

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTOPERADOS
INMEDIATOS DE DERIVACIÓN VENTRICULAR EXTERNA (DVE) EN
EL SERVICIO DE RECUPERACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**

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

VICTORIA ISABEL ROJAS HERVACIO

**Callao, 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA PRESIDENTE
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO VOCAL

ASESORA: DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 310

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 25/11/2016

Resolución Decanato N° 1326-2016-D/FCS de fecha 23 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	03
1.2. OBJETIVOS	04
1.3. JUSTIFICACIÓN	04
II. MARCO TEÓRICO	05
2.1 ANTECEDENTES	05
2.2 MARCO CONCEPTUAL	10
2.2.1 Teoría de Dorotea Orem	10
2.2.2 Teoría de Watson	11
2.2.3 Cuidados de enfermería en pacientes post operados inmediatos	17
2.2.4 Aspectos Generales referente a Derivación Ventricular Externa	19
2.3 DEFINICIONES DE TÉRMINOS	24
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	25
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	25
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	25
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN PACIENTES POSTOPERADOS DE DERIVACIÓN VENTRICULAR EXTERNA	26
IV. RESULTADOS	34
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES	38
VII. REFERENCIALES	39
ANEXOS	42

INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata de los cuidados del servicio de Enfermería en Pacientes Post operados inmediatos de derivación ventricular externa, las causas más comunes de accidente cerebrovascular de la circulación posterior son la oclusión o la embolia de la arteria vertebro basilar, aterosclerótica o disecada, la embolia de origen cardíaco. El drenaje ventricular externo (DVE) consiste en la colocación de un catéter en el asta frontal del ventrículo lateral preferiblemente en el hemisferio no dominante. El catéter puede estar en línea con un transductor y un equipo de registro e impresora que permite el monitoreo continuo de la presión intracraneana (PIC), al mismo tiempo que habilita el drenaje de LCR y permite la instilación de antibióticos intraventriculares. (1)

La intención del presente trabajo es describir la importancia de los cuidados post operatorios inmediatos en sala de recuperación. Porque en la actualidad con la introducción de las cartas de los derechos y deberes de los pacientes, la generalización del consentimiento informado, el reconocimiento de un papel más activo y una mayor implicación en el proceso asistencial, ha llevado a una nueva expectativa en la relación, prestadora de servicios y usuarios. Antes se encontraba un paciente más pasivo que no decía nada, ni reclamaba, ahora con la tecnología y la globalización los pacientes están mejor informados son más abiertos y expresan sus demandas, exigiendo una mejor atención.

El estudio servirá para enriquecer los conocimientos y se reflexione en cuanto a nuestras actitudes sobre los cuidados que brindamos a los pacientes. Además de que este estudio puede ser considerado como una herramienta de evaluación de la actuación del profesional de enfermería y así, garantizar una atención individualizada y de calidad hasta lograr la excelencia.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

En la actualidad los avances en Neurología han supuesto que el índice de supervivencia tras sufrir un tumor cerebral se triplique en los últimos 20 años. Los drenajes ventriculares externos (DVE) son usados para monitoreo de presión intracraneana y como drenaje temporal de líquido cefalorraquídeo, se utilizan en trauma, tumores, hemorragia intraventricular, intracraneana, hidrocefalia y la mayor complicación del uso de estos drenajes es la infección. (2)

La incidencia de infección de Líquido Cefalorraquídeo asociada a catéter de ventriculostomía va de 0 a 50%, pero la literatura reporta 2,2% a 10.4% Siendo el germen aislado con mayor frecuencia *Staphylococcus aureus*, aunque también es frecuente encontrar bacilos Gram negativo hasta en un 25% (3)

Del Hospital Roosevelt se reporta 12% de infecciones en el Departamento de Neurocirugía y 21% de adherencia a la profilaxis. Colocándose alrededor de 283 DVE durante los años 2005 a 2007.(4)

El diagnóstico de infección del líquido cefalorraquídeo proveniente del DVE, corresponde a cultivo positivo, aumento del conteo celular, leucocitos polimorfos nucleares, disminución de la glucosa y datos sistémicos como fiebre, existen otros parámetros como elevación de PCR, procalcitonina y glóbulos blancos, así como reforzamiento del tejido ependimal de los ventrículos en una RNM o TAC cerebral (5)

En el Perú, la enfermedad cerebrovascular es la tercera causa de muerte, en el adulto mayor, después de las enfermedades respiratorias agudas e infecciones del tracto urinario. Así mismo el Ministerio de Salud(6) informó

el incremento en la mortalidad por accidente cerebro vascular entre los años 2000-2006 mientras que en el Hospital Nacional Cayetano Heredia se reportó una morbilidad hospitalaria de 20% en los años del 2000-2010 lo cual releva su impacto como problema de salud pública. (7)

1.2 Objetivo

Describir los cuidados de enfermería en las pacientes post operados inmediatos de derivación ventricular externa en el servicio de recuperación 2B del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.3 Justificación

Es importante la intervención en cuidados de enfermería porque el incremento de los días de estancia hospitalaria post quirúrgica y sus complicaciones representa una problemática en la salud pública, elevando la morbilidad, decreciendo la disponibilidad de camas y generando un alza en los costos e indicando indirectamente la calidad de atención.

El presente trabajo proporcionará a la institución datos que permitirán mejorar y garantizar una atención de calidad con la intervención de enfermería en los cuidados pre- trans- post operatorio inmediatos de derivación ventricular externa en la elaboración de guías de atención, MOF, ROF actualizados para brindar una atención integral, optima de calidad, dotar de materiales e insumos insuficientes. Siendo los beneficiarios la institución, disminuyendo costos, nosotras las enfermeras especialistas siendo permanente la atención de calidad y para los pacientes reincorporándose a la familia y sociedad en continuidad de su salud.

Al finalizar el informe serán los pacientes los que se verán beneficiados porque se convertirá en una herramienta fundamental para el personal de enfermería el cual generaran cambios para la mejora de la atención brindada, cumpliendo así con los requisitos establecidos de calidad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

GRILLE, & otros (2007) Manejo del drenaje ventricular externo en la unidad de cuidados intensivos. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Cuyo objetivo principal de estas guías consiste en la creación de pautas que optimicen y uniformicen el manejo clínico de este tipo de dispositivos por parte del personal de salud involucrado, a efectos de lograr disminuir la incidencia de infecciones del SNC vinculadas a dichos procedimientos. **Material y método:** No hay evidencia científica clase I que avale pautas de manejo con estos dispositivos. Toda la evidencia disponible corresponde a reporte de casos y a la opinión de expertos (clase III). El tema fue revisado utilizando búsquedas en las bases bibliográficas PubMed, Scopus y Cochrane. Se incluyeron y analizaron citas correspondientes a pautados o propuestas de pautado de otras instituciones extranjeras. Se cotejó la información obtenida con la experiencia personal de los autores. Finalmente se consensuaron las pautas siguientes mediante reuniones de discusión entre los autores, integrantes de las cátedras de Medicina Intensiva y de Neurocirugía de la Facultad De Medicina de la Universidad de la República. **Conclusiones:** La utilización de catéteres intracraneanos, fundamentalmente los drenajes ventriculares. Externos, es una práctica de relativa frecuencia en el manejo de pacientes con neuroinjuria grave en las unidades de cuidados intensivos. Debido a que se asocian con un aumento Significativo del riesgo de infecciones del sistema nervioso central (SNC) Posneuroquirúrgicas, es necesario estandarizar su manejo para lograr mejores resultados. Se Consensuaron pautas de manejo de estos dispositivos mediante revisión de la bibliografía y discusión entre las cátedras de Medicina Intensiva y Neurocirugía de la Facultad de Medicina. Se establecieron las indicaciones y técnica para su inserción, la descripción Detallada del sistema de derivación y drenaje de líquido

cefalorraquídeo, así como el manejo Del mismo contemplando las eventuales complicaciones. Se determinaron, también, los Criterios diagnósticos de infecciones del SNC posneuroquirúrgicas más relevantes, como Meningitis y ventriculitis.(8)

TARRILLO (2007) Factores preoperatorios, peri operatorios y postoperatorios tempranos (7 días) presentes en pacientes sometidos a Craneotomía Descompresiva Primaria en la experiencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Es Salud. Perú. **Objetivos:** La CD (craniectomía descompresora) recobra importancia en el tratamiento de la HIC (hipertensión intracraneal) intratable en los últimos años, siendo en su indicación principalmente primaria o profiláctica en los países en vías de desarrollo. Se cuestiona su aplicación por la alta mortalidad, el pobre estado neurológico y de dependencia, es necesario entonces identificar cuáles serían los factores relacionados a estos malos resultados, de manera de tomar decisiones neuroquirúrgicas y dar información a la familia del paciente. **Método:** El presente estudio es descriptivo - comparativo, retrospectivo. La población fue de 23 pacientes sometidos a craniectomía des compresiva primaria en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati en el periodo de junio del 2005 a junio del 2007. Se procedió al análisis descriptivo y a la aplicación de pruebas no paramétricas para identificar si existen factores relacionados a la mortalidad o pobre estado neurológico temprano. **Resultados:** De los 23 pacientes, fallecieron 8 (34.8%), con edad media de 58 años, con 26.1% de pacientes mayores de 70 años. Los diagnósticos: 34.8% hemorragia subaracnoidea, 30.4% por TEC, 17.4% presento hematoma intracerebral espontaneo, y 13% por tumor cerebral. Asociado a la Descompresión Craneal se procedió a evacuación de hematoma en el 47.8% de pacientes, en un 26.1% al clipaje de aneurisma con evacuación de hematoma, y en el 21.7% solo se necesitó descompresión craneal. La diferencia entre las medias de las escala de coma de Glasgow al ingreso y previo a la craneotomía

descompresora, fue de menos 3 puntos (10-7), y la media de EG a los 7 días post descompresión fue de 9 puntos. El tiempo de diagnóstico hasta la craneotomía tuvo una media de 4 días, la permanencia en UCI de 9 días, y desde la cirugía hasta el fallecimiento de 5 días.

Con la aplicación de pruebas no paramétricas dividiendo la población en fallecidos y no fallecidos se halló diferencia en el tiempo de enfermedad hasta la craneotomía, la EG 7 días post descompresión y el tiempo de permanencia en UCI. También la EG previa a craneotomía se dividió en mayor y menor igual de 7 puntos se obtuvo como resultado diferencia en el tiempo de enfermedad hasta la craneotomía, la EG de ingreso al hospital y la EG 7 días post descompresión. La EG 7 días post descompresión se dividió en mayor y menor igual de 7 puntos, se obtuvo como resultado diferencia en la EG de ingreso al hospital, la EG evaluación previa craneotomía, el tiempo de enfermedad hasta la craneotomía, y ¿si falleció? ¿Cuántos días post descompresión? Todos los pacientes con lesión de tronco encefálico, midriasis y que estuvieron en coma barbitúrico fallecieron tempranamente. Conclusiones: la craneotomía descompresiva primaria juega un rol importante en el tratamiento de los pacientes con patología neuroquirúrgica, se practica en pacientes graves, con alta morbimortalidad. Los factores asociados al fallecimiento o pobre estado neurológico se relacionan a un estado neurológico más deteriorado al ingreso, al igual que se presentan con EG bajas en el postoperatorio temprano, así como pocos días de permanencia en UCI por el fallecimiento. Es necesario implementar un monitoreo multimodal de estos pacientes y tener resultados de estudios prospectivos, randomizados y aleatorizados.(9)

CARRIÓN (2014). Cuidados en un paciente tras craneotomía descompresiva por infarto en arteria cerebral media. Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería de Valladolid. **Objetivo:** Elaborar un plan de cuidados enfermeros en un paciente con diagnóstico de infarto

maligno de arteria cerebral media. Fomentar la importancia de la realización de un plan de cuidados adaptado a cada paciente. Metodología, la investigación de un caso desarrollado en la estancia hospitalaria del paciente elegido, desde su día de ingreso hasta la recuperación del estado óptimo de salud y bienestar del mismo. El análisis de un caso clínico es una visión profunda y global de una situación, en este caso, de un paciente y todo lo que le rodea, siendo necesario hacer una fusión entre la teoría y la realidad de la persona, acompañado por un abordaje global de la misma y el pensamiento crítico. Uno de los motivos por los cuales he realizado este trabajo es que la enfermedad cerebrovascular (ECV) es a nivel mundial, la tercera causa de muerte y la etiología más frecuente de invalidez. **Conclusión:** Con la realización de este trabajo vemos que con un diagnóstico precoz, un tratamiento adecuado, en este caso la hemicraneotomía, y proporcionando unos cuidados íntegros y específicos para su proceso clínico obtenemos una recuperación y rehabilitación paulatina del paciente. El 80% de la ECV corresponde a infartos cerebrales, el otro 20% a hemorragias. De los infartos, el 20% son debido a embolias, un 20% a un accidente de placa (aterotrombosis), un 20% a infartos lacunares y un 20% es de etiología desconocida. El infarto maligno de arteria cerebral media (ACM), se estima que corresponde entre un 5% -10% del total de los infartos encefálicos; este tipo de infarto suele evolucionar con un edema cerebral post isquémico intenso, provocando un aumento de la PIC y si no se controla produciendo finalmente una herniación cerebral.(10)

RIVAS & Otros (2016) Riesgo de ventriculitis Asociado al cuidado del drenaje ventricular externo en pacientes neurológicos. **Objetivo.** Analizar el Riesgo de ventriculitis ellos asociada al cuidado del drenaje ventricular externo. **Sujetos y Métodos.** Y los controles casos estudio en una muestra de los pacientes neurológicos del Hospital Universitario Central de Asturias (España) pacientes con drenaje ventricular externo (n = 127; 49

Y 78 casos controles). **Metodología:** Si los casos consideraron (dependiente de variables) con los pacientes médicos de diagnóstico ventriculitis siguiendo criterios establecidos. Las variables de Independientes a cuidar del drenaje ventricular, como curas para la zona de inserción, medicación intratecal, administración, se lavó, y movilización del recambio drenaje. Si el control del efecto de las variables de confusión: Edad, sexo, diagnóstico y escala APACHE en el momento del ingreso, comorbilidad, antibacterianos, tiempo hasta la colocación del drenaje ventricular externo y Tiempo de permanencia. **Resultados.** Las curaciones del drenaje (ratio: 3,8; intervalo de confianza al 95%; IC del 95%: 1.1 13.9) y la administración intratecal medicación (ratio: 7,1; IC del 95%: 2 , de 1 al 23,6) fue significativamente asociaron con la ventriculitis. Cuando se adapta, además, por el tiempo del catéter de permanencia, el efecto de las curaciones (ratio: 1,4; IC del 95%: 0.3 a la 6.6) pierde importancia, ya que ambas variables están relacionados muy. **Conclusiones.** La medicación intratecal y las curas parecen asociarse con ventriculitis. La administración de la medicación que ha puesto el drenaje realmente refleja que el doctor sospecha que ventriculitis antes del diagnóstico y por esta razón, la prescriben. Sin embargo, ya que la duración del drenaje aumenta curas frecuencia LA, parece prudente recomendar la ampliación de las el tiempo y mejorar La drenaje capacitación de los profesionales de enfermería para realizar curaciones (AU).(11)

2.2. Marco Teórico.

2.2.1 Teoría de Dorothea Orem.

La práctica de la Enfermería ha crecido desde distintos enfoques utilizando modelos teóricos de influencia extranjera, modificándolos para recurrir a ellos como guía en el plan de cuidado de Enfermería que nos permite evidenciarla. La importancia de implementar el proceso Atención de Enfermería es la base para llevar a cabo tareas de enfermería, ayuda a utilizar el pensamiento crítico y brinda un cuidado humanístico, además de que motiva al personal de Enfermería para analizar lo que hace y planear el cuidado.

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Con respecto a la teoría del autocuidado; se basa a como el individuo busca maneras apropiadas para mejorar su estado de salud; Orem nos los describe como una conducta aprendida de las personas dirigidas hacia sí mismo; dentro de esta teoría tenemos que existe un agente de autocuidado propio, donde la persona capaz de aprender y cubrir sus necesidades de autocuidado; por otra parte también se habla del agente de autocuidado al dependiente, es decir quien cuida a otra persona, y para finalizar también se habla del agente de autocuidado terapéutico, que es un profesional o una organización de Enfermería.

Podemos decir que durante los cuidados posoperatorios inmediatos, el profesional de enfermería aplica un autocuidado terapéutico, ya que se basa en que un profesional especializado supla y ayuda a cubrir las necesidades que el paciente presenta en ese momento.

Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Salud: es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería como cuidados. El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto meta paradigmática el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.(12)

2.2.2. Teoría de Jean Watson

El cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería es fundamental para la recuperación del paciente, en el cual el profesional siempre tendrá en cuenta que enfermería es arte y ciencia a la vez.

Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto,

es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker:

Premisa 1. “El cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeros de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera persona y paciente persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la

integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.

El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.

El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.

El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma de una persona existe en él y para él.

Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.

Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.

La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

Watson pide unir la ciencia con las humanidades para que las enfermeras tengan un sólido fondo artístico liberal y entiendan otras culturas como requisito para utilizar la ciencia del cuidado y un marco mente-cuerpo-espiritual. Cree que el estudio de las humanidades amplía la mente y mejora las habilidades del pensamiento y el crecimiento personal. Watson compara el estado actual de la enfermería con el de las mitológicas Danaides, que intentaban llenar de agua una vasija rota, solo para ver fluir el agua por las grietas. Hasta que la enfermería fusione teoría y práctica mediante el estudio combinado de las ciencias y las humanidades, Watson cree que se encontrarán grietas similares en la base científica del conocimiento de la enfermería (13).

Más recientemente, Watson planea afirmaciones para una relación de cuidado transpersonal que se extiende a profesionales multidisciplinarios:

El compromiso moral, la intencionalidad, y la conciencia caritas por la enfermera protegen, fomentan y potencian la dignidad humana, la

integridad y la curación, permitiendo a la persona, por tanto, crear o procrear su propio significado de la existencia.

La voluntad consiente de la enfermera ratifica la importancia subjetiva y espiritual del paciente mientras busca mantener el cuidado en medio de la amenaza y la desesperación, biológica, institucional u de otro tipo. El resultado es aceptar una relación Yo-Tu en vez de una relación Yo-Ello.

La enfermería busca identificar, detectar con precisión y conectar con la condición interior del espíritu de otro a través de la presencia genuina y centrarse en el momento del cuidado; las acciones, las palabras, las conductas, la cognición, el lenguaje corporal, los sentimientos, la intuición, los pensamientos, los sentidos, el campo de energía, etc. contribuyen a la conexión del cuidado transpersonal.

La capacidad de la enfermera de conectar con otro a este nivel espíritu-espíritu transpersonal se traduce, a través de movimientos, gestos, expresiones faciales, procedimientos, información, tacto, sonido, expresiones verbales y otros medios científicos, técnicos estéticos y humanos de comunicación, en arte/hechos humanos de enfermería o modalidades deliberadas de cuidado-curación.

Las modalidades de cuidado-curación en el contexto de la conciencia transpersonal cuidado/caritas potencian la armonía, la integridad y la unidad del ser al liberar parte de la desarmonía, es decir, la energía bloqueada que interfiere en los procesos de curación naturales; por tanto, la enfermera ayuda a otro en este proceso para acceder al sanador interior, en el sentido pleno de la visión de enfermería de Nightingale.

El desarrollo continuo personal y profesional, el crecimiento espiritual y la práctica espiritual personal ayudan a la enfermera a entrar en este nivel más profundo de la práctica de curación profesional que permite descubrir una condición transpersonal del mundo y una actualización más extensa de las "competencia ontológicas" necesarias en ese nivel de practica avanzada de la enfermería.(13)

La historia de la propia vida de la enfermera, las experiencias previas, las oportunidades para centrarse en el estudio, haber vivido a través o haber experimentado varias condiciones humanas y haber imaginado los sentimientos de los demás en varias circunstancias son maestros valiosos para este trabajo; hasta cierto punto, el conocimiento y la conciencia necesarios pueden obtenerse a través del trabajo con otras culturas y el estudio de las humanidades (arte, drama, literatura, historia personal, narrativas de enfermedades, etc.), junto con el examen de los propios valores, las creencias profundas y la relación con el yo, con los otros y con el mundo.

Otros facilitadores son experiencia de crecimiento personal como la psicoterapia, la psicología transpersonal, la meditación, el trabajo bioenergético y otros modelos del despertar espiritual.

Se está produciendo el crecimiento continuo para desarrollar y madurar en un modelo de cuidado transpersonal. El concepto de profesionales sanitarios como sanadores heridos se acepta como parte del crecimiento necesario y la compasión inspirada en esta teoría/filosofía (13)

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

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

El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

El cuidado es un compromiso moral donde protege y realiza la dignidad humana, va más allá de una evaluación médica.

La experiencia, la percepción y la conexión se realizan mostrando interés por el paciente o persona.(13)

Salud: Se refiere a la unidad y armonía entre la mente, el cuerpo y el alma. Entorno: Debe ser reconocido por las enfermeras para analizar su influencia sobre la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes al entorno interno de una persona incluyen el bienestar mental y espiritual y sus creencias socioculturales. Relacionada con el grado de coherencia entre lo que percibe y experimenta uno mismo. El cuidado es el núcleo y la esencia de la profesión de enfermería. Watson en su teoría del cuidado humano enfatiza que ese cuidado debe estar acompañado con un amor incondicional; lo cual, son esenciales para la recuperación de ese paciente o individuo que lo necesita. Además, proyecta y guía a la enfermera a adoptar esa armonía al momento de la planificación de los cuidados encaminados a la satisfacción del paciente. (13).

2.2.3. Cuidado de enfermería en pacientes Pos operados inmediatos

a) Recepción del paciente en la sala de Recuperación por la enfermera.

Para el traslado a la sala de recuperación pos anestésico, el paciente debe ir acompañado por personal de anestesia y por la enfermera (o) circulante, la enfermera (o) del servicio recibe al paciente del cual se entrega información de los aspectos más importantes como serían:

1. Estado pre-operatorio del paciente, antecedentes que pudiesen ocasionar una complicación post-operatoria como: Diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, alergia a medicamentos, etc.
2. Valoración de las condiciones del paciente, nivel de conciencia, datos sobre la función respiratoria y hemodinámicos, coloración de la piel, temperatura, etc. Observar si existe reflejo nauseoso, monitoreo neurológico y reacción pupilar
3. Verificar la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el cirujano que practicó la cirugía.
4. Información sobre el periodo intra-operatorio, hallazgos operatorios, si existieron complicaciones o acontecimientos no habituales dentro de sala de operaciones.
5. Técnica anestésica utilizada y duración de la misma.
6. Fármacos administrados en el quirófano (incluyendo los anestésicos).
7. Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.
8. Localización de catéteres, drenajes y apósitos.
9. Aplicación de vendaje como protección de la herida quirúrgica.
10. Revisión del expediente clínico.

Para los cuidados de Enfermería en la atención de este tipo de cirugía necesitamos un plan de Atención donde pueda suplir las necesidades básicas de paciente.(14)

b) El Proceso de Atención de Enfermería

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos importantes para la atención de pacientes operados de derivación ventricular externa.

- **Valoración:**

Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores los datos obtenidos de la historia clínica.

- **Diagnóstico de Enfermería.**

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería y es la expresión del problema del paciente la cual se llega de las deducciones de los datos recogidos.

- **Planificación**

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para optimizar los cuidados oportunos para la recuperación del paciente.

- **Ejecución.**

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. La fase de ejecución es la cuarta etapa del

plan de cuidados, en la ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

Continuar con la recogida y valoración de datos.

Realizar las actividades de enfermería.

Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas. Dar los informes verbales de enfermería, Mantener el plan de cuidados actualizado.

- **Evaluación.**

Comparar las repuestas de la persona (estado del paciente), determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica. (15)

2.2.4. Aspectos Generales Referente a Derivación Ventricular Externa

a) Ventriculitis Asociada a Drenaje ventricular

El empleo de dispositivos de drenaje ventricular externo (DVE) es fundamental para el drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR) en situaciones de hidrocefalia aguda (secundaria a hemorragia subaracnoidea, intraventricular, intracraneal o neoplasias obstructivas), monitorización de la presión intracraneal y administración de medicación intratecal. La ventriculitis asociada a drenaje ventricular externo (DVE) es una complicación de gran

importancia en las Unidades de Cuidados Intensivos que atienden a pacientes con patología neuroquirúrgica. Las tasas de ventriculitis oscilan entre 5-20% según series y la importancia de esta infección radica en su difícil diagnóstico (interferido en muchas ocasiones por la propia patología que motivó la colocación del DVE) y en el significativo incremento de morbimortalidad, estancia hospitalaria y costes asistenciales que supone (16)

Fisiopatología de la ventriculitis asociada a drenaje ventricular externo.

La patogenia de la ventriculitis asociada a DVE no se ha estudiado de forma sistemática hasta la fecha, pero tradicionalmente se acepta el modelo que siguen otras infecciones asociadas a la presencia de un dispositivo invasivo, como la bacteriemia asociada a catéter. Al igual que en este tipo de infecciones, la formación de biopelículas bacterianas sobre la superficie del DVE parece tener un papel fundamental.

Una biopelícula bacteriana se define como un conglomerado de bacterias recubiertas por una matriz de exopolisacáridos y productos de degeneración bacterianos. Dentro de estas estructuras, bacterias y levaduras ven alterada su fisiología y adquieren una serie de propiedades que favorecen la resistencia al tratamiento antimicrobiano y facilitan el desarrollo de infecciones.(17)

Este fenómeno se ha estudiado con detalle en los catéteres venosos centrales. En las primeras 24 horas de colocación de un catéter es posible detectar sobre su superficie externa la presencia de biopelículas de microorganismos procedentes de la superficie cutánea. (18,19).

A partir del 10º día, la colonización endoluminal iguala o supera a la exoluminal, con bacterias que en su mayoría proceden de la manipulación de las conexiones (20)

La dificultad para identificar in vivo las infecciones relacionadas con la presencia de biopelículas bacterianas ha llevado a establecer los siguientes criterios diagnósticos (21)

Criterio 1) Las bacterias patógenas están asociadas a una superficie. El término “asociadas” permite incluir en la definición los agregados bacterianos no necesariamente adheridos firmemente a la superficie.

Criterio 2) El examen directo del tejido infectado demuestra la presencia de agregados celulares bacterianos incluidos en una matriz, que suele estar formada por productos bacterianos y del huésped.

Criterio 3) La infección está localizada en un sitio concreto en el huésped.

Criterio 4) El tratamiento antibiótico resulta ineficaz, a pesar de que la bacteria sea sensible en su forma planctónica. En ausencia de cultivo, la resistencia al tratamiento antibiótico también se puede demostrar mediante la presencia de bacterias vivas en la observación directa de la biopelícula después de la tinción específica de viabilidad.

Criterio 5) Resultados negativos del cultivo microbiológico a pesar de la elevada sospecha clínica de infección, ya que las bacterias localizadas en el interior de la biopelícula pueden ser difíciles de detectar mediante muestras convencionales.

Criterio 6) El sistema de defensas del huésped es incapaz de eliminar la biopelícula, lo que se demuestra mediante la detección de agregados celulares bacterianos en áreas del tejido infectado y células inflamatorias asociadas.

La mayoría de trabajos publicados en la literatura actual sugieren de manera indirecta la posible implicación de la biopelícula bacteriana en la ventriculitis asociada a DVE. Existe suficiente evidencia científica sobre el importante papel que juega la biopelícula en el desarrollo de infecciones asociadas a otros procedimientos neuroquirúrgicos, como es el caso de la instrumentación espinal, neuroestimuladores o derivaciones ventriculoperitoneales de LCR .

Factores de riesgo relacionados con la ventriculitis asociada a drenaje ventricular externo.

Existen diferentes factores descritos en la literatura científica a los que se atribuye un incremento del riesgo de desarrollo de ventriculitis asociada a DVE, relacionados fundamentalmente con la patología de base que motiva la colocación del DVE, las circunstancias de colocación del DVE y la manipulación del catéter:

- Patología neurológica que motiva la colocación del DVE: numerosos autores han detectado una mayor tasa de infección entre los pacientes con hemorragia intraventricular, lo que se atribuye al caldo de cultivo que representa el sangrado intraventricular y que favorecería el crecimiento bacteriano. (21)
- Otros procedimientos neuroquirúrgicos asociados: varios trabajos demuestran un aumento de la tasa de infecciones entre los pacientes que, además de la inserción del DVE, precisan la realización de una craneotomía
- Tunelización del catéter de DVE: la mayoría de autores recomiendan sistemáticamente la tunelización subcutánea del catéter de DVE, con el objetivo de alejar el punto de entrada en el sistema ventricular del punto de inserción en la superficie cutánea. Aunque sin significación estadística, Korinek et al (22)

analizaron un grupo de 10 pacientes con ventriculitis asociada a DVE y 99 controles y detectaron una mayor frecuencia de DVE no tunelizados entre los pacientes que desarrollaron infección (30% vs 14'1%).

- Fugas de LCR alrededor del catéter de DVE o tras su retirada: Korinek et al (15) constataron un 50% de fugas de LCR en los pacientes que desarrollaron ventriculitis asociada a DVE (n = 10) vs. 6'8% en el resto de pacientes (n = 147); P < 0'001.
- Manipulación del catéter: la pérdida de la estanqueidad y de esterilidad del sistema de LCR mediante la realización de lavados con suero fisiológico en caso de disfunción del catéter o la irrigación con soluciones antibiótico.
- Tiempo de permanencia del DVE: el papel que el tiempo de permanencia del DVE juega en el desarrollo de infecciones asociadas es una de las grandes controversias actuales. Numerosos estudios han demostrado un aumento del riesgo de ventriculitis entre los 5 y 10 días de permanencia del DVE (1) (15) No obstante, Korinek et al (15) presentaron en su trabajo un grupo de 67 pacientes con más de 10 días de DVE (hasta 42 días) sin infección asociada, por lo que concluyeron que el tiempo de permanencia no es un factor de riesgo con una adecuada manipulación del DVE.
- Múltiples DVE: varios autores han demostrado un aumento en la incidencia de ventriculitis asociada a DVE en pacientes que requieren inserción de más de un catéter. Lo et al (19) realizaron un estudio retrospectivo de 199 pacientes portadores de DVE, entre los que se diagnosticaron 21 infecciones asociadas, y detectaron un 6% de infecciones entre los pacientes portadores de un primer DVE frente a 14'6% en los pacientes con un segundo DVE y hasta 33% en los pacientes que precisaron tres o más DVE (P = 0'007).

2.3 Definiciones de términos

Cuidado de Enfermería.- Es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad, donde la enfermera pone a disposición de la persona su conocimiento y su parte humana (Valores, creencias, principios y su filosofía de vida), para la consecución de resultados en beneficio del paciente y el profesional de Enfermería. (23)

Post-operado Inmediato.- Períodos de cuidados que comienza cuando el paciente termina la cirugía, tiene el propósito de complementar las necesidades psicológicas y físicas directamente después de la cirugía. Al despertar de la anestesia suele ir acompañado de sesiones dolorosas según el tipo de intervención, por lo que los períodos post operatorios exigen cuidados especiales. (23)

Derivación ventricular externa.- Es una práctica frecuente en pacientes con problemas neurológicos, ya que es una herramienta diagnóstica y terapéutica muy valiosa que permite la monitorización de la PIC (presión intracraneal) y tratamiento de la HIC, hidrocefalia y Hemorragia IV.(23)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la realización del presente informe se utilizó la base estadística del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, cuaderno de registros de hospitalización del servicio de recuperación.

3.2 Experiencia Profesional

En el presente estudio como profesional de enfermería inicié mis labores el año 2002 iniciando las actividades en el departamento de enfermería realizando la rotación en las diferentes áreas del hospital (pediatría, emergencia, servicio de especialidades, cirugía y salud mental) donde desarrollé la destreza.

En el año 2012 ingre al servicio de Recuperación. El servicio de recuperación del hospital Edgardo Rebagliati Martins es una unidad principal con una capacidad para la atención de 16 pacientes post operados inmediatos y dos unidades periféricas, que no guarda relación con el número de enfermeras y con el número de pacientes que se debe atender en los diferentes turnos, la unidad de recuperación Post Anestesia (URPA) es un servicio de transito operatorio aun así se reciben pacientes críticos y cantidades superiores a las establecidas y los pacientes post operadas de derivación ventricular externa son entre 2 a 4 pacientes diarias. Como personal de enfermería de ese servicio recibimos a los pacientes de diversas especialidades donde se brinda los cuidados de enfermería pos operatorio inmediato y mediano hasta su alta a su servicio de origen. En la actualidad se recibe entre un promedio de 20 pacientes de las diferentes especialidades a eso se añade el déficit de personal en los diversos turnos, en los turnos de noche

solo atiende 2 enfermeras y 2 técnicos para un promedio de 18 a 20 pacientes por día.

3.3 Procesos realizados en el cuidado de pacientes post operados inmediatos de Derivación Ventricular Externa:

En el servicio de Recuperación donde laboro actualmente se atiende a pacientes pos operados inmediatos de todas las especialidades de Hospital Edgardo Rebagliati Martins. El servicio de recuperación cuenta con 16 camas en el 2° B más 2 áreas satélites en el tercer piso y noveno piso, que cuenta con adecuados monitores y equipos biomédicos necesarios para la atención adecuada del servicio en todas las áreas satelitales de igual manera. En esta etapa los cuidados de enfermería tienen como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta el paciente, anticiparse y prevenir complicaciones post-operatorias. Además de cubrir sus necesidades y/o problemas hasta lograr su recuperación por completo de la anestesia. Dentro de las atenciones post operatorias inmediatas es la valoración que se realiza una vez que ingresa el paciente a sala de recuperación y el plan de cuidados de enfermería que realizaremos para la prevención de las molestias post-operatorias experimentadas por el paciente terminado su acto quirúrgico, estos están relacionados con la administración de la anestesia general y el procedimiento quirúrgico, entre las que podemos mencionar: Náuseas, vómitos, Dolor, inquietud, sed, flatulencia. Llegando en algunos casos presentar una complicación como un mal patrón respiratorio o sangrado proveniente de la herida operatoria por lo cual se debe de optimizar la pronta respuesta a sus demandas de urgencias con un adecuada evaluación tanto medica como de la parte de enfoque de enfermería en su monitorización y los cuidados pertinentes una vez recepcionado al paciente en el área de Recuperación.

Cuidados post operatorio inmediato:

Una vez que el paciente termina la operación de derivación ventricular externa es derivado al servicio de recuperación nuestro primer momento comienza cuando el paciente ingresa a la sala de recuperación por lo cual se debe realizar una atención individualizada. En esta etapa los cuidados de enfermería tienen como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta el paciente, anticiparse y prevenir complicaciones post-operatorias.

Además de cubrir sus necesidades y/o problemas hasta lograr su recuperación por completo de la anestesia, ya que los pacientes ingresan a recuperación bajo efectos de la anestesia y bajo efectos de sedantes. Para ello realizamos los siguientes cuidados:

Cuidados Mediatos: Para el traslado a la sala de recuperación post anestésica, el paciente debe ir acompañado por personal de anestesia y por la enfermera (o) circulante, la enfermera (o) del servicio recibe al paciente del cual se entrega información de los aspectos más importantes como serían:

- Estado pre-operatorio del paciente, antecedentes que pudiesen ocasionar una complicación post-operatoria como: Diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, alergia a medicamentos, etc.
- Valoración de las condiciones del paciente, nivel de conciencia, datos sobre la función respiratoria y hemodinámicos, coloración de la piel, temperatura, etc. Observar si existe reflejo nauseoso.
- Verificar la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el cirujano que practicó la cirugía.
- Información sobre el periodo trans-operatorio, hallazgos operatorios, si existieron complicaciones o acontecimientos no habituales. (Anexo N° 1)

- Técnica anestésica utilizada y duración de la misma.
- Fármacos administrados en el quirófano (incluyendo los anestésicos).
- Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.
- Localización de catéteres, drenajes y apósitos.
- Aplicación de vendaje como protección de la herida quirúrgica.
- Revisión del expediente clínico.

Una vez instalado el paciente en el área de Recuperación:

- Examinar la permeabilidad de las vías respiratorias. Aspirar el exceso de secreciones, al ser audibles en orofaringe o nasofaringe.
- Conectar al paciente al sistema para administración de oxígeno e iniciar la administración de oxígeno húmedo nasal o por mascarilla, a 6 l/min. o según esté indicado.
- Conectar al paciente al monitor de signos vitales. Mantener la observación de los mismos.
- Colocar al paciente en decúbito lateral con extensión del cuello, si no está contraindicado.
- Vigilar los signos vitales cada 5 a 15 minutos según lo requiera el estado del paciente.
- Valoración de las cifras y sus características (hipertensión, hipotensión, arritmias cardiacas, taquicardia o bradicardia, taquipnea o bradipnea, hipertermia o hipotermia).
- Los datos nos darán la pauta para el tratamiento. Llevar el control de líquidos (ingresos de líquidos parenterales, excreción de orina, drenes, sondas).
- Mantener en ayuno al paciente.
- Vigilar la administración de líquidos parenterales: Cantidad, velocidad del flujo ya sea a través de bomba de infusión.

Observar el sitio de la inserción de vía periférica venosa para detectar datos de infiltración o flebitis.

- Vigilar la diuresis horaria.
- Llevar el registro de fármacos administrados y las observaciones de sus efectos.
- Observar posibles signos adversos de la anestesia general o raquídea: Hipertermia, vigilar estado de conciencia, movilidad de las extremidades inferiores y su sensibilidad.
- Vigilar signos y síntomas tempranos de hemorragia.

Cuidados Inmediatos:

- Monitorizar funciones vitales durante la primera hora después de la cirugía y continuamente cada 10 minutos, posteriormente cada media hora, cuando ya se ha estabilizado será cada hora.
- Es importante vigilar la diuresis, el electrocardiograma y si hay la posibilidad de sangrado verificar la herida operatoria.
- Durante las primeras horas pueden existir varias complicaciones que afectan o descontrolan los signos vitales.
- Observar signos y síntomas que nos pueden indicar hemorragias, hipertensión, taquicardia, intranquilidad, piel fría y sudorosa, palidez (revisar apósitos o gasas en busca de sangre)
Comprobar la realización de pruebas cruzadas
- Administrar medicación prescrita indicada en su pos operatorio.
- Realizar fijación de catéter para evitar desplazamiento.
- Anotar cantidad y color de líquido que se elimine del catéter.
- vigilar la postura del paciente
- Proceder a la administración de oxígenos si es necesario y el progresivo destete de la ventilación mecánica. (Anexo N° 02)

Estado neurológico del paciente

A) Verificar el estado de conciencia, despierto

1.- consiente

2.- inconsciente

B) Valoración de la Función Motora:

1.- grado de movilidad, insensibilidad de las extremidades

2.- reacción pupilar a la luz

3.- Comprobar el estado respiratorio.

C) Controlar la Frecuencia Respiratoria, si el paciente presenta cánula de traqueotomía o tubo endotraqueal, asegurarse que se encuentre bien fijado en su lugar. Colocar al paciente en posición adecuada para evitar aspiraciones (bronco aspiración).

D) Controlar el dolor

a) Utilizar escalas de valoración de la intensidad del dolor.

b) administrar analgésicos por prescripción médica.

E) Náuseas y vómitos

a) Estimular al paciente a que respire profundamente para facilitar la eliminación del anestésico.

b) Mantener la cabeza del paciente en forma lateral para evitar la bronco aspiración

c) Desechar el vómito, ayudar al paciente a enjuagarse la boca; si es necesario cambiar las sábanas, Registrar cantidad y características.

d) Administrar antieméticos por prescripción médica.

Posición del paciente, decúbito supino con la cabecera de la cama a 25-30 grados (excepto que este contraindicado por la presencia de lesiones o fracturas vertebrales, en cuyo caso la posición será

de decúbito supino con la cabeza alineada) evitando las flexiones laterales del cuello para mejorar el retorno venoso.

- Se debe manipular el drenaje lo menos posible, para evitar el aumento de riesgo de infección.
- Extremar las condiciones de asepsia previa a su manipulación que incluye, lavado de manos con solución jabonosa de povidona yodada y guantes estériles.
- Mantener cerrado el drenaje ante cualquier manipulación del mismo.
- Ajustar la altura, manteniendo el cero del depósito colector a la altura del pabellón auricular. Control periódico de la altura del sistema (cada seis horas).
- Utilización de un traductor de presión para medir la presión del drenaje, evitando así el efecto sifonaje y el fenómeno inverso.
- Vigilar la permeabilidad del sistema, el nivel del LCR debe oscilar (a nivel donde se corta la columna líquida).
- Vigilancia y cura diaria del punto de inserción del catéter, mediante cura oclusiva, salvo que el apósito este manchado o despegado, mediante técnica estéril.
- Se vaciará la bolsa colectora cuando ocupe las tres cuartas partes de la misma o si pasaron más de 24 horas sin que se haya vaciado.
- No se tomarán muestras de LCR de forma rutinarias, solamente si se sospecha de infección, tomándose muestra de LCR a través de uno de los tapones de goma del sistema.
- Cambio riguroso del catéter (máximo a los 7 días, se recomienda que no permanezca más de 5 días).
- Cuando el paciente tiene que moverse, cambiarse de posición, ser trasladado a quirófano... se deberá cerrar el sistema y una vez instalado el paciente se

- Volverá ajustar la altura del drenaje. Si no lo cerramos puede ocurrir: retorno, hacia la bolsa colectora, con el consecuente riesgo de colapso ventricular.
- Reflujo, hacia el cerebro del paciente con el consecuente riesgo de infección del SNC.
- En caso de obstrucción del sistema, deberá comunicarse al neurocirujano, no debiéndose aspirar ni infundir soluciones sin previa consulta y evaluación médica .
- En caso de rotura del catéter o deterioro, se pinzará el catéter proximalmente y se avisará al neurocirujano.
- Se registrará: La cura del punto de inserción: fecha, hora
Volumen del LCR drenado, avisar al médico cuando supere los 20 ml/h. Las características del LCR, aspecto y color.
- Un color opaco nos puede indicar infección, avisando al médico.

En el manejo de los catéteres ventriculares nos podemos encontrar:

- El drenaje permanecerá cerrado: los catéteres que se usa para el control de la PIC, deberán permanecer cerrados.
(Anexo N° 3)

CUIDADOS EN ALTA DE PACIENTE:

Preparar el alta del paciente.

Para ser dado de alta el paciente de la sala de recuperación post anestésica, se deben considerar los siguientes criterios:

- a) Que respire con facilidad y que en la auscultación los ruidos pulmonares sean claros, además de que las vías respiratorias se mantengan sin medios artificiales, a menos que el paciente, así lo amerite.(Anexo N° 4)

- b) Que alcance la estabilidad de los signos vitales.
- c) Que alcance el nivel de consciencia satisfactorio, que se mantenga despierto y alerta.
- d) Que el dolor haya sido controlado de manera adecuada.
- e) Que conserve los niveles adecuados de diuresis horaria.
- f) Que el vómito haya sido controlado o exista ausencia del mismo.
- g) Que alcance la sensación de las extremidades en caso de que se le hubiese administrado anestesia regional.

Determinar la valoración de los parámetros para su alta de la sala de recuperación. Uno de los sistemas de valoración post-anestésica más utilizada, es la establecida por Aldrete, donde se valora la actividad de movimiento de las extremidades, la respiración, la circulación, el nivel de consciencia y la coloración de la piel.

Se conversa con el paciente sobre su estado y que indicaciones médicas le han recomendado y educarlo sobre el estilo de vida que llevara de ahora adelante en cuanto a su cuidado cubriendo sus necesidades básicas ya que por su tipo de operación aun esta en recuperación. En el servicio de Recuperación el alta lo determina el medico anesthesiologo previa evaluación y sugerencia de la valoración que realiza la enfermera en cada turno, valorando sus funciones vitales estables para ello se comunica con su piso destino para la evacuación de su servicio origen donde la enfermera de ese servicio acude a recoger al paciente previa valoración y monitoreo de funciones vitales sino encuentra cualquier signo adverso procede al traslado del paciente a su unidad destino.(Anexo N° 5)

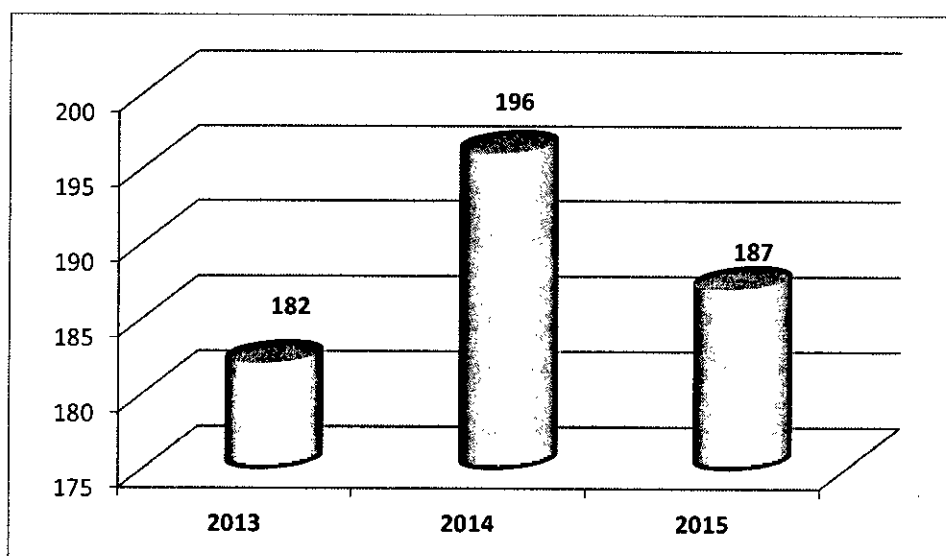
IV. RESULTADOS

Tabla N° 4.1: Colocación de drenaje Ventricular externo de pacientes post operados inmediatos de DVE del año 2013-2015 del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

AÑO	Colocación de drenaje ventricular externo	Porcentaje	Monto del %
2013	234	78%	182
2014	246	80%	196
2015	250	75%	187
TOTAL	730	% Con procedimiento	565

Fuente de información: estadísticas HNERM

En el año 2014 se coloca un 80% del drenaje ventricular externo a pacientes postoperados, mientras que en 2013 se coloca un 78% y por último en el año 2015 se colocan 75%,



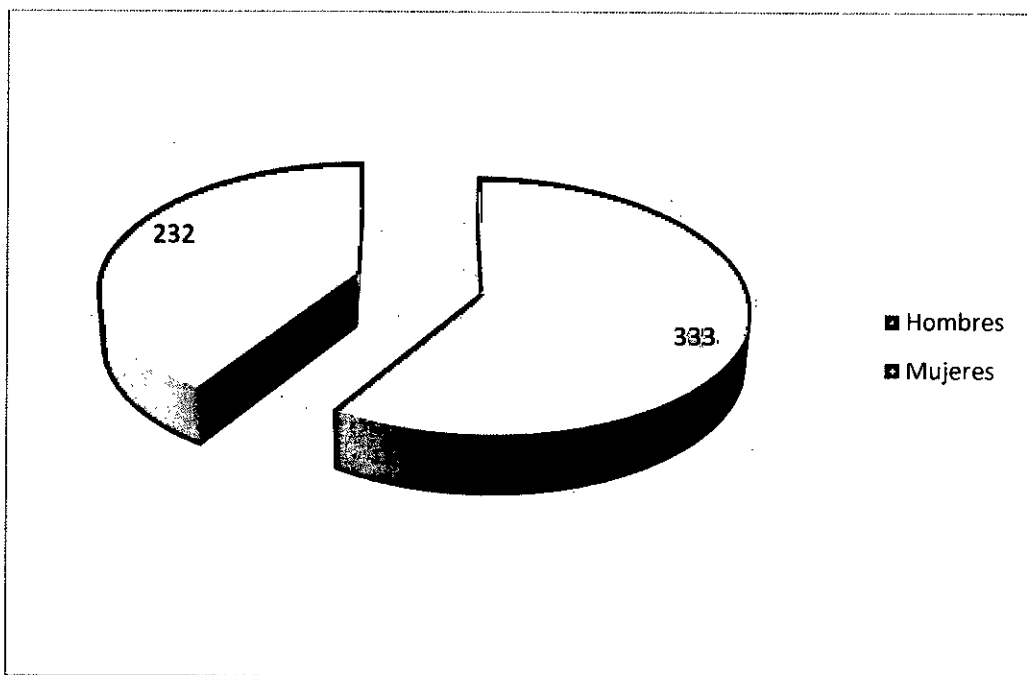
Fuente de información: estadísticas HNERM

Tabla N° 4.2 Casos según sexo de pacientes post operados inmediatos de DVE del año 2013-2015 del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

SEXO	# Casos	Porcentaje
Hombres	333	59.1%
Mujeres	232	40.1%
	565	100%

Fuente de información: estadísticas HNERM

El sexo masculino el número de casos es el 59.1% y el de mujeres es de un 40.1% en el año 2013-2015.



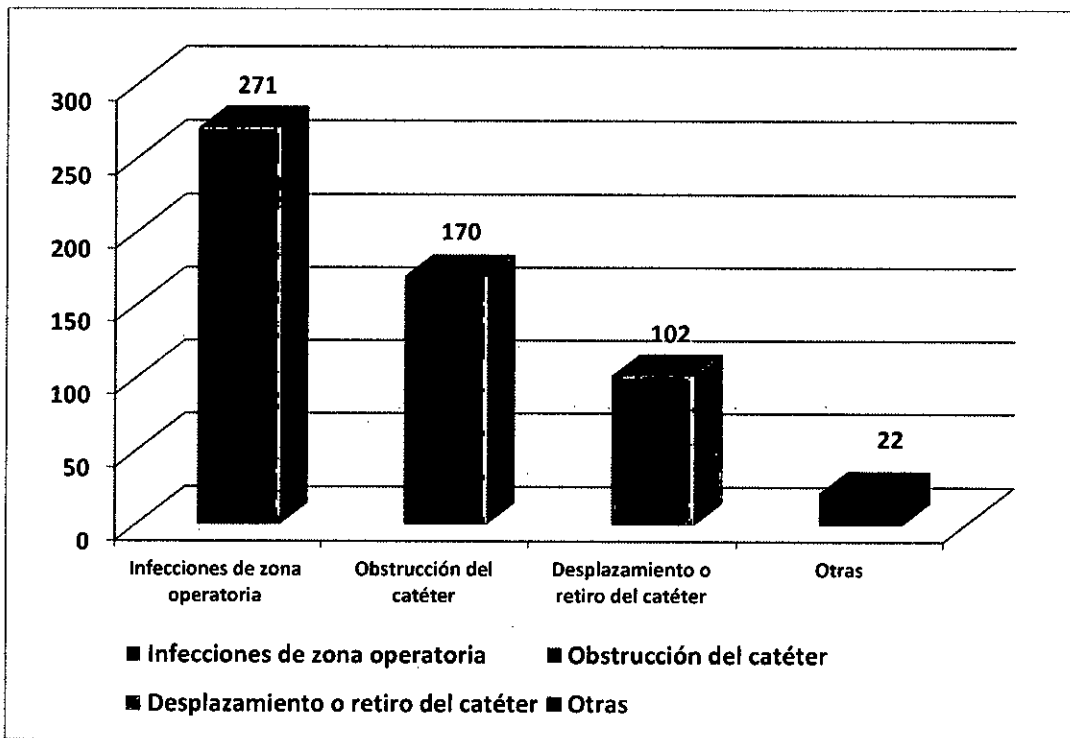
Fuente de información: estadísticas HNERM

Tabla N° 4.3: Complicaciones más frecuentes de pacientes post operados inmediatos de DVE del año 2013-2015 del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

	Porcentaje	Total
Infección de zona operatoria	48%	271
Obstrucción del catéter	30%	170
Desplazamiento o retiro del catéter	18%	102
Otros	4%	22
		565

Fuente de información: estadísticas HNERM

Dentro de las complicaciones más frecuentes en este tipo de cirugía es la infección de zona operatoria en un porcentaje de 48% haciendo un total de 271 casos que las demás complicaciones.



Fuente de información: estadísticas HNERM

V. CONCLUSIONES

- a) El mayor porcentaje de pacientes pos operados inmediatos en la derivación ventricular externa pertenecen al grupo etéreo masculino teniendo complicaciones frecuentes como infecciones en zonas operadas, obstrucciones y mal manejo de catéter y otros y con menos incidencias en mujeres.

- b) Con el manejo adecuado y una buena medida de bioseguridad, podemos dar una correcta manipulación a los catéter y así poder evitar posibles complicaciones y por ende alargar la estancia hospitalaria del paciente por eso la importancia fundamental es la labor de la enfermera brindando el cuidado y manejo adecuado.

- c) Educar al paciente y a sus familiares dándoles indicaciones y precauciones antes del alta para sus cuidados en el hogar y así evitar posibles complicaciones.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda a la Institución implementar más salas de operaciones para los pacientes que se programen porque muchas veces se pierden turnos operatorios por cirugías prolongadas aumentando las estancias hospitalarias de los pacientes, en los cuales aumenta su ansiedad y temor por la demora en su cirugía.

- b) Se pide a la Institución mejorar recursos humanos para brindar un mejor servicio al paciente operado de cirugía por las necesidades que cada uno de ellos presentan, además de que se pueda tener los recursos materiales necesarios para no postergar las cirugías.

- c) En vista que las intervenciones quirúrgicas son más frecuentes en las personas de los adultos mayores se recomienda a la jefatura del Servicio 2B de cirugía, realizar programas de educación, tanto para el paciente como para el familiar acerca de las cirugías y así poder colaborar con su pronta recuperación y evitar estancias prolongadas y tener una alta precoz con las debidas indicaciones a sus familiares para su pronta recuperación en el hogar.

VII. REFERENCIALES

1. PFAUSER b, P.B. Treatment of staphylococcal ventriculitis associated with external cerebrospinal fluid drains: a prospective randomized trial of intravenous compared with intraventricular vancomycin therapy. *J Neurosurg* . 2003;4(1048): 98.
2. TUNKEL, Allan; et al. Practice Guidelines for the Management of Bacterial Meningitis. *Clinical Infectious Diseases* [Internet] 2004 [citado 02 Mar 2016]; 39(9):1267-1284. Disponible en: <http://cid.oxfordjournals.org/content/39/9/1267.full>
3. FLIBOTTE, J. Continuous antibiotic prophylaxis and cerebral spinal fluid infection in patients with intracranial pressure monitors. *Neurocritical Care* [Internet] 2004 [citado 02 Mar 2016]; 1(1) 61-68. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1385/NCC:1:1:61>
4. HADER, Walter; et al. The value of Routine Cultures of the Cerebrospinal Fluid in Patients with External Ventricular Drains Neurosurgery. [Internet] 2000 [citado 02 Abr 2016]. 46(5):1149-53 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10807247>
5. PARK, Paul; et al. Risk of Infection with Prolonged Ventricular Catheterization. *Neurosurgery* [Internet] Set 2004 [citado 02 Abr 2016].55(3):594-601. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15335426>
6. DÁVALOS, Long, Málaga, Germán. El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad prevalente olvidada y desatendida. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* [internet]. 2014 [citado 02 Mar 2016] 31(2); 400-401. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000200040&lng=es&nrm=iso. ISSN 1726-4634.
7. CASTAÑEDA A, Beltrán G, Casma R, Ruiz P, Málaga G. Registro de pacientes con accidente cerebro vascular en un Hospital público del Perú, 2000-2009 . *Rev Perú Med Exp Salud Publica*. [internet]. 2011

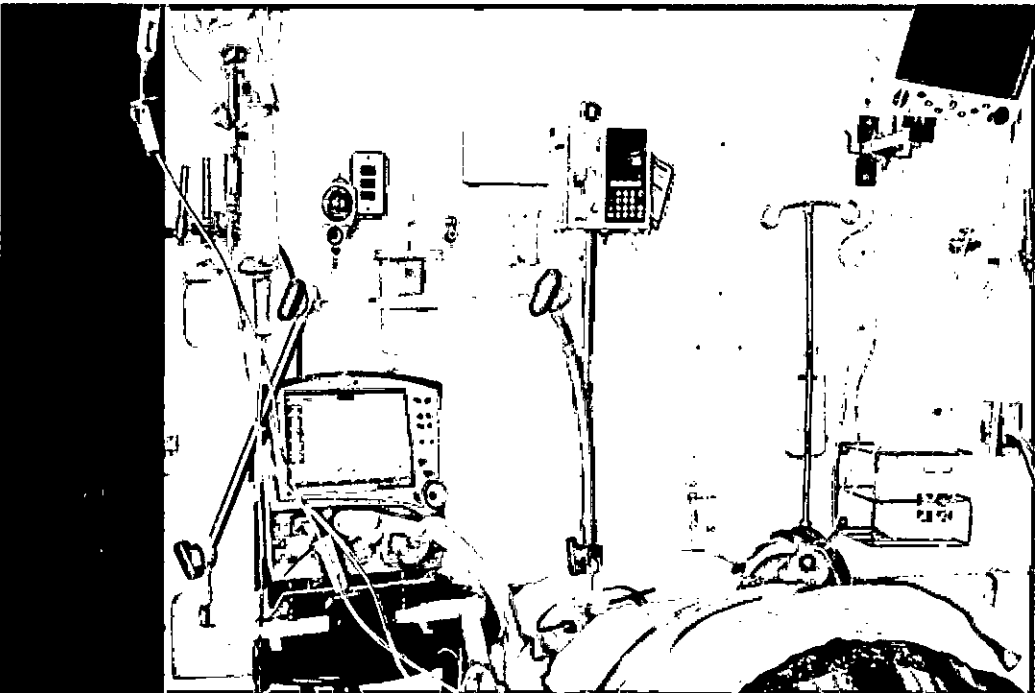
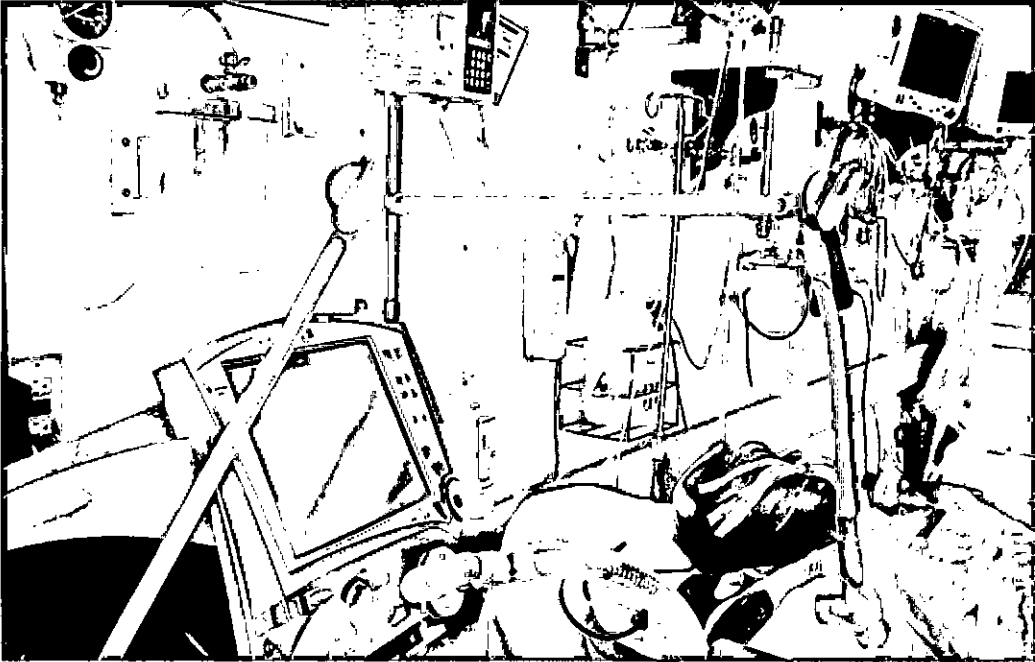
[citado 02 Mar 2016] 28(4):623–630 disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=938026&pid=S1726-4634201400020004000003&lng=es

8. GRILLE, & otros (2007) Manejo del drenaje ventricular externo en la unidad de cuidados intensivos. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
9. TARRILLO (2007) Factores preoperatorios, peri operatorios y postoperatorios tempranos (7 días) presentes en pacientes sometidos a Craneotomía Descompresiva Primaria en la experiencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Es Salud. Perú.
10. CARRIÓN (2014). Cuidados en un paciente tras craneotomía descompresiva por infarto en arteria cerebral media. Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería de Valladolid
11. RIVAS & Otros (2016) Riesgo de ventriculitis Asociado al cuidado del drenaje ventricular externo en pacientes neurológicos. España
12. CAVANAGH, S. "Modelo de Orem. Aplicación práctica". Barcelona 1993: Masson - Salvat. Enfermería
13. BRUNHER L.S. Suddart. Teoría de Jean Watson. 2001. Disponible en:<http://www.ilustrados.com/tem/9818/Aplicación-Teoria-Jean-Watson-cuidado-humanizado.html> (último acceso 23 agosto 2016)
14. BURGOS María. Cuidados de enfermería en el post operatorio .- 3er año Enfermería Universitaria 2014
15. SÁNCHEZ Isla, José Ramón y Valdespina Aguilar, Carlos. Apuntes de Metodología y Terminología NANDA-NOC-NIC..2013
16. LOZIER A, Sciacca R, Romagnoli M, Connolly E. Ventriculostomy-related infections: a critical review of the literature. Neurosurgery. [internet]. Feb 2008 [citado 02 Mar 2016] 62(2) 688-700. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12182415>
17. BEER R, Lackner P, Pfausler B, Schmutzhard E. Nosocomial ventriculitis and meningitis in neurocritical care patients. J Neurol.

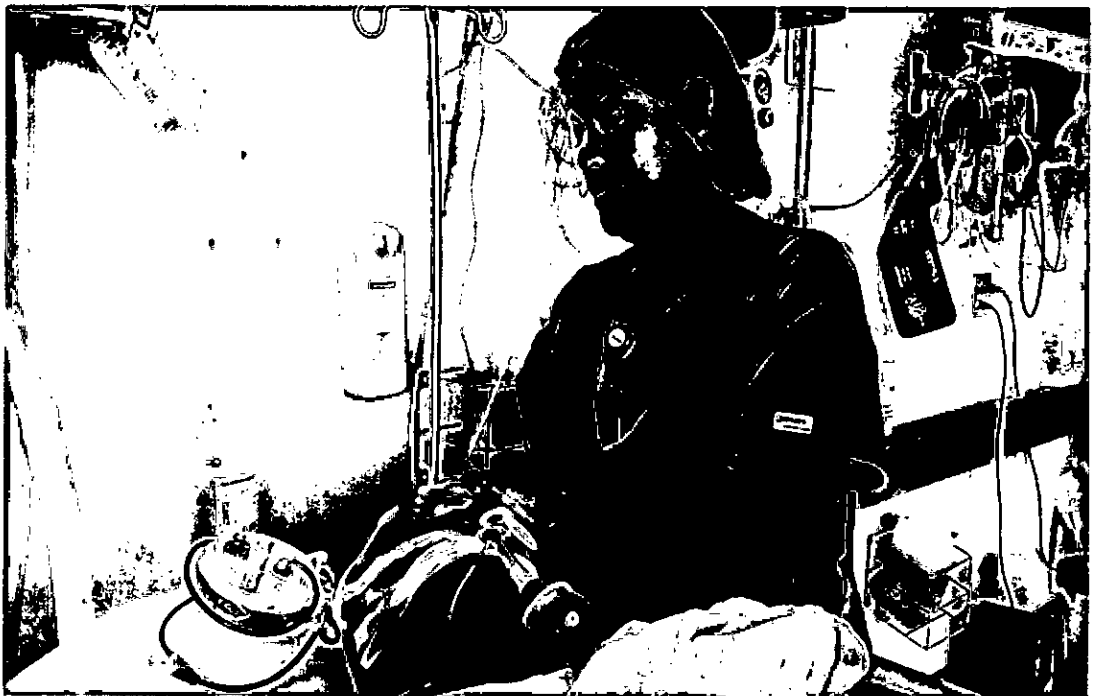
- [internet]. 2008 [citado 02 Mar 2016] 255(11): 1617-24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19156484>
18. BRAXTON E., et. al. Role of biofilms in neurosurgical device-related infections. *Neurosurg Rev.* [internet]. 2005 [citado 12 May 2016], 28(4):249-55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15991051>
 19. STEVENS N, Greene C, O'Gara J, Humphreys H. Biofilm characteristics of *Staphylococcus epidermidis* isolates associated with device-related meningitis. *J Med Microbiol.* [internet]. 2009 [citado 12 May 2016] 58(7):855-62. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19502363>.
 20. STOODLEY P, et al. Direct demonstration of *Staphylococcus* biofilm in an external ventricular drain in a patient with a history of recurrent ventriculoperitoneal shunt failure. *Pediatr Neurosurg.* [internet]. 2010 Aug; [citado 12 May 2016] 46(2):127-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939992/>
 21. DONLAN RM, Costerton JW. Biofilms: Survival Mechanisms of Clinically Relevant Microorganisms. *Clin Microbiol Rev.* [internet]. 2002 Apr; [citado 12 May 2016] 15(2):167-93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11932229>
 22. RAAD I, Costerton W, Sabharwal U, Sacilowski M, Anaissie E, Bodey G. Ultra structural analysis of indwelling vascular catheters: a quantitative relationship between luminal colonization and duration of placement. *J Infect Dis.* [internet]. 1993 [citado 12 Feb 2016] ;168(2):400-407. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8335977>
 23. BAEZ Hernández, Francisco. Conceptos y significados de los cuidados de enfermería, derivación ventricular externa en pacientes post operados. Universidad de la Sabana. México 2008

ANEXOS

ANEXO N° 01 Recepción del paciente



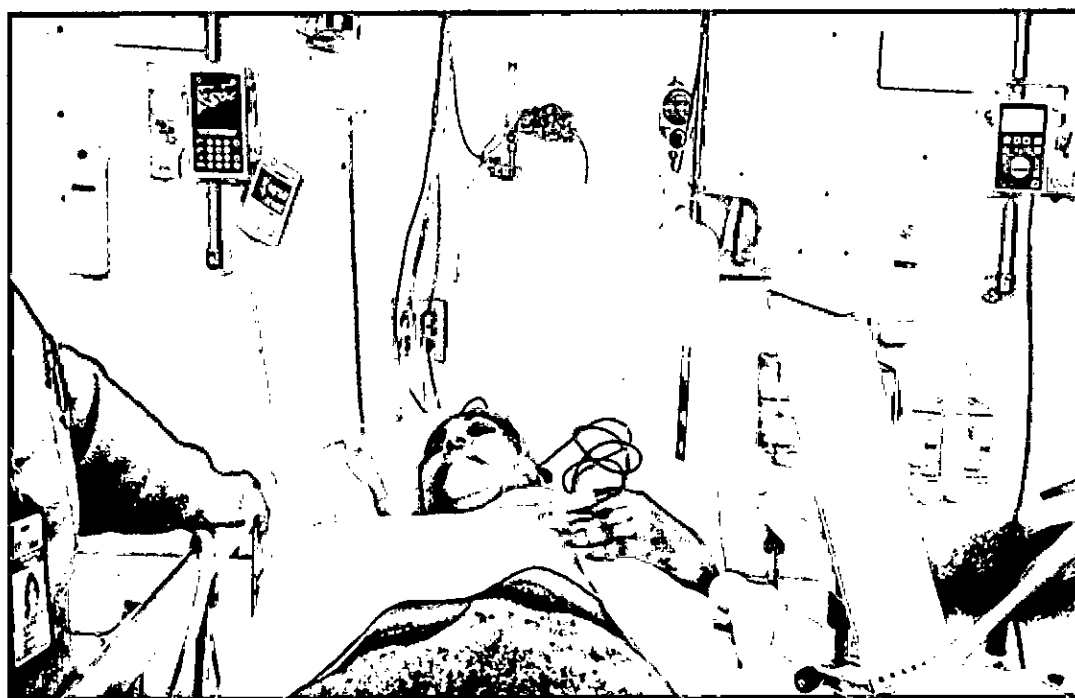
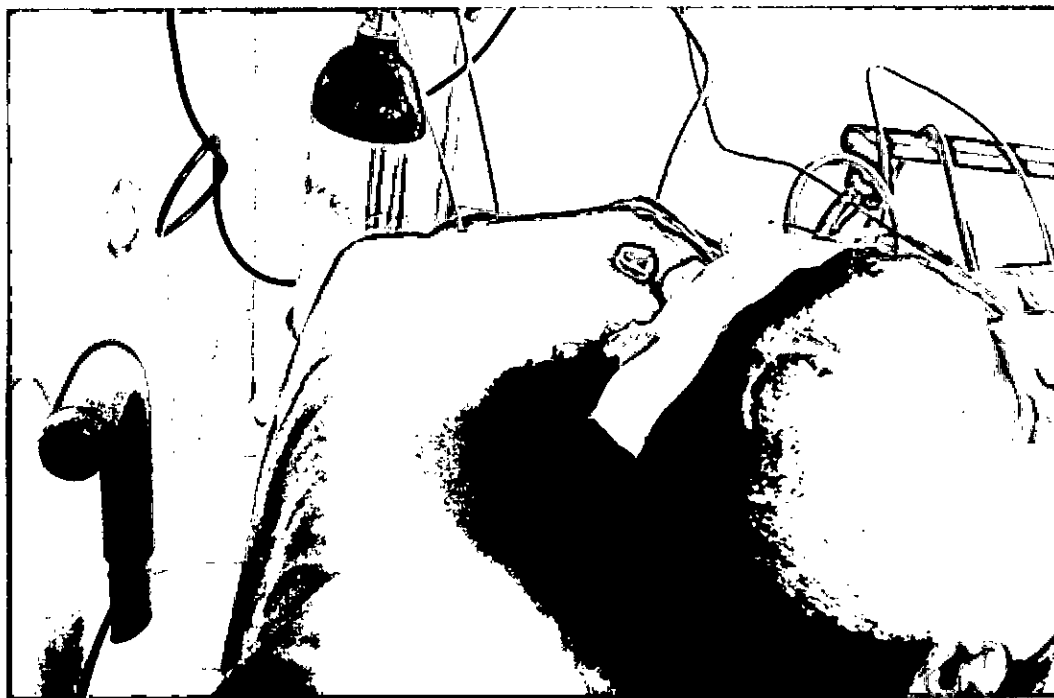
ANEXO N° 02 Monitorización y evaluación del paciente



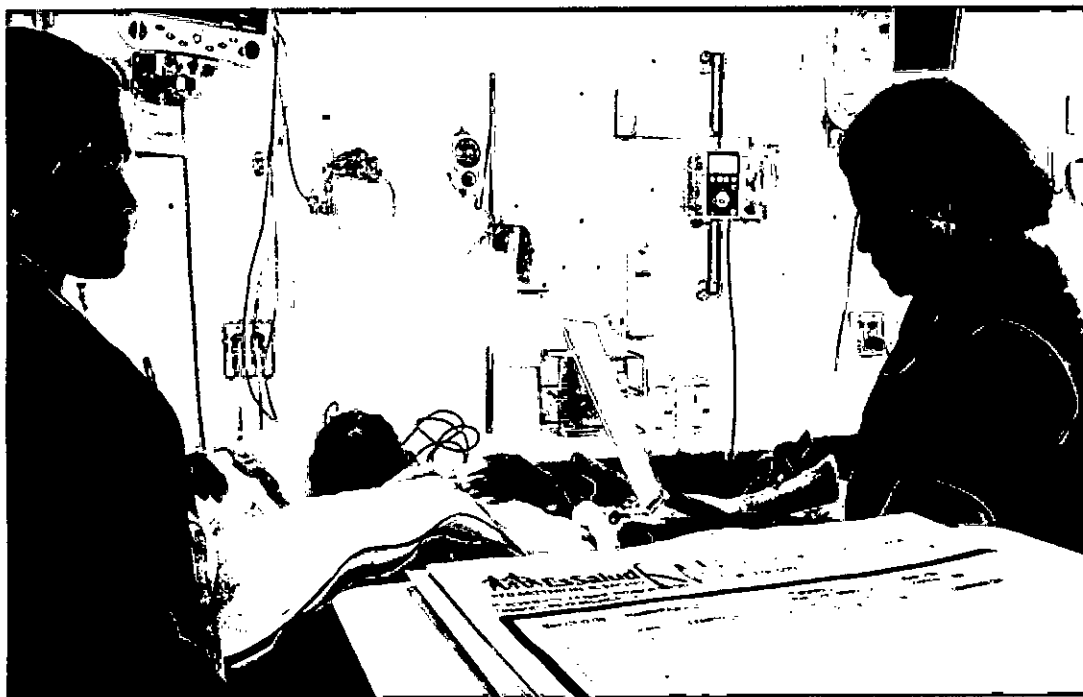
ANEXO N° 03 Verificación de drenajes



ANEXO N° 04 Cuidados de Enfermería



ANEXO N° 05 Alta del paciente



Alta del paciente



Fuente: Elaboración propia, 2016