12	14	9	35
50-59	3	4	3	10
MAYOR 60	2	3	4	9

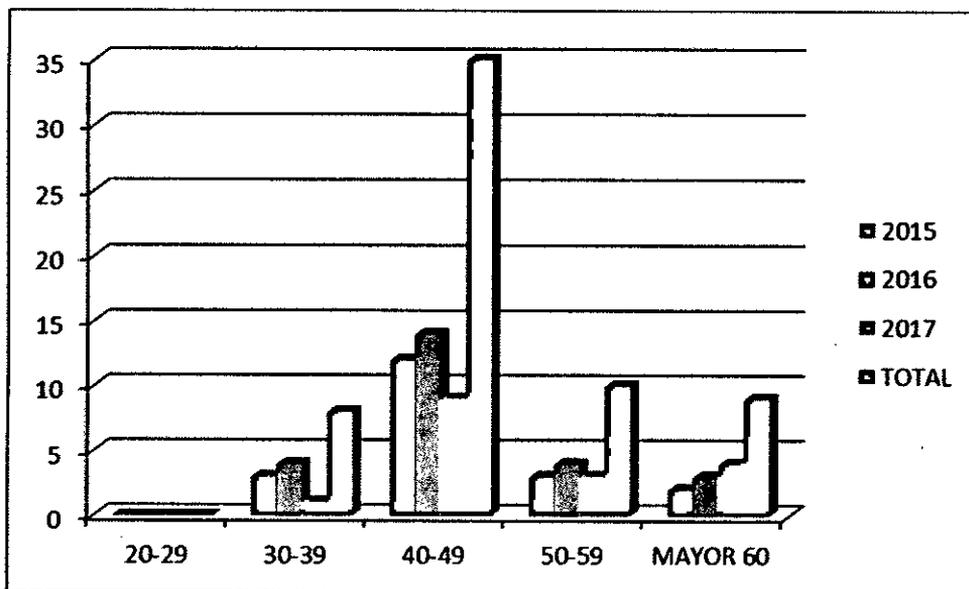


En el cuadro 4.2 podemos ver que en el grupo de 20 a 29 años no existen cirugías de artrodesis de columna. En el grupo de 40 a 49 años existen mayor cirugías de artrodesis de columna.

**CUADRO 4.3**

**CUADRO DE CIRUGÍAS DE ARTRODESIS DE COLUMNA EN EL  
SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA SEGÚN LA LOCALIZACIÓN**

	2015	2016	2017	TOTAL
ARTRODESI CERVICAL	8	7	9	24
ARTRODESIS DORSAL	6	8	3	17
ARTRODESIS LUMBAR	6	10	5	21
ARTRODESI SACROCOXIGEAS	0	0	0	0

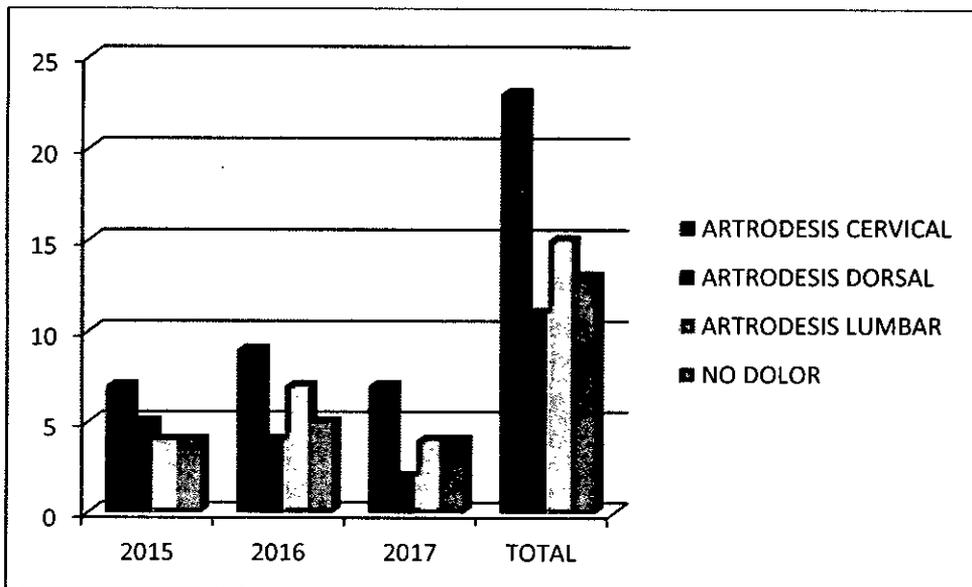


En el cuadro 4.3 vemos que no existen cirugías de artrodesis de columna sacro coxígeo, prevaleciendo más las cirugías de artrodesis cervical.

**CUADRO 4.4**

**CUADRO DE PACIENTE CIRUGÍAS DE ARTRODESIS DE COLUMNA  
SEGÚN LA PRESENCIA DEL DOLOR**

	2015	2016	2017	TOTAL
ARTRODESIS CERVICAL	7	9	7	23
ARTRODESIS DORSAL	5	4	2	11
ARTRODESIS LUMBAR	4	7	4	15
NO DOLOR	4	5	4	13



Según el cuadro 4.4 podemos ver que la cirugía que más dolor causa es la artrodesis cervical y la cirugía que menos dolor causa es la de artrodesis dorsal.

## V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente postoperados de artrodesis de columna.
- b) Existen un número bajo d cirugías de artrodesis de columna.
- c) Las cirugías de columna que más se realizan son las de artrodesis de columna cervical.
- d) Las cirugías que más dolor refieren son las de columna cervical.
- e) Es muy importante que durante el postoperatorio mediato de las cirugías de artrodesis de columna no solo evaluar el dolor sino también valorar el dolor y poder dar una adecuada atención utilizando el analgésico necesario.

## VI. RECOMENDACIONES

- a) Concientizar a todo el personal de enfermería la importancia del manejo del dolor, sabiendo valorar el grado del dolor y dar un tratamiento adecuado. Efectuando una valoración del dolor percibido por el paciente, a efecto de adecuar la terapia analgésica en respuesta al dolor
- b) Realizar programas charlas educativas al personal de enfermería con enfoque en la valoración del dolor, manejo del dolor farmacológico y no farmacológico y orientación al paciente.
- c) Coordinar con el departamento de enfermería para la realización de rotaciones externas a otros hospitales en las áreas de recuperación o de terapia del dolor donde se realice el adecuado manejo del dolor.
- d) Implementare protocolos, guías, de atención en el paciente post quirúrgico mediato de artrodesis de columna para unificar criterios. Estandarizando protocolos analgésicos de manejo institucional para los diferentes tipos de cirugías, con el fin de brindar más satisfacción a los pacientes.

- e) Insistir en utilizar la cartilla del dolor en todo paciente postoperado de artrodesis de columna.
  
- f) Coordinar con laboratorios, para realizar capacitaciones sobre manejo del dolor y reforzar nuestra atención.

## VII. REFERENCIALES

1. International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Terminología básica de dolor. PAIN 2008 n° 137 (473- 477)
2. José Luis Martí Viaño. Primer simposio virtual de dolor, medicina paliativa y avances en farmacología del dolor tratamiento del dolor postoperatorio en u.c.i. (ESPAÑA).
3. Moreno Monsivais María. Garza Elisondo María. Intensidad y Manejo del Dolor Posoperatorio en Pacientes Hospitalizados. Volumen 3: 355-362. Enero- Diciembre 2012.
4. Norma técnica de salud de la unidad productora de servicios: Tratamiento del dolor (NTS N° 062Minsa/DGSP-V.01) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Servicios de Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2009.
5. Vásquez Velasco, María Cristina. Manejo del Dolor Postquirúrgico en los Pacientes del Servicio de Cirugía y Gineco-obstetricia del hospital Homero Castanier Crespo de la Ciudad de Azogues, durante el año 2012”
6. Zegarra Valencia, Teresa. Incalla Flores, Isabel. Conocimiento y Actitud de las Enfermeras Respecto al Cuidado del Paciente Utilizando Escalas de Medición que Evalúen el Pre y Post

- Operatorio, Post Anestésico y Dolor, en el Servicio de Recuperación del Hncase. Trabajo de investigación. Arequipa 2007.
7. Chaustre J. El manejo del dolor como un derecho fundamental. Trabajo presentado para ascender a miembro de la Academia Nacional de Medicina 2006.
  8. Muñoz Rodríguez, María del Refugio. Satisfacción con el Manejo del Dolor Postoperatorio en Pacientes Hospitalizados en una Institución Privada. Tesis para obtener grado de Maestría. México. Universidad Autónoma de Nuevo León. Julio 2012.
  9. Montes Pérez, Antonio. Tratamiento del Dolor Agudo Post-Operatorio Utilizando Combinaciones de Tramadol y Metamizol.
  10. Gómez Tomas, Alicia. Villanueva Velasco, Rosa. Valoración y Manejo del dolor en Pacientes Hospitalizados. Protocolo Elaborado por el Equipo Impulsor Implicado en la Implementación de la Guía de Buena Práctica clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Octubre 2013.
  11. D Finkel, H Schlegel. Dolor Postoperatorio, Conceptos Básicos y fundamentos para un tratamiento adecuado volumen III – n° 1. 2005

12. Escalera del Dolor según OMS. Rodríguez Carranza, Rodrigo.  
López Horacio. Campos Alfonso. Guía de Farmacología y  
Terapéutica. Segunda edición. me graw hill. Educación. México  
2007.

# **ANEXOS**

## ANEXO N° 1

Como en nuestro servicio de neurocirugía ingresan todo paciente militar, existen muchos soldados de bajo nivel cultural, por lo que es adecuado utilizar la cartilla de manejo del dolor y puedan entender por medio de dibujos.

