

ATENCION DE ENFERMERIA AL LESIONADO MEDULAR

FASE AGUDA

Lopez Martín B
Supervisora de Quirófano. Hospital Asepeyo Coslada

Definimos como fase aguda, al periodo que comprende desde que el paciente sufre el accidente, hasta un mes después, aproximadamente, de la intervención quirúrgica correctora de la fractura vertebral.

Nos vamos a encontrar con un paciente que ingresa en la UCI. o Unidad de Enfermería, que ha sufrido algún tipo de accidente que le ha producido una lesión medular acompañada en muchas ocasiones de una fractura vertebral. Estas lesiones pueden tener distintas localizaciones y por tanto el estado del paciente será variable.

Inicialmente en la mayoría de las afecciones de la medula espinal, existe un periodo de parálisis flácida y pérdida completa de los reflejos por debajo del nivel de la lesión. Además se pierden las funciones sensoriales y autónomas. Este periodo se denomina "*Shock Espinal, Neural o arreflexia*", y es de carácter transitorio. Durante el mismo los pacientes presentan una inflamación de la médula espinal, produciendo como consecuencia, alteraciones respiratorias (pudiendo necesitar en algunos casos ventilación asistida temporal), cardiológicas, digestivas, evacuatorias etc.. Estas alteraciones irán remitiendo y adaptándose en cuestión de horas, días o semanas. Una vez pasado este periodo los músculos se vuelven espásticos y más tarde hiperreflexicos, siendo en este momento cuando se puede realizar una primera valoración del daño sufrido y las expectativas de recuperación.

Psicológicamente, en este primer momento, el paciente se encuentra desorientado, debido a la pérdida de su función corporal y a la incertidumbre de cómo puede influir ésta en su anterior estilo de vida.

Partiendo de un paciente con estas características Enfermería comenzará a definir y aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Con el fin de que su estudio sea más sencillo, en esta fase aguda distinguiremos tres etapas:

- ❖ Etapa Preoperatoria: Abarca desde el ingreso del paciente hasta el momento de la intervención quirúrgica.
- ❖ Etapa Perioperatoria: Abarca el preoperatorio inmediato, transoperatorio y postoperatorio inmediato.
- ❖ Etapa Postoperatoria: abarca desde que el paciente regresa a la Unidad de Enfermería hasta la fase de rehabilitación o fase crónica.

➤ PAE EN LA FASE PREOPERATORIA:

VALORACION:

La valoración de los pacientes que han sufrido una lesión de la medula espinal incluyen tanto datos subjetivos como objetivos.

Datos subjetivos:

- Averiguar como fue el accidente y la lesión resultante.
- Que conocimientos posee el paciente acerca de la lesión que presenta y del déficit que le ha ocasionado la misma.
- Saber si ha sufrido pérdida de conciencia.
- Si ha presentado dolor.
- Manifestación de alguna alteración respiratoria, sensaciones inusuales ...
- Pérdida de sensibilidad y nivel sensorial.

Datos Objetivos:

- Valoración del estado respiratorio.
- Nivel de conciencia, orientación y alerta.
- Tamaño de las pupilas, presencia de anisocoria o hiporeactividad de las mismas.
- Observar la alineación corporal.
- Toma de ctes. Vitales (pulso, temperatura, tensión arterial).
- Observar la presencia de pérdida de continuidad en la piel.
- Valorar la fuerza motora que presenta.
- Estado y distensión abdominal y/o vesical.
- Presencia de algún otro tipo de alteración (fracturas, heridas en la cabeza etc.).

Pruebas Diagnosticas:

- Realización de **estudios radiológicos** para descartar la existencia de fracturas y la localización de las mismas.
- **Mielografías** o punción espinal para detectar bloqueos.
- **Tomografía Axial computarizada** para observar si existe lesión medular.
- **Resonancia magnética** para detectar cualquier clase de compresión o edema de la medula.

Una vez concluida la valoración de los pacientes se realiza un análisis de la información obtenida, para comenzar a describir los PROBLEMAS AÑADIDOS con las intervenciones a realizar para controlar los mismos y los DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA con los objetivos y actividades a realizar para la resolución de éstos.

PROBLEMAS AÑADIDOS:

Para facilitar la comprensión de los mismos englobaremos éstos por sistemas o aparatos según las complicaciones que presenten o puedan presentar los pacientes así:

- Complicaciones respiratorias:

Las lesiones de la medula espinal pueden deteriorar la función de los músculos que se utilizan durante la respiración, ya que estos pacientes no poseen un control normal de los mismos. Así por ejemplo con lesiones a nivel de C3, C4, C5 se altera el diafragma; C2-C4 los músculos accesorios; T1-T7 los músculos intercostales; T6-T12 los músculos abdominales. Además cuando las lesiones son en las cervicales altas puede acompañarse de la afectación del centro respiratorio cerebral dando como resultado la conexión a un respirador y realización de una traqueostomía en la mayoría de los casos. Por tanto con estas características definiremos:

➤ POSIBLE COMPLICACION: Hipoxemia.

Intervenciones de Enfermería:

- Control de la frecuencia y regularidad respiratoria.
- Control de parámetros respiratorios. Realización de gasometrías.
- Control del estado mental (La agitación en el paciente es indicativo de falta de oxigenación en el tejido cerebral).
- Control de diuresis y estado de la piel (para poder compensar la falta de oxígeno se produce una disminución en la perfusión renal y de las extremidades).
- Administración de oxígeno por medio de cánula nasal.
- Valorar la capacidad de toser y utilizar los músculos accesorios. Aspirar secreciones en caso de necesidad.
- Auscultar campos pulmonares de forma regular.

➤ POSIBLE COMPLICACION: Neumonía.

(Como consecuencia de la inmovilidad en cama y acumulación de secreciones).

Intervenciones de Enfermería:

- Control de Ctes vitales (Tª superior a 38º C, Taquicardia, disminución de al T.A. sistólica). (foto fase aguda 1)
- Proporcionar medidas para disminuir la Tª (Quitarle ropa y ropa de la cama, administrar compresas de agua templada etc.).
- Controlar el estado respiratorio y buscar signos y síntomas de inflamación (aumento de la frecuencia respiratoria, tos productiva, cianosis, fiebre, escalofríos, dolor pleuretico etc.).
- Buscar signos y síntomas de Shock séptico (puede aparecer el mismo en un paciente con Neumonía si se retrasa el tratamiento) Tª corporal inferior a la normal, Hipotensión, disminución del nivel de conciencia, pulso débil y rápido, respiraciones superficiales y rápidas, piel fría y pegajosa, oliguria etc.
- Administración de medicación por prescripción facultativa.
- Administración de Oxígeno según pauta.
- Control de parámetros respiratorios, realización de gasometrías.
- Realización de fisioterapia respiratoria para movilizar las secreciones.

En los pacientes portadores de una *Traqueostomía* definiremos:

➤ POSIBLE COMPLICACION: Hipoxia.

Intervenciones de Enfermería:

- Controlar signos y síntomas de angustia respiratoria (como consecuencia de la obstrucción de la cánula por moco u otra causa) Inquietud, agitación confusión.
- Observar la presencia de hambre de aire, incapacidad de respirar, disminución o ausencia de intercambio de aire sobre la cánula, uso de los músculos accesorios, retracción del tejido blanco alrededor de la Traqueotomía...
- Proporcionar humidificación suplementaria a la tráquea durante las primeras 24 a 72 horas tras la realización del estoma.

➤ POSIBLE COMPLICACION: Hemorragia.

Intervenciones de Enfermería:

- Observar la aparición de sangre o hemorragia alrededor o dentro de la cánula sin relación con la aspiración.

➤ POSIBLE COMPLICACION: Edema de tráquea.

Intervenciones de enfermería:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas indicativos de edema.
- Colocación de la cabecera de al cama a 30 o 40 ° si el estado del paciente lo permite. Para disminuir el edema postoperatorio.

- **Complicaciones Cardiovasculares:**

Tras la Lesión Medular y debido al Shock espinal los pacientes pueden presentar respuestas vegetativas incontroladas, dando como resultado la aparición de **Bradycardia** por estimulación vagal que carece de control simpático, **hipotensión y disminución del gasto cardíaco** ya que dicho bloqueo simpático produce vasodilatación con disminución del retorno venoso. Por todo ello podemos definir:

➤ POSIBLE COMPLICACION: Cardiovascular.

Intervenciones de Enfermería.

- Control de Ctes. Vitales en busca de signos de alteraciones cardiacas.

- **Complicaciones Digestivas:**

Durante esta fase el 25 % de los casos presentan disminución o abolición del peristaltismo intestinal, paralización del colon sigmoideo y del resto que unido a la pérdida de repleción rectal, da como resultado una retención de heces. Con esto definiremos:

- POSIBLE COMPLICACION: Ileo paralítico.

Intervenciones de Enfermería:

- Buscar signos de Ileo paralítico.
- Realizar auscultación intestinal en busca de disminución o ausencia de ruidos intestinales.
- Vigilar distensión Abdominal.

- POSIBLE COMPLICACION: Estreñimiento.

Intervenciones de Enfermería:

- Controlar si se produce evacuación intestinal y características de la misma.
- Administración de enemas por prescripción facultativa (P.F.).
- Eliminación manual de heces (P.F.).

Así mismo estos pacientes en la mayoría de las ocasiones están en tratamiento con Corticoides para disminuir el edema medular y en algunos casos presentan "ulcera de estrés" a consecuencia de la estimulación vagal, que produce hiperacidosis gástrica, pudiendo dar como resultado:

- POSIBLE COMPLICACION: Hemorragia Digestiva.

Intervenciones de Enfermería:

- Buscar signos y síntomas de hemorragia gastrointestinal (dolor referido en hombros, sangre franca u oculta en heces, hemoptisis ...).
- Controlar la aparición de náuseas y vómitos.
- Controlar la aparición de hematemesis.
- Administración de protectores gástricos (P.F.).
- Control de Ctes. Vitales (TA. y pulso) que nos indican la presencia de Shock.

- **Complicaciones urinarias:**

En este momento los lesionados medulares van a presentar una vejiga flácida, con un músculo detrusor inactivo incapaz de evacuar la orina. Desde el momento del ingreso al paciente se le realiza un sondaje vesical permanente, con el fin de evitar una acumulación de orina que diera como resultado un "Detrusor" deformado, con la consiguiente dificultad posterior para rehabilitación vesical. Por tanto:

- POSIBLE COMPLICACION: Retención urinaria.

Intervenciones de Enfermería:

- Buscar signos y síntomas de retención urinaria (Distensión vesical, disminución de la diuresis, cefaleas, náuseas, escalofríos ...).
- Realización de balance de ingesta /diuresis.
- Realización de analíticas de orina y sangre para conocer el estado renal.

- POSIBLE COPLICACION: Infección Urinaria.

Intervenciones de Enfermería:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas que nos indiquen infección urinaria (orina espesa, mal oliente, aumento de la Tª corporal).
- Observar la presencia de Polaquiuria, espasmos musculares ...
- Realización de analítica y cultivo de orina (Bacteriuria, cambio en el Ph urinario).
- Realización de analítica de sangre (Leucocitosis).

- **Complicaciones Musculo-esqueleticas:**

En esta fase en la que la fractura vertebral aun no está estabilizada, es muy susceptible el empeoramiento de la misma e incluso la lesión medular, con lo cual el paciente debe permanecer en cama en reposo absoluto en hiperextensión en caso de lesión torácica o lumbar y con tracción cervical en caso de lesión cervical. La cama debe ser dura o con un diseño especial (cama circoelectrica, de libro ...) que permitan un apoyo eficaz de al columna, y todas las movilizaciones que hayan que realizarle se harán con la mayor precaución , siempre en "Bloque", manteniendo alineada la columna vertebral y evitando movimientos de torsión de la misma. Por tanto con todo esto definiremos:

- POSIBLE COMPLICACION: Fractura vertebral.
- POSIBLE COMPLICACION: Lesión Medular.

Intervenciones de Enfermería: (foto fase aguda 4)

- Vigilar que el paciente adopte una postura cómoda y correcta.
- Vigilar que los traslados y movilizaciones se realicen correctamente.

- POSIBLE COMPLICACION: Tromboflebitis.

Intervenciones de Enfermería:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de Tromboflebitis (se colocaran desde el primer momento medias anti-embolicas o de compresión).
- Administración de anticoagulantes o antiagregantes (P.F.).

Una vez definidas las principales Complicaciones que pueden presentar los Lesionados medulares en esta fase aguda Preoperatoria, definiremos los Diagnósticos de Enfermería.

Diagnósticos de Enfermería:

En relación con los Diagnósticos de Enfermería algunos de los que se pueden definir son:

- 1) LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS relacionado con falta de fuerza en la musculatura Abdominal y Torácica manifestada por procesos de tos con dificultad para expectorar.
 - *Objetivo:* El paciente presentará limpias y permeables las vías aéreas:

- *Actividades de Enfermería:*
 - Realización de Fisioterapia Respiratoria.
 - Limpieza de las vías aéreas altas con solución fisiológica o antiséptica, una vez en cada turno como mínimo.
 - Limpieza de la cavidad Bucal, una vez por turno como mínimo Aspiración de secreciones, en caso de acumulación en vías aéreas bajas.
 - Se invitará al paciente, si su estado general lo permite, a que tosa e intente expectorar.

Cuando estos pacientes presentan traqueostomía podría definirse:

2) TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN secundario a traqueostomía.

- *Objetivo:* El paciente será capaz de comunicarse con las personas de su entorno.
- *Actividades de Enfermería:*
 - Se identificarán un grupo de señas para que el paciente se comunique con el personal de su entorno, P.E.: Un parpadeo significa "Si", Dos significa "No", Ninguno "No lo entiendo" etc.

En relación a su pérdida de movilidad, y por su permanencia obligada en cama definimos:

3) INCAPACIDAD PARA EL AUTOCUIDADO relacionado con inmovilidad en cama.

- *Objetivo:*

Se realizarán, por parte del personal de Enfermería, las acciones necesarias para cubrir las necesidades del cuidado personal del paciente (en esta fase y dado el estado del paciente éstas serán realizadas por el personal de Enfermería no dejando que participen de forma directa los familiares, aunque si se les puede ir instruyendo para la fase crónica).
- *Actividades de Enfermería:*
 - Se realizará aseo completo y cambio de cama en el turno de mañana, (y cuando sea necesario).
 - Se realizará higiene de la zona Genito-anal una vez en cada turno, o cuando sea necesario.
 - Se administrara la dieta alimenticia, siempre que el estado del paciente lo permita.

Con relación a este mismo problema definiremos un diagnostico potencial:

4) RIESGO DE ALTERACION DE LA INTEGRIDAD CUTANEA relacionado con incapacidad de movimientos.

- *Objetivo:* El paciente no presentará alteraciones en la piel, ni úlceras por decúbito.
- *Actividades de Enfermería:* (foto fase aguda 5)
 - Colocación del paciente en cama de almohadas.
 - Realizar cambios posturales cada 3-4 horas.
 - Mantener la piel limpia e hidratada.
 - Aplicar masajes en las zonas prominentes.
 - Mantener protegidas las zonas susceptibles de presión (codos, rodillas, tobillos, trocanteres, etc.).

En cuanto al estado emocional que presenta el paciente, diremos que se encuentra desorientado, confundido frente a la gravedad de su estado, y el desconocimiento de cual va a ser su futuro, por ello podemos definir:

5) ANSIEDAD relacionado con cambio en sus hábitos de vida.

- *Objetivo:* El paciente comentará sus temores y dudas tanto con su familia como con el personal de Enfermería.
- *Actividades de Enfermería:*
 - Se intentará mantener siempre el mismo personal de Enfermería, para lograr un clima de confianza con el paciente.
 - Se le aclarará las dudas que tenga sobre su lesión, siendo reservados en cuanto a su recuperación.
 - Se invitará a la familia a que dialogue con el paciente.

Si la fase Aguda se alargara por alguna circunstancia, el paciente puede sufrir las primeras etapas del proceso de Duelo, común a todos los pacientes y además necesaria para su posterior aceptación y adaptación a su nuevo estilo de vida. Por ello definimos:

6) DUELO relacionado con pérdida de la función corporal manifestado por Negación de su situación.

- *Objetivo:*

El paciente hablará sobre sus sentimientos en relación con su pérdida funcional y se relacionará con sus familiares.
- *Actividades de Enfermería:*
 - Se invitará al mismo a que exprese sus sentimientos.
 - Se le explicará tanto a él como a la familia que este proceso es normal y además conveniente.
 - Ayudar a reconocer y aceptar sus pérdidas sin adoptar posturas maternalistas, ni dando falsas esperanzas.

En el período cercano a la cirugía éste puede presentar temor hacia lo desconocido, a enfrentarse a una situación que puede ser peligrosa por ello podemos definir:

7) TEMOR relacionado con intervención quirúrgica.

- *Objetivo:* El paciente disminuirá el temor que presenta ante el acto quirúrgico.
- *Actividades de Enfermería:*
 - Se le invitará a que exprese sus sentimientos en cuanto a la cirugía.
 - Se le explicará el proceso quirúrgico.
 - Se le explicará la importancia que tiene el que sea sometido a intervención quirúrgica para comenzar antes con el período de Rehabilitación.

➤ **PAE EN LA FASE PERIOPERATORIA:**

El PAE en el periodo perioperatorio incluye todas las actividades de Enfermería que se realizan al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente. La estancia del paciente en el bloque quirúrgico puede diferenciarse en tres etapas:

- ✓ **Periodo preoperatorio inmediato:** que incluye desde que el paciente es recibido en el Bloque quirúrgico hasta que es anestesiado.
- ✓ **Periodo intraoperatorio o transoperatorio:** Comienza cuando el paciente es anestesiado y concluye cuando el paciente es trasladado a la UCI o sala de reanimación.
- ✓ **Periodo postoperatorio inmediato:** comienza cuando el paciente ingresa en la sala de reanimación o UCI hasta que es dado de alta para su ingreso en la Unidad de Hospitalización.

Durante esta fase perioperatoria las Enfermeras deben implementar el plan de cuidados de Enfermería en tanto desempeñan su función como miembro activo del equipo quirúrgico, con capacidad para variar el plan de cuidados en respuesta a una situación de emergencia o a cualquier cambio en la situación de los pacientes.

✓ **Periodo preoperatorio inmediato: (foto fase aguda 2)**

Comienza con la recepción del paciente . realizaremos una identificación del mismo y de su historia clínica (nos fijaremos sobre todo en la existencia de alergias, administración de algún tto., o existencia de alguna enfermedad grave o infecciosa), así como la localización del traumatismo.

◆ Diagnósticos de Enfermería:

A partir de la información obtenida definiremos los Diagnósticos de Enfermería que se pueden aplicar en este periodo:

- 1) ANSIEDAD en relación con (Amenaza de muerte, amenaza del cumplimiento de las funciones, cambio en el desempeño del rol...) manifestado por (Angustia, tensión, irritabilidad, inquietud, agitación etc).
 - *Objetivo:* el paciente exprese sus sentimientos, manifieste bienestar fisiológico y psicológico.
 - *Actividades de Enfermería:*
 - Permanecer al lado del paciente explicándole los procedimientos que se le van a realizar.
 - Procurar un ambiente relajado y confortable, preservando su intimidad y evitando esperas innecesarias.
 - Cuidar el tono y contenido de la conversación antes y durante la administración de la anestesia, ya que la audición es el ultimo sentido que se pierde.
 - Aclarar las dudas que pueda presentar o ponerles en contacto con quien pueda hacerlo.
- 2) TEMOR en relación con (Anestesia, dolor, posibles cambios en el estilo de vida...) manifestado por (accesos de llanto, ojos muy abiertos, terror, pánico, aumento de la Fr. Cardiaca, sudoración etc).

- *Objetivo:* El paciente manifiesta haber disminuido su temor.
 - *Actividades de Enfermería:*
 - Aclarar las dudas que presente el paciente.
 - Informarle de los procedimientos a realizarle.
 - Mantenerle siempre acompañado.
- 3) RIESGO DE LESION en relación con (efectos de la anestesia, Posición quirúrgica, los equipos eléctricos y gases anestésicos, procedimientos invasivos...)
- *Objetivos:* El paciente no presente signos de lesión.
 - *Actividades de Enfermería:*
 - Verificar la ausencia de prótesis dental, audífonos, lentillas, material metálico etc.
 - Sujetar adecuadamente los tubos, vías endovenosas etc.
 - Colocar en una posición adecuada y cómoda.
 - Verificar que todo el material e instrumental necesario se encuentra en las condiciones adecuadas.
- 4) RIESGO DE INFECCION en relación con (destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental, procedimientos invasivos...).
- *Objetivos:* El paciente no presentará signos de infección.
 - *Actividades de Enfermería:*
 - Comprobar que el paciente está en adecuadas condiciones de higiene corporal.
 - Cubrir el cabello con un gorro.
 - Mantener la Tª del quirófano entre 18º y 22º y humedad entre 60% y 70%.
 - Comprobar que el instrumental y material necesario estén preparados para evitar retrasos, manteniendo la técnica aséptica tanto para la preparación del instrumental como en el equipo humano.
 - Mantener las puertas cerradas del quirófano, evitar la presencia de personas innecesarias y el movimiento del personal existente para evitar turbulencias.
- 5) RIESGO DE HIPOTERMIA en relación con (Tª baja del quirófano, administración de sustancias parenterales frías, administración de anestésicos, inactividad muscular, alteración de metabolismo...).
- *Objetivos:* El paciente mantendrá la temperatura corporal dentro de la normalidad.
 - *Actividades de Enfermería:*
 - Controlar la Tª del paciente.
 - Controlar la Tª ambiental del quirófano.
 - Mantener al paciente tapado a la llegada al quirófano y mientras espera.

✓ **Periodo intraoperatorio o transoperatorio:**

Este periodo comienza con la inducción anestésica. El objetivo de la asistencia de Enfermería en este periodo es facilitar que la intervención quirúrgica transcurra sin incidencias y proteger al paciente de las lesiones.(foto fase aguda 3)

◆ **Diagnósticos de Enfermería:**

Se incluyen los diagnósticos RIESGO DE LESION, INFECCION E HIPOTERMIA descritos en la fase preoperatoria inmediata pero además se define:

- 1) RIESGO DE ASPIRACION en relación con (Reducción o pérdida de la conciencia, reflejo de tos o nauseoso deprimido, posible aspiración de contenido gástrico, moco o saliva).
- *Objetivo:* El paciente no experimentará aspiración.
- *Actividades de enfermería:*
 - Verificar si el paciente ha ingerido alimento sólido o líquido entre seis u ocho horas antes de la cirugía.
 - Realizar aspiración en caso necesario, vómitos, regurgitación, hipersecreción de moco o saliva, para prevenir la obstrucción de las vías respiratorias.
 - Una vez concluida la cirugía mantener vigilado al paciente, tras la extubación, y en posición adecuada para evitar una posible aspiración de vomito o mucosidad.

✓ **Periodo postoperatorio inmediato:**

El periodo postoperatorio inmediato comienza con el traslado del paciente a la UCI una vez concluida la intervención quirúrgica, donde permanecerá entre 24 y 48 horas si no surge ninguna complicación grave. El anestesiólogo y la Enfermera acompañan al paciente dando a la Enfermera de la sala toda la información e incidencias ocurridas durante la cirugía. Esta debe valorar el estado del paciente, recibir el informe y empezar el registro de las notas de recuperación. Es necesario observar con cuidado al paciente y brindarle todo el apoyo físico y psicológico necesario hasta que los efectos más importantes de la anestesia hayan desaparecido y se establezca su condición general. Debe mantenerse la ventilación pulmonar, la circulación y equilibrio de líquidos y electrolitos, evitar las lesiones y garantizar la comodidad del paciente.

El paciente requiere monitorización y valoraciones continuas, estableciendo controles cada 10 minutos al principio y cada hora una vez estabilizado, registrando todos los datos en su historia clínica. Nos informaremos de:

- Estado de salud basal preoperatorio.
- Tipo de anestesia y duración de la misma.
- Fármacos administrados.
- Localización de las punciones venosas.

Realizaremos valoración del :

- Nivel de conciencia.
- Ventilación y permeabilidad de la vía aérea.
- Monitorización de T.A., F.C., pulsioximetría.
- Constantes vitales: F.R., Tª.
- Valoración de la herida, apósitos, vendajes, drenajes etc.
- Valoración de la piel, mucosas y lechos ungueales.
- Balance hídrico.
- Pérdidas hemáticas.
- Transfusiones sanguíneas y fluidoterapia.
- Diuresis.
- Grado de actividad motora y nivel de sensibilidad postquirúrgico.

Todos estos parámetros se gradúan de acuerdo a una escala preestablecida, lo que ayuda a su registro ágil, objetivo y exhaustivo de los mismos.

A parte de los datos de la valoración se registrarán todas las ordenes medicas relativas a medicación administrada, fluidoterapias, transfusiones sanguíneas, controles analíticos y cuantas observaciones sean necesaria.

♦ Diagnósticos de Enfermería:

Los Diagnósticos de Enfermería más habituales son :

1) RIESGO DE ASPIRACION en relación con (aumento de secreciones por efecto de la intubación, posible presencia de nauseas y vómitos...).

- *Objetivo:* El paciente no experimentará aspiración.
- *Actividades de Enfermería:*
 - Se realizará aspiración de secreciones.
 - Se colocará en posición adecuada para evitar obstrucción de vías aéreas o aspiración pulmonar.

2) RIESGO DE LESION en relación con (Somnolencia postanestésica, deficiencias sensoriales o motoras, despertar agitado ...).

- *Objetivo:* El paciente mantendrá su integridad física o no sufrirá ninguna lesión.
- *Actividades de Enfermería:*
 - Colocar las barandillas en la cama por lo menos hasta que esté completamente despierto.
 - Mover con frecuencia al paciente para evitar daños nerviosos debido a la presión muscular y a la tensión articular.

3) RIESGO DE HIPOTERMIA en relación con (Exposición del cuerpo del paciente al ambiente quirúrgico, efectos de la cirugía, Inhalación de gases anestésicos secos y no calentados).

- *Objetivo:* El paciente mantendrá su Tª corporal dentro de los límites normales.
- *Actividades de enfermería:*
 - Controlar Tª corporal manteniendo, está por encima de 36º.
 - Colocar mantas y mantener al paciente bien arropado.
 - Colocar calefactor de aire caliente en la sala y cercano al paciente.
 - En caso de hipotermia excesiva mantener al paciente tapado con una manta desechable llena de aire caliente por medio de un calentador (ésta también se utiliza en al sala de cirugía para evitar la hipotermia intraoperatoria).

4) DOLOR en relación con (los efectos de la cirugía sobre los tejidos, la inmovilidad o posición quirúrgica ...).

- *Objetivo:* el paciente no presentará dolor.
- *Actividades:*
 - Explicar que el dolor va a ser valorado y se le administrarán fármacos.
 - Favorecer la relajación y si es necesario modificar la postura.
 - Valorar las Ctes. Vitales antes de la administración de analgésicos.
 - Administrar los fármacos indicados por el anestesiólogo.
 - Valorar posteriormente la eficacia de la medicación administrada.

- Explicar al paciente los posibles efectos secundarios que pueden producir los narcóticos (Sequedad de boca, somnolencia, confusión etc).
- 5) DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS en relación con (Perdida de sangre durante la cirugía, pérdida de líquidos).
- *Objetivo:* El paciente mantendrá los líquidos corporales dentro de los límites normales.
 - *Actividades:*
 - Realizar balance de las entradas de líquidos IV y diuresis.
 - Control de Ctes. Vitales.

Además de estos problemas los pacientes pueden presentar COMPLICACIONES POTENCIALES de problemas médicos, entre ellos:

1) POSIBLE COMPLICACION RESPIRATORIA.

- *Etiología:*
 - Alteraciones de la ventilación pulmonar: Hipoxia, hipercapnia.
 - Edema laríngeo y/o laringoespasma derivado de la intubación, posible reacción alérgica, gases anestésicos etc.
 - Paciente con patología previa pulmonar.
 - Paciente con tabaquismo.
- *Actividades:*
 - Oxigenoterapia.
 - Elevar la cabecera de la cama, ladear la cabeza.
 - Mantener las vías aéreas libres.
 - Realización de gasometría para control de valores pO₂ y pCO₂.

2) POSIBLE COMPLICACION CARDIOCIRCULATORIA:

- *Etiología:*
 - Hemorragia.
 - Paciente con patología previa cardíaca, hipertensión, respiratoria, obesidad etc.
 - Hipervolemia o sobrecarga circulatoria por el excesivo volumen de líquidos intravascular.
- *Actividades:*
 - Control de TA., FC., FR.
 - Valorar pulsos periféricos.
 - Valorar coloración de la piel, T^a etc.
 - Control de pérdidas hemáticas.
 - Balance hídrico.
 - Realización de analíticas.
 - Oxigenoterapia.

3) POSIBLE COMPLICACION URINARIA:

- *Etiología:*
 - Retención urinaria secundaria a espasmo del esfínter vesical por efectos de la anestesia , estrés.
 - Oliguria secundaria a hipovolemia, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal.

- *Actividades:*
 - Observar la presencia de globo vesical.
 - Valorar la presencia de obstrucción en la sonda vesical.
 - Control de la diuresis.
 - Controles electrolíticos.
 - Evitar hipovolemia.
 - Tratar. La causa.

4) RIESGO DE HIPERtermIA.

- *Etiología:*
 - Problemas infecciosos.
 - Aspiración pulmonar.
 - Hipertermia maligna (es una enfermedad hereditaria que consiste en una reacción a determinados anestésicos Succinil colina, halotano, Metoxifluorano. Consiste en un aumento de Tª incluso por encima de 46º, que si no se pone tratamiento el desenlace suele ser fatal. Sintomatología: taquicardia, disrritmias, presión sanguínea alterada, aumento de la rigidez muscular con espasmos y aumento de la Tª y transpiración. El tratamiento es con Drantolene y Oxígeno al 100%, enfriamiento físico y corrección de la acidosis e hipercaliemia).

- *Actividades:*
 - Control de Ctes. Vitales, sobre todo Tª.
 - Disminuir la Tª administrando medios físicos.
 - Administración de fármacos.
 - Avisar al médico.

5) RIESGO DE TRASTORNOS HEMOSTASICOS:

- *Etiología:*
 - Alteración de la coagulación.
 - Hemorragia.
- *Actividades:*
 - Valorar las perdidas hemáticas de la herida u otras zonas.
 - Control de analítica.
 - Administración de Tto. prescrito por el medico.

Las complicaciones que puede presentar el paciente son numerosas por lo que es necesario realizar valoraciones continuadas del estado del mismo.

Cuando el paciente está estabilizado se procede a su traslado a la Unidad de hospitalización.

♦ Criterios al alta:

- Despertar fácil con estímulos verbales.
- Buena oxigenación tisular.
- Buen control de la vía aérea y presencia de reflejo nauseoso y tusígeno.
- Hemodinamicamente estable.
- No sangrado masivo por la herida.
- Buena orientación temporoespacial.

- Buena diuresis.
- Dolor controlado.
- Alta por parte del anesthesiólogo.

Una vez que el paciente es trasladado a la Unidad de hospitalización se enviara su historia completa, aportando toda la información sobre su permanencia en el bloque quirúrgico y UCI, incluyendo las indicaciones del cirujano y anesthesiólogo, así como todos los registros de Enfermería para poder ser valorados por la Enfermera responsable de la unidad.

➤ **FASE POSTOPERATORIA:**

Una vez que el paciente es trasladado a la Unidad de Hospitalización comienza la fase postoperatoria. Esta fase es la más larga y por ello compleja, la dividiremos en **Postoperatoria Aguda y Postoperatoria Crónica.**

✓ **Fase postoperatoria Aguda:**

Incluye la fase en la que el paciente es trasladado a la Unidad de hospitalización hasta que comienza la Rehabilitación en el gimnasio. El paciente suele permanecer en reposo absoluto los primeros días, presenta sondaje vesical permanente, sueroterapia, drenajes... A las 48 horas de la cirugía se le retiraran los redones, durante 48/72 horas permanecerá con cobertura Antibiótica y sueroterapia para pasar posteriormente a suero de mantenimiento o vía heparinizada (en caso necesario). Es en este momento, sí el estado del paciente lo permite, cuando se le toman medidas para la realización de un Corset tipo *Body Jacket* (en lesiones en al región dorso-lumbar). Una vez que éste está confeccionado, si no existe otro impedimento, el paciente comienza a incorporarse ligeramente en la cama o bien comienza a ir al gimnasio para ponerle en el plano inclinado. Sí la lesión es a nivel cervical se suele colocar un corset tipo "*Minerva*", normalmente, la incorporación suele ser algo más tardía dado que a menudo presentan más problemas de estabilidad.

En estos primeros días la vigilancia debe ser muy estrecha ya que en un corto periodo de tiempo el paciente ha sufrido muchos cambios fisiológicos, lesión medular, Shock espinal, intervención quirúrgica ... todo ésto puede dar lugar a la aparición de múltiples COMPLICACIONES cuyo tratamiento dado el estado del paciente debe ser impartido por el equipo multidisciplinario (más adelante cuando el paciente esté estable, muchos de ellos se consideraran Diagnósticos de Enfermería). Algunas de ellas las definiríamos como:

1) POSIBLE COMPLICACION: Parada respiratoria.

- *Etiología:*
 - Obstrucción de las vías aéreas.
 - Hematoma cervical.
- *Intervenciones de Enfermería:*
 - Mantener las vías aéreas permeables.
 - Administración de Oxigenoterapia.
 - Realizar control de parámetros respiratorios.

2) POSIBLE COMPLICACION: Hemorragia.

- *Etiología:*
Secundaria a intervención quirúrgica.

- *Intervenciones de Enfermería:*
 - Control de las Constantes vitales.
 - Control de signos y síntomas que indiquen Shock: sudoración, hiperventilación, Oliguria etc.

3) POSIBLE COMPLICACION: Fístula Cefalorraquidea.

- *Etiología:*
Cierre incompleto de la duramadre.
- *Intervenciones de Enfermería:*
 - Vigilar al paciente en busca de cefaleas, nauseas, vómitos ...
 - Vigilar el apósito en busca de presencia de líquido Cefalorraquideo.

4) POSIBLE COMPLICACION: Ileo Paralítico.

- *Etiología:*
Alteración de la inervación intestinal tras al cirugía (sobre todo sí es a nivel Lumbo-sacro.).
- *Intervenciones de Enfermería:*
 - Auscultación abdominal para localizar la presencia de peristaltismo.
 - Vigilar el aspecto del Abdomen.

5) POSIBLE COMPLICACION: Estreñimiento.

- *Etiología:*
Disfunción intestinal secundaria a lesión medular.
- *Intervenciones de Enfermería:*
 - Control de deposiciones, frecuencia y características.
 - Administrar dieta rica en fibra.
 - Administrar ablandadores fecales, laxantes, supositorios... por prescripción facultativa.

6) POSIBLE COMPLICACION: Deterioro de la función vesical.

- *Etiología:*
Intervención quirúrgica.
- *Intervenciones de Enfermería:*
 - Vigilar el estado actual de la función vesical comparándolo con el previo a la cirugía.

7) POSIBLE COMPLICACION: Infección Urinaria.

- *Etiología:*
 - Estasis de orina en vejiga.
 - Presencia de sonda vesical.

- *Intervenciones de Enfermería:*
 - Balance hídrico.
 - Cuidados de Sonda vesical.
 - Observar aspecto de orina.
 - Realización de analíticas y cultivo de orina.
 - Control de Ctes. Vitales sobre todo Tª.
- 8) POSIBLE COMPLICACION: Deterioro Neurosensitivo.
- *Etiología:*
 - Edema medular.
 - Compresión de alguna raíz.
 - Hematoma post-quirurgico.
 - *Intervenciones de Enfermería:*
 - Se realiza valoración del estado neurosensitivo actual comparándolo con el prequirurgico.
- 9) POSIBLE COMPLICACION: Hipertermia.
- *Etiología:*
 - Problemas infecciosos.
 - Alteración del centro termorregulador del cerebro.
 - *Intervenciones de Enfermería:*
 - Control de las Ctes. Vitales sobre todo Tª.
 - Aplicación de medios físicos para reducir la Tª.
 - Administración de Antibióticos y antipiréticos por prescripción facultativa.

En esta fase aguda del postoperatorio, el paciente también presenta problemas que pueden ser tratados por Enfermería, son los DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA los más usuales serían:

- 1) DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA relacionado con alteraciones neuromusculares secundario a lesión medular.
 - *Objetivos:* Se ayudará al paciente a tener un nivel optimo de movilidad. (foto fase aguda 7)
 - *Actividades de Enfermería:*
 - Se le realizarán cambios posturales cada 4 horas o más a menudo si se cree necesario.
 - Se le explicará la importancia de cambiar de posición incluso estando en la silla de ruedas.
 - Se le enseñará al paciente y familia como realizarlos.
- 2) DISREFLEXIA relacionado con estimulación refleja del sistema nervioso por debajo de la lesión (distensión vesical, distensión intestinal, estimulación táctil, infección de vías urinarias...) manifestado por (cefaleas, sudoración por encima de la lesión, escalofríos, visión borrosa, congestión nasal ...).

- *Objetivos:* El paciente reconoce los signos que indican la disreflexia y como actuar para disminuirla.
 - *Actividades de Enfermería:*
 - Buscar signos y síntomas. Hipertensión paroxística, bradicardia o taquicardia, Diaforesis, cefaleas, manchas rojas por encima del nivel de la lesión, palidez por debajo.
 - Elevar cabecera de la cama y eliminar el estímulo nocivo.
 - Control T.A.
 - Enseñar signos y síntomas y como proceder.
 - Administración de medicación si persisten los síntomas por prescripción facultativa.
- 3) RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA relacionado con inmovilidad en cama.
- *Objetivo:* el paciente no presentará lesiones en la piel.
 - *Actividades de enfermería:*
 - Mantener adecuada higiene de la piel.
 - Aplicar cremas y lociones y proteger sobre todo zonas de prominencias.
 - Realizar inspección de las zonas más susceptibles.
 - Enseñar al paciente y familia como inspeccionarse y como proceder.
 - Realizar cambios posturales frecuentes.
- 4) ALTERACION DEL PATRON DEL SUEÑO relacionado con alteraciones neuromusculares.
- *Objetivo:* El paciente refiere descansar adecuadamente.
 - *Actividades de Enfermería:*
 - Se realizará adecuada evacuación vesical e intestinal.
 - Se realizará programa de ejercicios y actividades durante el día.
 - Se evitará dormir durante el día.
 - Se revisará medicación por si alguna provocara insomnio.
 - Se administrará medicación, en caso necesario, por prescripción facultativa.
- 5) POSIBLE LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS relacionado con estasis de secreciones secundario a inmovilidad y/o traqueotomía.
- *Objetivo:* El paciente presentará limpias y permeables las vías aéreas.
 - *Actividades de Enfermería:*
 - Elevar la cabecera de la cama entre 30-40°.
 - Incitar al paciente a que tosa regularmente y realice respiraciones profundas.
 - Proporcionar una humidificación adecuada al aire inspirado.
 - Realizar aspiración en caso necesario, realizando técnica estéril.
 - Mantener un adecuado estado de hidratación.
 - Sí el paciente es portador de una traqueotomía además:
 - Inspeccionar regularmente y limpiar la cánula de traqueotomía.

- 6) RETENCION URINARIA relacionada con obstrucción de la sonda vesical.
- *Objetivo:* El paciente presentará una adecuada y regular evacuación vesical.
 - *Actividades de enfermería:*
 - Realizar control de entrada y diuresis.
 - Inspeccionar regularmente la permeabilidad de la sonda vesical.
 - En caso necesario realizar lavado de la sonda vesical.
 - En caso necesario realizar cambio de la Sonda vesical.
- 7) DEFICIT DE AUTOCUIDADO relacionado con perdida sensorial y motora.
- *Objetivo:* el paciente presentara todas su necesidades de autocuidado cubiertas.
 - *Actividades de Enfermería:*

En esta fase el paciente está inmovilizado en cama o con ligera movilidad con lo que habrá que cubrir sus necesidades de autocuidado por parte del personal de Enfermería, pero al mismo tiempo se instruirá al paciente y familia de cómo realizar las mismas, para cuando llegue el momento e incluso si su estado lo permite comience a realizarlas.

 - Realizar aseo integro del paciente en cama o en el baño si se encuentra en condiciones (Cara, boca, brazos, manos, tórax, abdomen, piernas, pies, genitales, espalda, glúteos). Mantener una adecuada Tª en la habitación /baño, preservar su intimidad. Administrar lociones y/o cremas protectoras de la piel.
 - Realizar/ ayudar en las tareas del vestido del paciente (éste solo será portador de un camisón sí se encuentra en cama).
 - Realizar/ayudar en las tareas de alimentación.
- 8) DEFICIT DE CONOCIMIENTOS relacionado con (falta de información, mala interpretación) manifestado por (referencias verbales acerca de conocimientos, referencias que expresan una información inadecuada o deficiente, solicitud de información frecuente...).
- *Objetivo:* El paciente y familia recibirán una completa información y manifestarán estar adecuadamente informados y sin dudas.
 - *Actividades de Enfermería:*
 - Informar al paciente cada vez que se le realice una técnica y el porqué de la misma.
 - Informar de el programa a seguir en su readaptación.
 - Poner en contacto con el médico para que aclare sus dudas con relación a su lesión y recuperación.
- 9) ANSIEDAD relacionado con la lesión y futuro incierto.
- *Objetivo:* El paciente y la familia comparte con el personal de Enfermería y allegados sus sentimientos y temores. Manifiesta bienestar fisiológico y psicológico.

- *Actividades de Enfermería:*
 - Invitar al paciente a que comparta sus sentimientos y preocupaciones, manteniendo un ambiente tranquilo, relajado y escuchando atentamente.
 - Describir exactamente las sensaciones y procedimientos previstos.
 - Intentar mantener siempre el mismo personal para facilitar la comunicación por confianza.
 - Invitar a la familia a compartir sus sentimientos y dudas.

Una vez que el paciente está recuperado de la intervención quirúrgica y su estado general se lo permite comienza la fase más importante de su recuperación, la **Fase crónica** donde el paciente tiene que aprender y aprehender las técnicas para adaptarse a su situación actual.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ ENCICLOPEDIA DE MEDICINA Y ENFERMERIA. Mosby.Oceano.
- ✓ MANUAL DE MEDICO-Quirurgica. L.S. Brunner. Interamericana.
- ✓ INSTRUMENTACION QUIRURGICA (Principios y Practica). Fuller. Panamericana.
- ✓ ATENCION DE ENFERMERIA EN CIRUGIA GENERAL. Clinica Universitaria de Navarra. Braun-Dexon.
- ✓ ENCICLOPEDIA DE ENFERMERIA. Oceano/Centrum.
- ✓ PLANES DE CUIDADO Y DOCUMENTACION EN ENFERMERIA. L. J. Carpenito.Interamericana.
- ✓ ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA. Mosby 2000.
- ✓ DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA L.j. Carpenito. Interamericana.