

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



CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES POST-OPERADOS DE
TRAUMATISMO VERTEBRO MEDULAR EN LA UHH B -3-3
NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2015-2016

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

MARIA LILY ROJAS CHAVARRIA



Dra. Zoila R. Díaz Tavera
DIRECTORA

Callao, 2017
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA ZENAIDA BLAS SANCHO PRESIDENTA
- MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN SECRETARIA
- MG. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE VOCAL

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 463

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 31/10/2017

Resolución Decanato N° 2823-2017-D/FCS de fecha 26 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	4
I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1 Identificación del Problema	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II.- MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	30
III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL	32
3.1 Recolección de Datos	32
3.2 Experiencia Profesional	33
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	35
IV.- RESULTADOS	37
V.- CONCLUSIONES	43
VI.- RECOMENDACIONES	44
VII.- REFERENCIALES	45
ANEXOS	46

INTRODUCCIÓN

Traumatismo Vertebral Medular se define como una lesión aguda que afecta la columna vertebral y/o medula espinal. Su principal complicación constituye las lesiones medulares que son irreversibles y comprometen funciones corporales que limitan la independencia de las personas. El cuidado de enfermería para este tipo de pacientes tiene como meta prevenir complicaciones, apoyar al paciente y motivarlo para que aproveche al máximo sus capacidades residuales en busca de su independencia. Esta patología se presenta con frecuencia en la población de adulto joven de 25 a 35 años y de mayor incidencia en varones; las causas de mayor porcentaje son por accidentes de autos, caídas etc. (según la OMS)

El presente informe de experiencia laboral profesional titulado Cuidados de Enfermería en pacientes post operados de Traumatismo Vertebral medular y sobre estos casos específicamente trata para explicar al detalle las actividades realizadas con estos pacientes para que los directivos del hospital tomen conocimiento de esta realidad y promuevan la asignación de personal especializado suficiente ya que los cuidados son a pacientes de grado de dependencia III a II, es decir cuidados estrictos y minuciosos que demandan un gran esfuerzo laboral no faltando la calidad humanística, a fin de lograr su recuperación, así mismo, contribuir a identificar oportunamente los diferentes riesgos como,

complicaciones respiratorias, urinarias, musculo esqueléticas entre otras lo cual nos permitirá disminuir los costos en salud, y disminuir la estancia hospitalaria, y asimismo mejorar la calidad de vida a los pacientes.

El presente informe laboral consta de VII capítulos: El capítulo I planteamiento del problema (identificación del problema, objetivo y justificación. El capítulo II marco teórico (antecedentes, marco conceptual, definición de términos. El capítulo III experiencia laboral (recolección de datos, experiencia profesional, procesos realizados en el tema).El capítulo IV resultados. El capítulo V conclusiones. El capítulo VI recomendaciones. El capítulo VII referencias bibliográficas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática.

Definimos al paciente neurocrítico como aquellos pacientes que sufren un accidente cerebro vascular (AVC) en sus formas isquémicas, hemorrágica o traumática; TEC (Traumatismo craneoencefálico) HSA (Hemorragia subaracnoidea), HC (Hemorragia cerebral) y un grupo especial como es los Traumatismo Vertebr Medulares son casi siempre pacientes pendientes de cirugía. Además de las muertes que originan las lesiones traumáticas medulares, se asocian a grandes incapacidades con cambios importantes en la forma de vida tanto del lesionado como de su familia.

Las causas más frecuentes son los accidentes de tránsito. El lugar en que se lesiona la medula con más facilidad es el nivel cervical, seguido del área toraco lumbar y por último el nivel lumbosacro.

La mayor parte de las lesiones penetrantes en la medula ósea son causadas por arma de fuego, la mayor mortalidad asociada a la lesión tiene lugar en las primeras semanas y es debido a las complicaciones que se presentan como son las afecciones respiratorias, úlceras de presión como secuela de postración etc. La lesión medular es una lesión neurológica que origina diversas consecuencias corporales, individuales y psicosociales; se considera en la actualidad como una entidad generadora de importantes situaciones de discapacidad. Los cuidados de enfermería en este tipo de pacientes requieren de una especialización

tanto teórica como práctica, que solo se logra tras varios años de trabajo asistencial.

El conjunto de conocimientos teóricos comprende, en primer lugar una serie de conceptos generales, aplicables a otros tipos de pacientes críticos y unos más específicos que son los que desarrollamos en nuestro trabajo, Cuidados generales al ingreso, monitorización específica, respiratoria, hemodinámica, neurológica, traslado para pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas.

A nivel nacional los traumatismos de Columna vertebral también afectan principalmente a adultos jóvenes en edad productiva. Su principal complicación la constituyen las lesiones medulares que son irreversibles y comprometen funciones corporales que limitan la independencia de las personas.

El cuidado de enfermería para este tipo de pacientes tiene como meta prevenir complicaciones, apoyar al paciente y motivarlos para que aproveche al máximo sus capacidades residuales en busca de su independencia, en los últimos años también a nivel nacional ha venido aumentado la incidencia de estos traumatismos como consecuencia de la violencia y es así que hoy en día constituye una de las primeras causas de morbimortalidad, otros son los accidentes automovilísticos y los laborales. De esta forma la incidencia de trauma cuyas lesiones tiene efectos devastadores para la vida del paciente y su familia. El cuidado que demanda un paciente con dicha patología hace exigente la atención adecuada por su estado de dependencia.

1.2 Objetivo

Describir los cuidados de Enfermería a los pacientes post operado de Traumatismo Vertebro Medular en el servicio de neurocirugía del Hospital Militar Central 2015-2016.

1.3 Justificación

El presente informe de experiencia laboral profesional se justifica por que expone las intervenciones de la enfermera del servicio de neurocirugía del Hospital Militar Central en pacientes neuroquirúrgicos especialmente en post operados de traumatismos vertebro medulares, dado que por su característica el Hospital atiende pacientes militares del Ejército Peruano que sufren lesiones graves de este tipo ya que su desempeño laboral de alto riesgo por situarse en lugares declarados como zonas de emergencia y donde están expuestos a accidentes, caídas , atentados etc., los cuales por su condición requieren de una atención especializada, integral y humanística, brindando apoyo emocional y espiritual. Cuya atención implica movilizaciones en bloque, administrar dieta y tratamiento por sonda nasogástrica, cuidados de traqueotomía si tuviera, mantener hidratación parenteral como administración de los mismos, verificar flujo urinario (cateterismo vesical), apoyo emocional y espiritual y así evitar complicaciones involucrando al equipo de salud, y a la familia como protagonistas de la recuperación total.

En lo teórico se necesita profundizar conocimientos ya que logra precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos para brindar exitosos cuidados por parte de los profesionales de enfermería.

En lo práctico nos permite aumentar los conocimientos a la enfermera, paciente y familia sobre las diferentes técnicas de cuidado y así evitar las prolongadas estancias hospitalarias con incremento de costos y ocasiona en el paciente pérdida de autonomía, independencia y auto estima.

En lo social Debe ser beneficiario a las enfermeras que atienden a este tipo de pacientes así mismo los resultados obtenidos serán importantes para desempeñar con éxito la labor en el servicio de neurocirugía.

La enfermera debe realizar todas las acciones necesarias para colaborar con el bienestar e integridad física y emocional de los pacientes y sus familiares. El Hospital Militar Central, es una institución por excelencia, el presente estudio sentara bases fundamentales para mejorar el tratamiento y la educación en salud de pacientes antes de su intervención quirúrgica para un posoperatorio más óptimo.

El progreso tecnológico ha perfeccionado los instrumentos y procedimientos quirúrgicos. Gracias a ello, hoy en día las morbi-mortalidad debidas a cirugías de columna vertebral son muy pequeñas.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

GÓMEZ GARRID, ALVA, (2014) en su tesis “ Lesión Medular y su repercusión en el Sistema Respiratorio” cuyo objetivo fue : Valorar el sistema respiratorio de los pacientes con lesión medular, conocer la influencia que tiene la lesión medular crónica en el sistema respiratorio, conocer la prevalencia de disfunción de la musculatura respiratoria y como esta se relaciona con los niveles neurológicos en la lesión medular, estudiar se existe una buena correlación entre el pico de tos y la fuerza de la musculatura respiratoria en los lesionados medulares. Donde concluye: El 91.1 % de los en pacientes no presentaban ninguna patología respiratoria antes de la lesión medular. El 8,1 % de los casos restante sestaban diagnosticados de Asma bronquial, de EPOC y Apnea del sueño, después de la lesión medular presentaron Neumonía, de los cuales la mayoría necesitó de antibiótico (5)

DÁVILA ABANTO, MARÍA (2017) en su trabajo de Investigación “Conocimiento del familiar acompañante sobre el cuidado del paciente con Traqueotomía en el servicio de neurocirugía 13 B del Hospital Edgardo Rebagliati Martins” cuyo Objetivo fue Identificar el nivel de conocimientos del familiar acompañante sobre los cuidados del paciente con traqueotomía del servicio de neurocirugía 13 B del H.E.R.M. Que concluye que los resultados ayudaran a que el personal de enfermería

identifique en que aspectos del cuidado se debe educar al familiar acompañante para que este pueda brindar un cuidado óptimo al paciente traqueotomizado. Así mismo ayudara a que el familiar acompañante tome reflexión con relación a los conocimientos que debe reforzar para estar preparado y brindar los cuidados necesarios a su paciente.(6)

OCHOA ABURTO, NATALY (2015) en su trabajo de investigación "La Calidad de comunicación Enfermera- Paciente y su relación con la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el servicio de Neurocirugía del Hospital Daniel Alcides Carrión"; tiene como Objetivo determinar la relación entre la calidad de comunicación Enf – Pcte y la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. Los resultados concluyeron que la calidad de comunicación Enf-Pcte relacionan significativamente con la satisfacción del paciente. Se detectó que los 43,3 % pacientes opinaron que la atención brindada por la enfermera en cuanto a la comunicación es medianamente regular, 38,3 mencionaron alta y finalmente el 18,3 refirieron que la atención es mala.(5)

FONSECA MUÑOZ, JUAN (2012), en su estudio de investigación de tipo descriptivo y retrospectivo "Trauma Raquimedular en Cuidados Intensivos", cuyo Objetivo fue Identificar los aspectos clínicos y epidemiológicos presentes en ellos.

Concluyendo: Que esta afección fue más frecuente en adultos jóvenes del sexo masculino. El uso de ventilación mecánica fue necesario en la

mayoría de los casos, la bronconeumonía fue la complicación que se evidenció aislándose gérmenes propios del medio hospitalario. El esteroide más usado fue la metilprednisolona, y la fijación quirúrgica la necesitaron la mitad de los pacientes. Predominan los casos de estadía hospitalaria prolongada.(6)

2.2. Marco Conceptual

TRAUMATISMO VERTEBRO MEDULAR.

Definición:

El Traumatismo Vertebro Medular (TVM) es una lesión aguda que afecta la columna vertebral y/o la medula espinal produciendo un cambio, temporal o permanente, en la función normal a nivel sensorial, motor y/o autonómica.

La cual requiere urgente atención especializada de carácter multidisciplinario. Cuanta más alta es la lesión mayor es la gravedad; los tratamientos son de alto costo económico y social.

Etiología y Epidemiología:

- La incidencia anual es de 3.2 a 5.3 /100,000
- Afecta a jóvenes entre 20 a 40 años y a mayores de 55 años.
- Afecta a hombres más que a mujeres.
- Están causados por accidentes de tránsito (50%), domésticos e industriales (22%) o deportivos (18%)
- Comprometen las regiones más móviles cervicales (55%), dorso medular D11 a L2 (35%).

- En el 20% de los casos se afecta más de un nivel vertebral
- EL 60% presenta lesiones asociadas en otros órganos
- Estimamos una mortalidad del 30% antes de la admisión hospitalaria y del 10% en el primer año, que puede ascender el 50% en cuadripléjicos.

Causas

- Accidentes de tránsito a altas velocidades, sobre todo sin medidas de seguridad.
- Laborales especialmente caídas de altura.
- Deportivos, sobre todo en deportes de fricción.
- Accidentes por inmersión, clásica zambullida en aguas poco profundas, cuya incidencia aumenta en meses de verano.
- Los accidentes de tránsito son aproximadamente la causa del 50% de los TVM. Los principales elementos determinantes son:
Alta velocidad en el momento del impacto, no uso de sistemas de seguridad (casco, cinturón etc.), consumo de alcohol y drogas, deficiente calidad de la asistencia inicial.
La zona de la columna vertebral más frecuentemente afectada es la región cervical baja (C5-C7) seguida en segundo lugar por la zona toracolumbar (D10-L2).
Las lesiones por arma blanca y las producidas por armas de fuego son infrecuentes pero habitualmente provocan grandes destrozos vertebrales con secciones medulares completas.

Fisiopatología:

Por lo general son traumatismos cerrados y afectan mayormente los segmentos móviles cervicales y lumbares; las fracturas de columna dorsal son raras por la gran protección que significa la caja torácica.

El compromiso neurológico es secundario a la patología del raquis:

-Las fracturas cervicales ocurren por angulación aguda del cuello.

En flexo-extensiones violentas, como sucede en los accidentes automovilísticos o en flexión marcada por caídas de altura o zambullidas en aguas poco profundas.

- En región lumbar baja los traumatismos por lo general producen rupturas discales.
- En la unión toraco –lumbar mayormente causan fracturas en personas que caen de altura aun con impacto en los glúteos o de pie.

Mecanismos en trauma raquí – medular con fracturas:

Todas estas lesiones ocurren por flexión, extensión, rotación, compresión por impacto axial, o combinaciones de do o más de estos mecanismos. Las lesiones pueden ser:

- Aplastamiento simple del cuerpo vertebral: suele ocasionar un grado menor de desplazamiento fracturario en los grados más leves.

En aplastamientos severos, hay acuñamiento y listesis con daño neurológico casi seguro.

- Fractura conminuta: son de riesgo, pues si se desplazan fragmentos óseos o discales pueden comprimir o lacerar a la medula o raíces.
- Luxo-fractura: En estos casos la articulación intervertebral se luxa y se puede romper los pedículos. El desplazamiento de vertebras es máximo en el momento del impacto y puede reducirse espontáneamente en forma total o parcial. Casi todos estos pacientes tienen lesiones graves de medula.

Las fracturas y luxofracturas son en general más benignas en la región de la cauda equina, que tolera mejor algún grado de compresión que la medula. El cuello tiene mayor movilidad espontánea, tolerando una cantidad moderada de angulación. La peor área en cuanto a traumatismo es la región torácica alta donde hay mínimo espacio virtual intrarraquídeo en torno a la medula y la movilidad natural del segmento es menor.

Mecanismos en trauma raquí – medulares sin fractura

Extrusión discal masiva: Se observa en traumas cuyo principal vector de fuerza es axial: Caídas verticales sobre los pies (paracaidistas) o sobre los glúteos (caídas de altura, andamios, etc.)

El cuadro clínico corresponde generalmente a una sección medular aguda.

- Subluxación sin fractura: De grado variable, puede pasar desapercibida inicialmente, por lo general no generan lesiones medulares graves.
- Luxación completa sin fractura: No son frecuentes, pero la rotura ligamentaria genera grave inestabilidad y por lo general se acompañan de

grave déficit medular (sección) aunque las estructuras aseas hayan vuelto espontáneamente a su posición normal.

- Traumatismos Penetrantes: Generalmente causadas por armas blancas o proyectiles de arma de fuego. El tipo de lesión medular es variable y va desde una sección completa a una hemisección o una contusión de distinta significación.

En lesiones de cola de caballo, se podrá apreciar contusión o avulsión radicular.

Conceptos de Atención Clínica y Diagnóstico inicial

- Ante todo poli traumatizado sospeche siempre que puede existir compromiso raquímedular y proceda preventivamente (collar cervical, tablas, etc.).
- Dolor localizado a la columna vertebral, sobre todo si es persistente e intenso, altamente sugerente de TVM.
- Deformaciones anatómicas con contractura segmentaria a la palpación nos dan la certeza del compromiso metamérico.
- Compromisos neurológicos sobre todo simétricos, ambas piernas o ambos brazos o los cuatro miembros, nos evidencian síndromes de sección medular

Actuación y gestos básicos iniciales

- Se debe realizar examen físico completo, con especial énfasis en el estado neurológico
- Mantengan funciones vitales (ABC)
- No produzca una segunda lesión SIEMPRE INMOVILICE.
- Ante traumas abiertos y sangrantes cubra y comprima suavemente.

- Estabilice termodinámicamente y recién pida traslado a la mayor complejidad
- Solicite ayuda especializada

.Exámenes complementarios en traumatismo vertebro medular

- Radiografías Simple de columna, el examen radiográfico inicial más importante es una serie de radiografía completa de la columna vertebral. El análisis de las radiográficas simples debe realizarse con una secuencia organizada; iniciando siempre con el análisis de la alineación vertebral en las proyecciones anteroposterior y lateral.
- Tomografías Axiales computarizadas es útil para determinar con mayor exactitud el grado de lesión, la tomografía axial computarizada con reconstrucción sagital y coronal, es útil para visualizar regiones de difícil acceso, que no se puede ver bien en las radiografías simples.
- Resonancia Magnética Nuclear; es útil cuando es necesario visualizar elementos no óseos de la columna vertebral, es el estudio radiográfico definitivo para valorar lesiones medulares; lo cual permiten una mejor visualización de la medula espinal y las estructuras ligamentosas

Complicaciones de los traumatismos vertebro medulares

- 1.- Infecciones respiratorias – sepsis: propias de pacientes que no pueden movilizar secreciones por parálisis de músculos torácicos y decúbitos prolongados.
- 2.- Infecciones urinarias – sepsis: Por la existencia de vejiga neurogenica y sondajes repetidos por la realización de sondajes.

3.- Escaras de decúbito: Cuidados de enfermería deficientes, lechos inadecuados con pérdidas proteicas importantes y puertas de infecciones bacterianas.

4.- Disfunciones respiratorias y urinarias.

5.- Angustia y depresión.

6.- Fenómenos trombo embolicas principalmente trombosis venosa profundas.

El término "Shock Medular" se refiere a una parálisis flácida por interrupción fisiológica de todas las funciones medulares que suele localizarse por abajo del nivel anatómico de la lesión medular, cuya recuperación se confirma por la reaparición de los reflejos por debajo de la zona anatómica de la lesión, estos suelen ocurrir a las 48 horas posteriores al trauma en más del 99% de los casos.

Pronóstico de los traumatismos vertebro medulares

Morbilidad: 30% de los pacientes con secuelas importantes en cuanto a la funcionalidad, 15 – 20% déficit completo sin recuperación neurológica.

Mortalidad: 30% etapa pre hospitalaria 10% en el primer año en lesiones parciales 50% en cuadripléjicos.

Cuidados de enfermería en pacientes con traumatismo vertebral medulares

El cuidado de enfermería para éste tipo de pacientes tiene como meta prevenir complicaciones, apoyar al paciente y motivarlo para que aproveche al máximo sus capacidades residuales en busca de su independencia. El presente informe presenta un plan de cuidados basado en los diagnósticos de enfermería prioritarios y más frecuentes.

Los traumatismos de columna vertebral ocasionan lesiones y fracturas vertebrales cuya principal complicación son las lesiones de médula espinal que por sus características tienen efectos devastadores para la vida del paciente y su familia. Este tipo de lesiones son irreversibles y comprometen funciones corporales que no permiten a las personas ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria. Estas personas deben recibir el apoyo necesario para lograr enfrentar, aceptar y controlar, situación que necesariamente implica un cambio en su estilo de vida. La única posibilidad que le queda a este tipo de pacientes es emplear al máximo sus capacidades residuales para enfrentar su invalidez y ser así personas útiles para sí mismas y para la sociedad. El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado de este tipo de pacientes, son las personas que permanecen la mayor parte del tiempo con ellos y son quienes en un momento dado pueden ayudar a aliviar temores, demostrar las capacidades residuales de las

personas y prevenir complicaciones que retardan el proceso de recuperación y rehabilitación.

Por lo tanto podríamos decir que la función principal del personal de enfermería es cuidar a los pacientes, y las metas son:

1. Prevenir complicaciones relacionadas con la fractura como son las lesiones medulares, y las secundarias al reposo en cama.
2. Participar en la rehabilitación y tratamiento del paciente para ayudarlo a recuperar su máxima funcionalidad e independencia en el menor tiempo posible. Aplicando cada uno de los pasos del proceso de enfermería, las enfermeras lograrán planear sus intervenciones con base en los diagnósticos prioritarios.

VALORACIÓN: La historia de enfermería permite identificar los problemas reales y potenciales del paciente, así como las capacidades residuales y los recursos con que cuenta el paciente. Uno de los esquemas que se recomiendan es la valoración de Patrones Funcionales de Salud, por permitir identificar los problemas que son específicos de enfermería, facilitando así su diagnóstico. En el examen físico se recomienda hacer énfasis en funciones vitales, controlando signos vitales, puesto que por una parte se trata en muchos casos de pacientes poli traumatizados con riesgos o en estado de shock y por otro, las lesiones cervicales traen como consecuencia compromiso respiratorio, y una complicación frecuente en los pacientes con trauma raquímedular es la disreflexia autonómica, con un alto riesgo de muerte cuando no se identifica a

tiempo. En pacientes poli traumatizados es importante descartar la presencia de signos de shock ocasionado por lesiones en órganos abdominales y torácicos. Se debe hacer una valoración neurológica completa, haciendo énfasis en estado de conciencia, sensibilidad (superficial y profunda) y motilidad (fuerza muscular, tono y reflejos osteotendinosos). Otro aspecto que debe incluirse es la eliminación urinaria e intestinal, evaluando la frecuencia de la micción, la presencia de globo vesical, y estreñimiento. Se deben tomar los exámenes de laboratorio de rutina y radiografías de columna vertebral. No sobra recomendar la importancia de inmovilizar adecuadamente al paciente (con o sin déficit neurológico) antes de ser transportado a Rayos X para prevenir lesiones o el agravamiento de las mismas. En la valoración de enfermería del paciente con traumatismo de columna debe incluirse la valoración de la familia, es importante conocer cómo son las relaciones del paciente con las personas con quien vive, quienes son las más significativas y las que en un momento dado constituyen el principal recurso de apoyo. También vale la pena conocer el rol que desempeña la persona en su hogar, y la forma como hasta ahora la persona ha manejado situaciones de stress, así como el éxito que ha tenido en ello.

Diagnóstico y plan de cuidados en enfermería Con base en los datos obtenidos en la etapa anterior, los profesionales de enfermería pueden detectar los problemas prioritarios, hacer los diagnósticos de enfermería

correspondientes y diseñar con el paciente y la familia un plan de cuidados encaminado a manejar esta situación.

Fase Pre – operatoria

-Admisión del paciente a la sala de hospitalización

-Enviar la solicitud de sala de operaciones a centro quirúrgico firmada y sellada por el jefe de servicio.

-Verificar exámenes auxiliares completos

Verificar interconsultas de neumología, cardiología y anestesiología

-Realizar baño completo al paciente previa verificación del rasurado de la zona operatoria

-Canalizar una vía permeable en brazo izquierdo de preferencia para la administración de analgesia y antibioticoterapia

-Extraer prótesis y/o alhajas

-Instalar al paciente con camión a la camilla para llevarlo a sala de operaciones previo coordinación.

Fase post operatoria

-Monitorización de funciones vitales

-Mantenerlo en posición indicada

-Control y observación de herida operatoria

-Completar la administración de la indicación terapéutica

-Vigilar y controlar balance hídrico estricto

-Realizar registros de enfermería

-Educar al paciente y la familia sobre los cuidados postoperatorios.

Guía de cuidados de enfermería para los pacientes post operados de traumatismo vertebro medulares:

Mantener una adecuada Ventilación Pulmonar.

El paciente mantendrá una adecuada ventilación pulmonar y no presentará complicaciones pulmonares.

- Valorar la función respiratoria del paciente (frecuencia, ritmo, profundidad y ruidos respiratorios), así como la permeabilidad de las vías aéreas cada 1 o 2 horas. Si es necesario debe colocarse ventilación mecánica.
- Control de la frecuencia y regularidad respiratoria.
- Control del estado mental (agitación) es indicativo de falta de oxigenación en el tejido cerebral.
- Administración de oxígeno ya sea por cánula nasal, mascarilla de Venturi según sea la necesidad.
- Control de gases arteriales según necesidad. Hacer terapia respiratoria: nebulizaciones, espirómetros incentiva, tos asistida, masajes de percusión y vibración para facilitar la movilización y expulsión de secreciones.
- Mantenga un equipo de aspiración de secreciones cerca al paciente y realice el procedimiento cuantas veces sea necesario.
- Aplicar anticoagulantes según orden médica para prevenir trombo embolismo pulmonar. Colocar medias antiembolicas, revisando la circulación e integridad de la piel.

- Riesgo de lesión relacionado con inestabilidad de la columna vertebral.

El paciente no presentara lesiones de la médula espinal. La meta básica del tratamiento es lograr la descompresión de la médula realineación y estabilización de la fractura.

Intervenciones de enfermería:

- Inmovilizar la columna en la posición en que se encuentra el paciente, valorar la sensibilidad y motilidad cada 1-2 horas y reportar cambios.
- Cuidados con tracción cefálica en pacientes con lesiones cervicales: Explicar al paciente el procedimiento y los cuidados que se deben tener bien sea con la tracción cefálica o con el halo. Es muy importante lograr la colaboración del paciente para que mantenga la posición. Recuerde que estos pacientes se encuentran temerosos porque conocen los riesgos de lesión medular de las fracturas de columna, y si hay compromiso medular el paciente no tiene sensibilidad ni motilidad por debajo del nivel de la lesión.
- Rasurar y limpiar el área donde serán colocados los clavos de la tracción. Hacer curación en ésta zona y vigilar signos de infección. Vigilar las pesas de la tracción, estar seguros de que es el peso ordenado, no rozan la cama ni están apoyadas en el suelo.
- Colocar bolsas de arena u otro elemento a los lados del cuello para evitar la rotación de éste.

- Movilizar al paciente en bloque por lo menos cada dos horas, manteniendo una alineación adecuada de la cabeza y el cuello. Tanto en los traslados como en los cambios de posición se recomienda que el paciente sea movilizado por 3 personas. Utilizar almohadas medianas y pequeñas para mantener la posición.
- Colocar analgésicos según orden médica y según dolor.
- Riesgo o alteración en el patrón de eliminación urinaria Incontinencia o retención R/C déficit neuromuscular secundario o trauma raquimedular.

El paciente mantendrá un patrón de eliminación adecuada libre de retención e infección urinaria.

- Valorar las características de la orina; frecuencia de la micción, color, olor, presencia de moco, sedimento, sangre, volumen de orina espontánea y volumen residual.
- Tomar parciales de orina y urocultivo para tratar y controlar la infección urinaria. En pacientes con lesiones medulares se recomienda iniciar lo más pronto posible el cateterismo intermitente cada 4 horas.
- Enseñar al paciente la importancia del cateterismo vesical y la necesidad de establecer un horario preciso.
- Enseñar y realizar el CRED antes de realizar el cateterismo vesical. Medir la orina espontánea y el volumen residual. Con base en éste último se establece el horario.

- Enseñar al paciente la técnica de cateterismo
 - Vesical para que sea realizada por él mismo. Recordar la importancia de una ingesta adecuada de líquidos especialmente cítricos para prevenir la infección urinaria.
 - Enseñar la utilización y elaboración de sistemas de drenaje urinario externo. Recordar la importancia del control y administración de líquidos, recordarle que algunos líquidos tienen efecto diurético como la cerveza, el alcohol, el tinto y el te.
 - Se recomienda suspender la ingesta de líquidos a partir de las 5-6 p.m. para disminuir la eliminación durante la noche.
 - Enseñar cuidados especiales de la piel de la región perinatal especialmente a las mujeres. Mantener la piel limpia y seca. Evitar la utilización de talcos porque mantienen la humedad y causan irritación. Ir al baño o colocarse el pato cada dos horas o según la frecuencia de eliminación espontánea. Cambiar el pañal cada vez que este mojado. Cuando hay irritación de la piel se recomienda lavarla con agua y un jabón suave a base de glicerina, secarla muy bien y aplicar pomadas con óxido de zinc que protegen la piel de la humedad y favorecen su curación
- Eliminación intestinal:

Constipación relacionada con inmovilidad y pérdida del control.

El paciente mantendrá los hábitos de eliminación intestinal y no presentará complicaciones.

- Determinar el patrón previo de eliminación intestinal. Valorar ruidos intestinales, controlar la frecuencia y características de la eliminación.
- Administrar abundantes líquidos, alimentos ricos en fibra.
- Movilizar al paciente, colocar laxantes, enemas y supositorios en caso de necesidad.
- Alteración real o potencial de la integridad de la piel y los tejidos relacionado con alteración de la motilidad y sensibilidad.

El paciente no presentará lesiones de la piel y de los tejidos como contracturas y deformidades secundarias a la inmovilidad.

- Valorar las características de la piel especialmente sobre prominencias óseas por lo menos cada dos horas.
- Realizar cambios de posición en bloque por lo menos cada dos horas. En pacientes que deben permanecer un periodo prolongado en cama se recomienda colocarlos en una cama de Striker para facilitar los cambios de posición.
- Realizar un baño general en cama, en camilla o en silla de ruedas diariamente. Utilizar almohadas o cojines de espuma para reducir la presión en prominencias óseas.
- Mantener la cama sin arrugas.
- Enseñar al paciente el proceso de formación de escaras y las medidas necesarias para prevenir lesiones como son detectar los signos de presión en la piel y la importancia de revisarla periódicamente con la ayuda de un espejo, enseñarle a él y a su

familia a realizar masajes y lubricarla con cremas hidratantes en cada cambio de posición.

Cuando el paciente se puede sentar es importante recordarle la necesidad de alternar zonas de presión para prevenir escaras en trocánteres, isquion y región sacra.

Para prevenir deformidades como pie caído, mano péndula y contracturas en flexión se recomienda: Colocar férulas, almohadas pequeñas que faciliten mantener una posición funcional. En los pies el uso de piceros o de botas tenis (boxeador) para prevenir el pie caído.

Es muy importante es éste caso revisar constantemente la piel. Enseñar al paciente y a la familia la importancia de que revisen permanentemente que la posición de los pies y las manos sea funcional. Enseñar al paciente y a la familia y realizar ejercicios pasivos, y activos asistidos 3 veces al día.

Déficit en el autocuidado bañarse, vestirse, arreglarse, ir al baño, alimentarse relacionado con alteración de la motilidad.

El paciente participará en su autocuidado en la medida de sus posibilidades y logrará el máximo de independencia posible.

- Valorar la habilidad del paciente para realizar actividades de la vida diaria.
- Ayudar al paciente a realizar las actividades de la vida diaria incentivando la independencia en la medida que aumentan sus habilidades. Dé al paciente tareas que pueda realizar fácilmente.

- Consiga los elementos necesarios como férulas, sillas dispositivos que faciliten la mayor funcionalidad del paciente.
- Muestre al paciente los logros y progresos que ha obtenido al realizar las actividades de la vida diaria.

Ansiedad relacionada con temor al tratamiento o a la continuación de las limitaciones físicas existentes. Duelo relacionado con alteración de la motilidad y déficit en el autocuidado. Alteración en el auto concepto, imagen corporal, identidad relacionado con cambios en la función corporal, cambios físicos y dependencia.

El paciente enfrentará efectivamente la ansiedad y el duelo y aprovechará al máximo sus capacidades residuales para adaptarse a ésta situación:

- Valore los mecanismos que ha utilizado el paciente en situaciones anteriores para manejar situaciones de stress y si éstos han sido efectivos o no.
- Orientar al paciente y aclarar dudas relacionadas con su lesión, tratamiento y posibilidades de rehabilitación de explicaciones simples y concretas.
- No dar falsas esperanzas. Permita que el paciente verbalice sus temores, y exprese sentimientos de tristeza, agresividad, impotencia.
- Disminuya situaciones de stress procurando que el paciente sienta que es importante, y que el personal está dispuesto a ayudarlo.
- Refuerce el progreso del paciente en el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

- Valore la situación de la familia, ofrezca apoyo a los cuidadores, permita que participen en el cuidado si están interesados en hacerlo.

Cuando hay situaciones familiares difíciles, identificar las causas y buscar apoyo psicoterapéutico. Orientar al paciente y a la familia sobre los elementos y cuidados que se requieren para el manejo en la casa.

El empeño de prevenir complicaciones, apoyar al paciente y motivarlo para que aproveche sus capacidades residuales en busca de su independencia y la coordinación con otros profesionales de la salud para lograr la rehabilitación de pacientes con lesiones medulares reflejarán en todo momento la calidad del cuidado de enfermería que se presta. El éxito en el tratamiento y rehabilitación de este tipo de pacientes depende en gran medida del personal de enfermería.

TEORÍA DE DOROTHEA OREM

Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

- a. Teoría del Autocuidado:** En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada

hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

b. Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir

el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

c. Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

2.3 Definición de Términos

- a. Profesional de enfermería:** Ejecutor y hacedor de labores sistemáticas, organizadas en las diferentes áreas de Enfermería que permiten brindar un servicio de cuidado.
- b. Cuidados de Enfermería:** Son todas aquellas acciones y procesos que la enfermera realiza en orden para atender al paciente satisfactoriamente y tratar la enfermedad que está padeciendo.

- c. **T V M:** Traumatismo vertebro medular
- d. **Hemiparesia:** Es la disminución de la fuerza motora o parálisis parcia que afecta un brazo y una pierna del mismo lado.
- e. **Cuadriparesia:** Es la disminución de la fuerza motora o parálisis parcial que afecta a los cuatro miembros.
- f. **Paraplejia:** Es la parálisis de la mitad inferior del cuerpo.
- g. **Cuadriplejia:** Es un signo por el que se produce parálisis total o parcial de brazos y piernas.
- h. **Aplastamiento vertebral:** Es un hecho frecuente en el hueso vertebral.
- i. **Extrusión discal:** Es la ruptura del ligamento vertebral

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se recolectaron los datos basados en la información documentaria para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio de neurocirugía "Libro de Estancias Hospitalaria"; de la oficina de Admisión y de Registro médicos y de la oficina de informática del Hospital Militar Central.

Estos datos nos permite demostrar el manejo de los pacientes con traumatismo vertebro medular. Así mismo para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

.Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura de servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.

.Se ha recurrido a estas fuentes para obtener datos relativos a número de pacientes hospitalizados, pacientes diagnosticados, pacientes quirúrgicos sobre los cuales se ha insertado en una base de datos del programa Excel para tener información evidente mediante cuadros y gráficos del movimiento y manejo de los pacientes. Trabajado estadísticamente.

3.2 Experiencia profesional

La Norma Técnica de Salud con ley 2684-2016 dice Dar salud es condición indispensable de desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo que es responsabilidad del Estado en regular la vigilancia y promoverla.

El Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schneider, es el principal hospital de las Fuerzas Armadas peruanas, cuenta con las más completas Unidades de Atención y equipamiento de alta tecnología, estando catalogado como un Hospital de categoría III -1 (Nivel III de complejidad y nivel 1 de atención).

Presta servicios de salud de alta y mediana complejidad, docencia e investigación de alto nivel, para generar avances en el conocimiento y contribuir al mejoramiento de calidad de la población del Subsistema de salud de las Fuerzas Militares.

Mi desempeño profesional como enfermera asistencia se inició en el año 1994 en el servicio de medicina, hice una pasantía por la unidad de cuidados intensivos del mismo hospital y una pasantía también por la unidad de neurocirugía del H.E.R.M 13 B, actualmente el servicio de neurocirugía del HMC con una antigüedad de 5 años.

En el presente informe se describe y se detalla el trabajo que desempeño como profesional, dentro del equipo de salud, bajo mi experiencia como licenciada en enfermería, laborando bajo las exigencias del usuario en la

atención directa con el paciente, sin olvidar los valores éticos y morales brindando cuidados asistenciales.

El Hospital Militar Central en la actualidad es un hospital de nivel III que cuenta con todas las especialidades médicas que permiten brindar atención al paciente con calidad y eficiencia; esta situación sería ideal especialmente en la unidad de Neurocirugía si se contara con los elementos necesarios y oportunos.

La unidad de neurocirugía atiende pacientes que adolecen de patologías asociadas en el sistema neurológico y locomotor por lo tanto se atienden personas con un grado de dependencia medio alto lo que demanda una dedicación exclusiva en relación a los cuidados que debe recibir un paciente de este tipo cuando este proceso de recuperación y tratamiento tiene todos los elementos necesarios para el restablecimiento del paciente su evolución se desenvuelve de una manera natural y sin complicaciones sin embargo por eventos que escapan al control del equipo de salud "enfermería" muchos de estos pacientes entran en un estado de dependencia alta o severa ya que demandan mayor tiempo y cuidado de parte de la enfermera responsable.

Esta situación presentada de manera consecutiva afecta la productividad del personal de salud por el cuidado que debe brindar y perjudica a otros pacientes de la misma área ya que se ve disminuida en la atención en ellos; atender a un paciente neurológico implica durante las 24 horas del día la asistencia en su cuidado personal, aseo, alimentación, movilización,

etc. y muchas veces desplazamiento hasta unidades de exámenes especiales.

Dado que la demanda de mano de obra profesional es elevada el equipo de salud ha tomado estrategias específicas de atención en estos pacientes a fin de evitar complicaciones como úlceras por presión, neumonías, aspiración alimenticia entre otras; a fin de cumplir el objetivo del cuidado el servicio se ha estructurado de manera tal que la atención brindada sea continuada y con capacitaciones permanentes a todo el personal.

3.3 Procesos realizados en el tema del Informe:

Los procesos realizados en el presente informe de experiencia laboral están centrados en describir las actividades que se ejecutan en el proceso de atención a los pacientes pos operados de traumatismo vertebral medular; en el servicio de hospitalización de neurocirugía.

Entre las aportaciones que la enfermera realiza, tiene especial importancia la creación de un método de trabajo propio conocido como el Proceso de Atención de Enfermería, es el desarrollo específico en el campo de los cuidados. Actualmente el lugar que ocupa la enfermera es insustituible en la asistencia global del paciente.

El proceso de atención de enfermería desarrolla una doctrina asistencial basada en la aplicación de cuidados eficaces y eficientes.

Las innovaciones desarrolladas por enfermería en todo el mundo han conseguido evitar miles de muertes y mejorar considerablemente la calidad de vida de los mismos. A lo largo de toda la historia, enfermería ha desarrollado y puesto en marcha todo tipo de actividades innovadoras dirigidas, siempre a mejorar los resultados de los cuidados a los pacientes.

En mi trayectoria como enfermera asistencia en el servicio de hospitalización de neurocirugía del hospital militar central mi experiencia se da en la atención directa con el paciente y familia aplicando cuidados tecnológicos éticos y morales, donde desarrollo múltiples actividades en la atención de pacientes neuroquirúrgicos.

Mis limitaciones en el campo laboral son; Bajo personal de técnicos de enfermería, la falta de material médico ,medicinas, material descartable reactivos en laboratorio entre otros ;que por diversos motivos no permite trabajar en condiciones óptimas y así contribuir a la recuperación del paciente y a la seguridad nuestra como personal de salud; sin embargo la capacidad creativa por parte nuestra solucionamos los problemas del paciente quirúrgico de igual manera a brindarles atención directa diariamente

IV. RESULTADOS

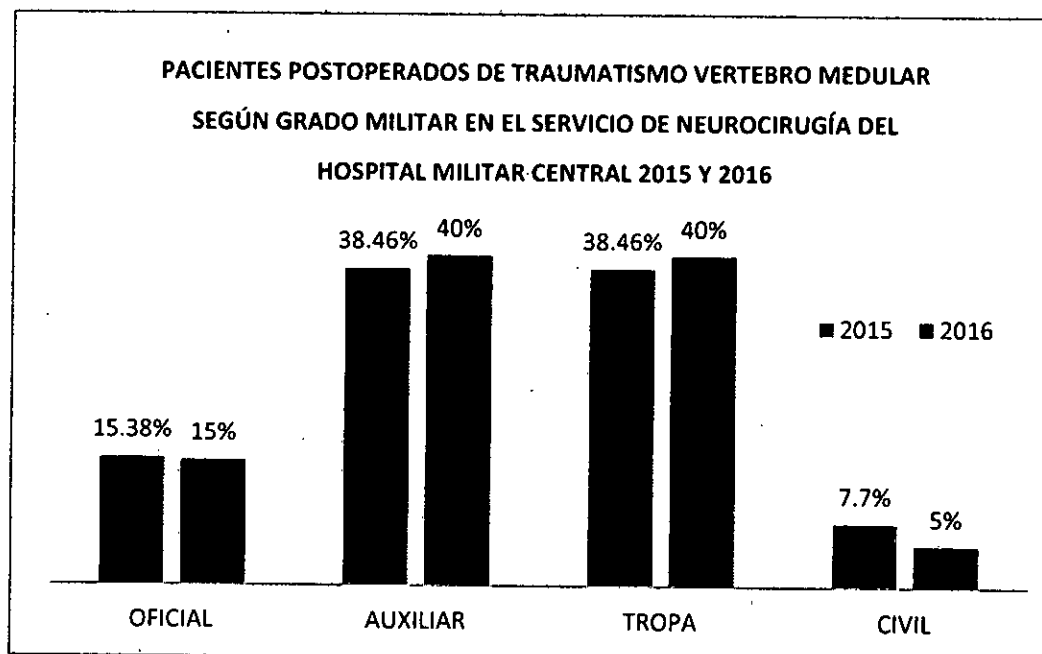
TABLA N° 4.1

PACIENTES POSTOPERADOS DE TRAUMATISMO VERTEBRO MEDULAR SEGÚN GRADO MILITAR EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2015- 2016

PERSONAL MILITAR	2015		2016	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
OFICIAL	4	15.38	3	15
AUXILIAR	10	38.46	8	40
TROPA	10	38.46	8	40
CIVIL	2	7.70	1	5
TOTAL	26	100.00	20	100

Fuente: Servicio de Neurocirugía del Hospital Militar Central 2015- 2016

GRÁFICO N° 4.1



Fuente: Servicio de Neurocirugía del Hospital Militar Central 2015 – 2016

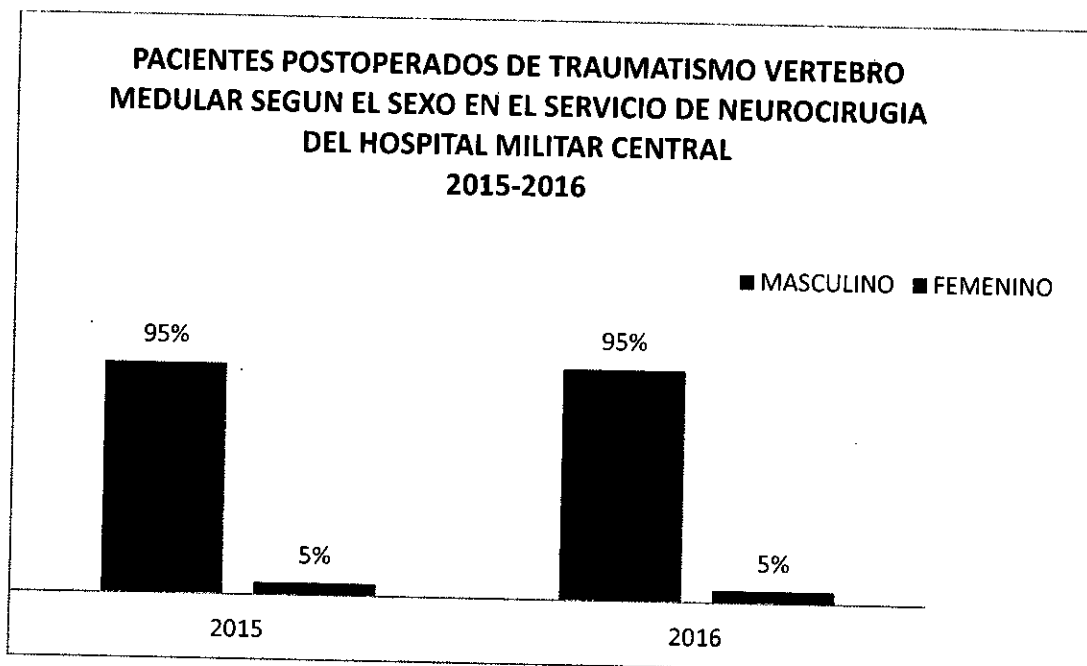
En el gráfico N° 4.1 se observa la distribución de la patología durante los años de estudio considerando el rango militar de los pacientes donde se aprecia el mayor porcentaje lo ocupa el personal auxiliar y tropa con el 38.46% en el 2015 y 40% en el 2016 respectivamente.

TABLA N° 4.2
PACIENTES POST OPERADOS DE TRAUMATISMO VERTEBRO MEDULAR SEGÚN
EL SEXO EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
2015 - 2016

SEXO	2015		2016	
	FREC.	%	FREC.	%
MASCULINO	25	95	19	95
FEMENINO	1	5	1	5
TOTAL	26	100.00	20	100

Fuente: Servicio de Neurocirugía del Hospital Militar Central 2015 - 2016

GRÁFICO N° 4.2



Fuente: Servicio de Neurocirugía del Hospital Militar Central 2015 – 2016

De acuerdo al sexo como se observa en el gráfico N° 4.2 los pacientes de traumatismo vertebro medular tienen un alto porcentaje de atención por la característica de la población que atiende el hospital en referencia, ocupando el año 2015 el 95% los pacientes de sexo masculino y el 2016 solo el 5% de sexo femenino respectivamente.

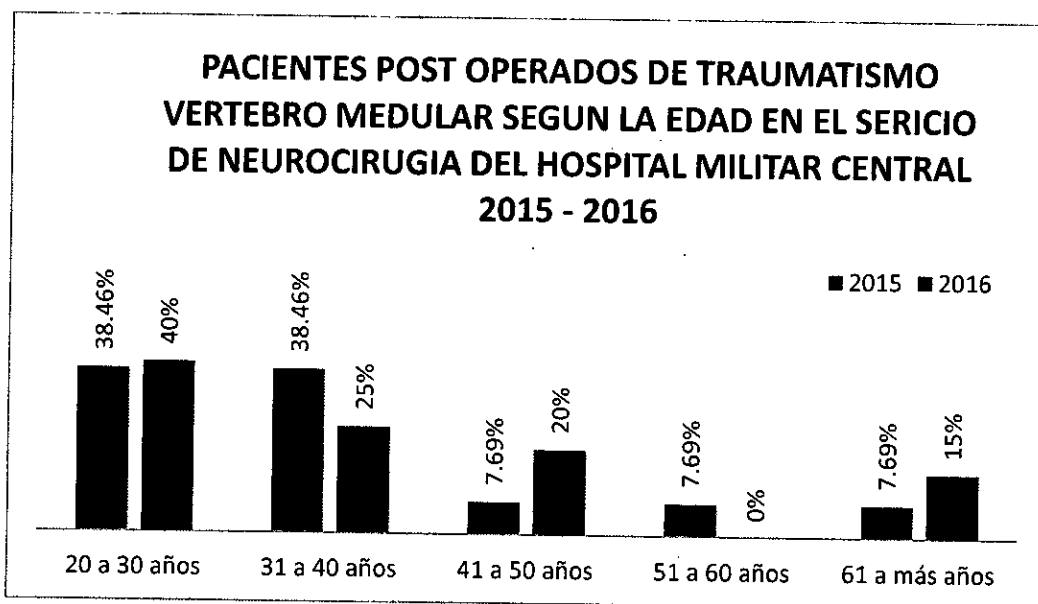
TABLA N° 4.3

PACIENTES POST OPERADOS DE TRAUMATISMO VERTEBRO MEDULAR SEGÚN LA DAD EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2015- 2016

EDAD	2015		2016	
	FREC.	%	FREC.	%
20 a 30 años	10	38.46	8	40
31 a 40 años	10	38.46	5	25
41 a 50 años	2	7.69	4	20
51 a 60 años	2	7.69	0	0
61 a más años	2	7.69	3	15
TOTAL	26	100.00	20	100

Fuente: Servicio de Neurocirugía del Hospital Militar Central 2015 - 1016

GRÁFICO N° 4.3



Fuente: Servicio de Neurocirugía del Hospital Militar Central 2015 – 2016

En el gráfico numérico se observa que el mayor porcentaje se da en los pacientes de 20 a 40 años de edad.

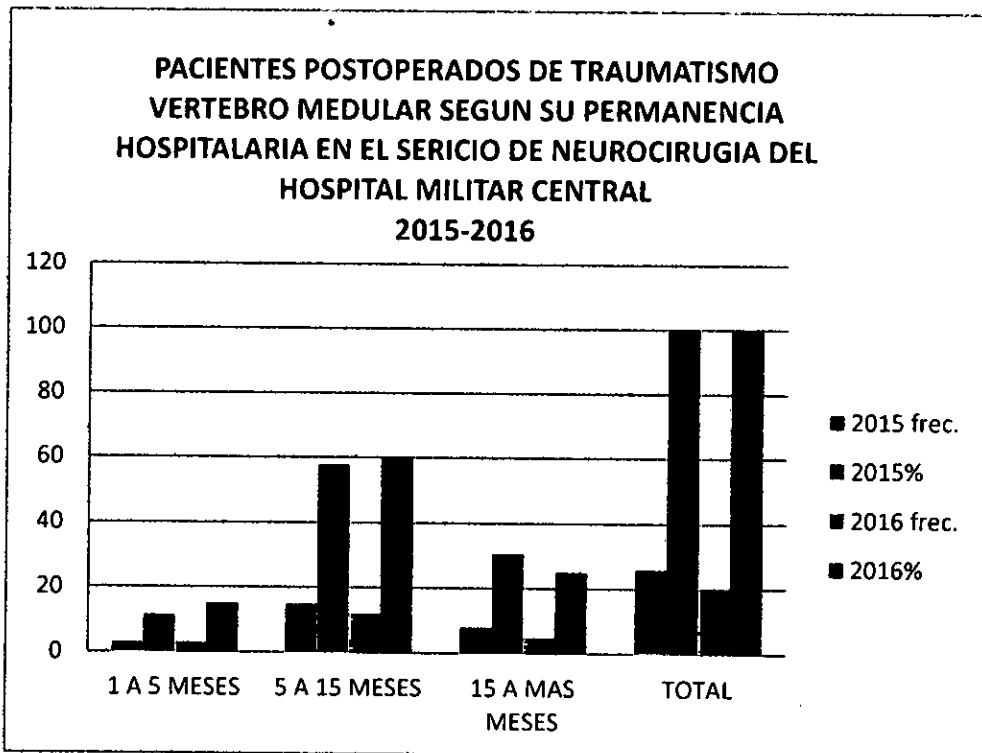
TABLA N° 4.4

**PACIENTES POST OPERADOS DE TRAUMATISMO VERTEBRO MEDULAR
SEGÚN SU PERMANENCIA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA
DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2015 -2016**

	2015		2016	
	FREC.	%	FREC.	%
1 A 5 MESES	3	11.53	3	15
5 A 15 MESES	15	57.69	12	60
15 A MAS MESES	8	30.78	5	25
TOTAL	26	100.00	20	100

Fuente: Servicio de Neurocirugía del Hospital Militar Central 2015 – 1016

Grafico N° 4.4



Después de la operación ha disminuido las complicaciones dando buenos resultados y disminuyendo la estancia hospitalaria.

TABLA N° 4.5

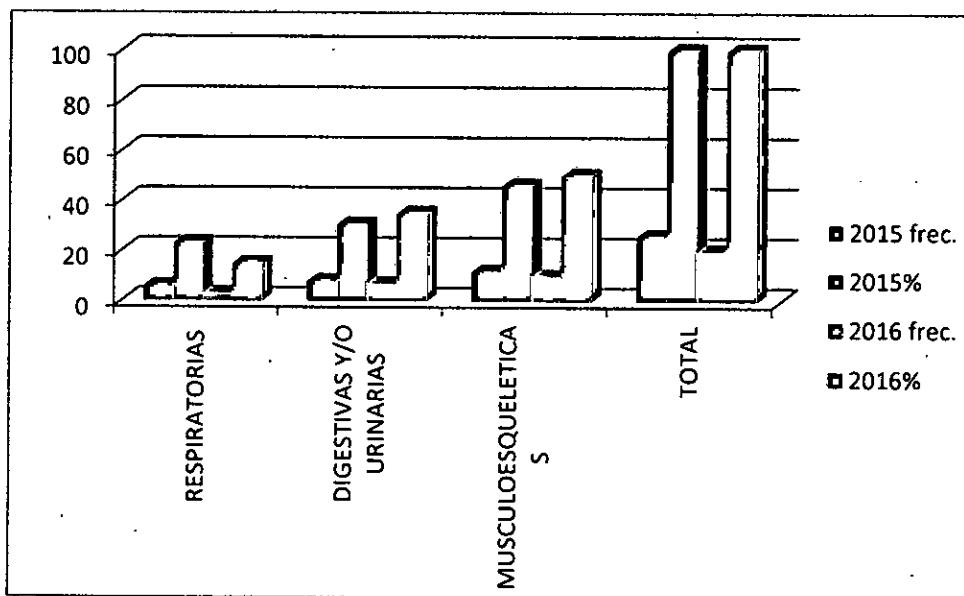
**COMPLICACIONES FRECUENTES EN PACIENTES POSTOPERADOS DE
TRAUMATISMO VERTEBRO MEDULARES EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA
DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL AÑO 2015 - 2016**

COMPLICACIONES	2015		2016	
	FREC.	%	FREC.	%
RESPIRATORIAS	6	23.07	3	15
DIGESTIVAS Y/O URINARIAS	8	30.78	7	35
MUSCULOESQUELÉTICOS	12	46.15	10	50
TOTAL	26	100.00	20	100

Fuente: Servicio de Neurocirugía del Hospital Militar Central 2015- 2016

Gráfico N° 4.5

**COMPLICACIONES FRECUENTES POST OPERATORIA EN PACIENTES
CON TRAUMATISMO VERTEBRO MEDULAR DEL SERVICIO DE
NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL AÑO 2015- 2016**



La complicación más frecuente en post operado de traumatismo vertebral medular

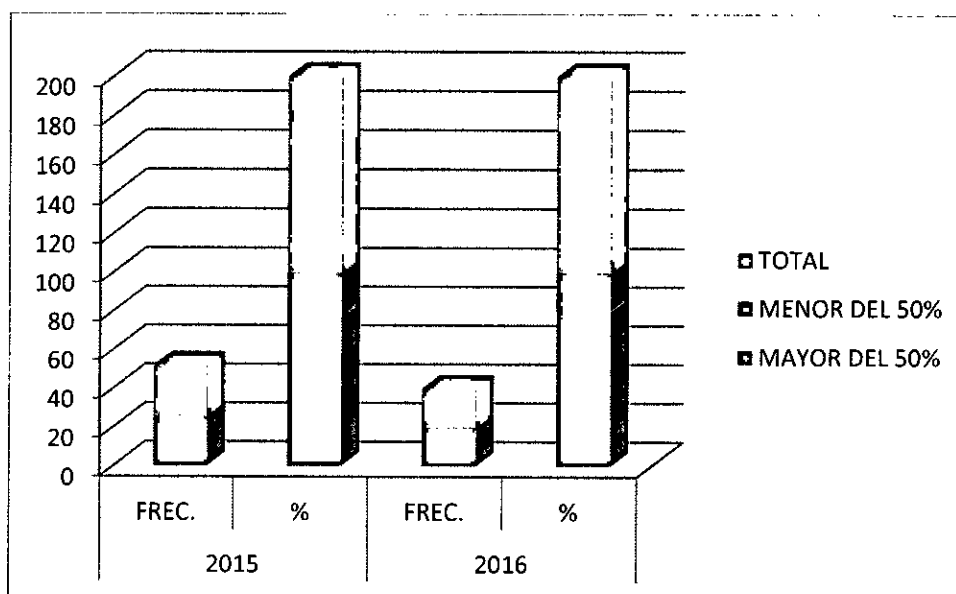
Medulares es musculo esqueléticos con 46.15% en el 2015 y 50% en el 2016 respectivamente

TABLA N° 4.6
DISMINUCIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES POSOPERADOS DE TRAUMATISMO
VERTEBRO MEDULAR EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL AÑO 2015 – 2016

	2015		2016	
	FREC.	%	FREC.	%
MAYOR DEL 50%	20	76.92	16	80
MENOR DEL 50%	6	23.08	4	20
TOTAL	26	100.00	20	100

Fuente: Servicio de Neurocirugía del Hospital Militar Central 2015 – 2016

Gráfico N° 4.6
DISMINUCIÓN DEL DOLOR POST OPERATORIA DE PACIENTES CON
TRAUMATISMO VERTEBRO MEDULAR DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL AÑO 2015- 2016



Después de la operación ha disminuido el dolor, lo que indica que la operación fue de buen resultado, disminuyendo, así la estancia hospitalaria.

V. CONCLUSIONES

1. La patología de Traumatismo vertebro medular involucra a pacientes de todas las jerarquías militares dentro de su ámbito laboral de la institución.
2. Existe un alto número de pacientes con diagnóstico de traumatismo vertebro medular que presenta limitaciones catalogadas con grado de Dependencia II y III.
3. La patología se presenta con mayor frecuencia en pacientes con edades entre los 20 a 40 años, edad reproductiva, por lo tanto podría tener un impacto en el ámbito laboral.
4. Las complicación más frecuente es el deterioro musculo esquelético debido a la permanencia en cama en reposo absoluto en hiperextensión (lesión torácica-lumbar) y tracción cervical (lesión cervical).
5. Después de la operación y bajo los cuidados del equipo de salud disminuye en dolor indicando mejoría en el paciente, logrando una estancia hospitalaria sin complicaciones.

VI. RECOMENDACIONES

1. Dado que el informe realizado proviene de una institución castrense es recomendable incrementar las actividades de prevención en lesiones de este tipo.
2. Debido a la alta frecuencia de pacientes con este diagnóstico demanda mayor tiempo en los cuidados por parte del personal de enfermería es recomendable sugerir al escalón superior la asignación de personal especializado a fin de no descuidar la calidad de atención brindada.
3. En relación al sexo es recomendable fomentar la prevención en los miembros de la institución de manera permanente en razón que en la actualidad las instituciones castrenses tienen entre sus efectivos un alto número de personal adulto a fin de proveer la presencia de esta anomalía en el futuro.
4. Programar capacitaciones mensuales a todo el personal de enfermería con el apoyo del cuerpo médico. utilizar al máximo el material disponible para que la atención al paciente se refleje satisfactoriamente su recuperación.

VII. REFERENCIALES

1. HICKEY, Joane. La práctica clínica de la enfermería neurológica y neuroquirúrgicos, Editorial J b. Lip-pincott, segunda edición 1986
2. MORENO, María Elisa. Participación de enfermería en la rehabilitación de pacientes con trauma raquímedular a nivel toraco lumbar. Universidad Nacional de Colombia , Facultad de enfermería 1988.
3. SABINSTON, DAVID. (2001) Patología quirúrgica.
4. JENTT, (2010) Introducción a la neurocirugía.
5. MAYBERG, MARC R. (2011) Management of thoracolumbar instability.
6. DRAYEN, BURTON P. (2012) the cervical spine. Neuroimaging Clinics.
7. KARAGUIOSOV. (2011) Técnica neuroquirúrgica
8. ESPERANZA BENAVENTE GARCÉS, ESPERANZA FERRER FERRÁNDIZ, CRISTINA FRANCISCO DEL REY. (2010) Fundamentos de Enfermería.
9. ELIZABETH M. JAMEISON, MARY F. SEWALL (2011) Historia de la Enfermería,
10. BRUNER (2011) Manual Médico Quirúrgico Interamericana.
11. MOSBY (2000) Enfermería Médico Quirúrgico.
12. CANO-GÓMEZ, C., et al. Fisiopatología de la degeneración y del dolor de la columna lumbar. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, 2008, vol. 52, no 1, p. 37-46.
13. COMUÑAS, F. Dolor radicular. Rev Soc. Esp Dolor, 2000, vol. 7, no sII.

ANEXOS

HOSPITAL MILITAR CENTRAL LUIS ARIAS SCHEREIBER



MAPA DE SU UBICACIÓN



