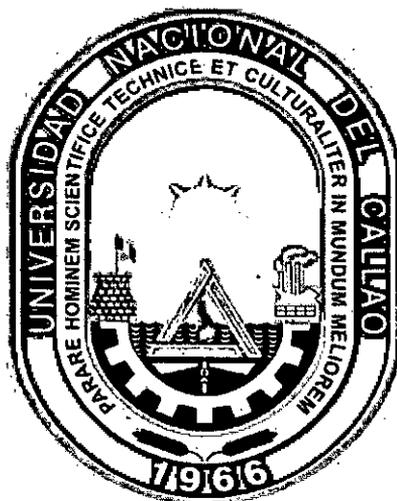


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTOPERADOS DE
CRANEOTOMÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES
DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA ESSALUD PIURA,
2014- 2016**

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

ELIZABET DORIS RAMIREZ GUZMÁN

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY PRESIDENTE
- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO SECRETARIA
- MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA VOCAL

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 240

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1697-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	25
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.1 Recolección de Datos	27
3.2 Experiencia Profesional	27
3.3 Procesos Realizados del Informe	28
IV. RESULTADOS	31
V. CONCLUSIONES	35
VI. RECOMENDACIONES	36
VII. REFERENCIALES	37
ANEXOS	39

INTRODUCCIÓN

La Craneotomía es la la primera intervención quirúrgica que realizó el hombre fue la trepanación craneal, ya fuera con propósitos médicos, místicos o incluso, en ocasiones, punitivos. En la actualidad son a menudo una operación de emergencia que es realizada en los pacientes que sufren de lesiones cerebrales o de Traumatismo encéfalo craneano (TEC). (1)

El presente informe titulado “Cuidados de enfermería en pacientes post operados de craneotomía en el servicio de cirugía especialidades del hospital José Cayetano Heredia Essalud Piura 2014 - 2016” el mismo que se desarrolla dentro de un complejo contexto de sobrecarga laboral, con pacientes con diversas patologías y postración prolongada con múltiples demandas de cuidados en sus distintas necesidades tales como higiene. Vestido, alimentación eliminación, hidratación, movimiento motor, entre otros, además del desabastecimiento de insumos en la mayor parte del tiempo, los cuales disminuyen la calidad del cuidado en muchas de las ocasiones.

El estudio consta de Capítulo I. Introducción: descripción de la situación problemática, objetivo y justificación. Capítulo II. Marco Teórico: antecedentes, marco conceptual y definición de términos. Capítulo III. Experiencia Profesional: recolección de datos, experiencia profesional, procesos realizados en el tema del informe. IV. Resultados. Capítulo V: Conclusiones. VI. Recomendaciones. VII. Referenciales y Anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

A nivel mundial, anualmente cerca de 4.5 millones de personas sufren una lesión cerebral traumática, llegando a hospitalizarse más de 1.5 millones de personas y 370.000 sufren una lesión cerebral traumática mortal debido a diversos accidentes. (2)

- **A nivel Latino Americano:**

En Loja 2015 El 48% de los pacientes postoperados de craneotomía descompresiva presentan una evolución favorable, seguido 19% de los pacientes que en meses posteriores presentan una crisis convulsiva el 15% fallecen, teniendo el 7 % respectivamente quienes presentan déficit neurológico y otros hallazgos luego de la craneotomía como por ejemplo disminución de la agudeza visual, hemiparesia, o algún tipo de afasia motora.

En conclusión: en cirugías programadas mayor a las 4 horas solo el 33% de los pacientes presentan una evolución favorable, seguido 14% que fallecen, 11% presentan crisis convulsiva, y 11% que dan con un déficit neurológico, o existe la presencia de higromas además que el 6 % respectivamente presentan ACV Hemorrágico y otros hallazgos luego de la craneotomía como por ejemplo disminución de la agudeza visual, hemiparesia, o algún tipo de afasia motora o del lenguaje.

- **A nivel Nacional:**

En el Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2014, se determinó que el 81.3% de los pacientes fueron de sexo masculino, edad promedio de 53 años. De los pacientes intervenidos, 88% contaban con seguro médico; de estos, 78.7% contaban con SIS; 9.3%, con SOAT; y 12% sin seguro, de los cuales 6.7% fueron afiliados al SIS en emergencia. Respecto del evento causante del traumatismo, la principal causa fue caídas en 60% de los pacientes, 24% por accidentes de tránsito, 13.3% debido a golpe y 2.7% por proyectil de arma de fuego. La región con mayor incidencia de traumatismos craneoencefálicos fue Lima. En cuanto al tipo de lesión producido, 64% de los pacientes fueron intervenidos por hematoma subdural, 17.3% por hematoma epidural, 10.7% por

fractura de cráneo y 2.7% presento hematoma mixto (epidural y subdural simultáneamente). Conclusión: La principal causa de intervención por traumatismo craneoencefálico fueron las caídas. El tipo de lesión observado en mayor porcentaje fue el de Hematoma subdural subagudo. Se encontró relación entre estancia hospitalaria e incidencia de complicaciones intrahospitalarias. (4)

1.2. OBJETIVOS

“Describir los Cuidados de enfermería en pacientes pos operados de craneotomía en el servicio de cirugía especialidades del Hospital III José Cayetano Heredia Essalud Piura, 2014 – 2016”

1.3. JUSTIFICACIÓN:

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los Cuidados de enfermería en pacientes post operados de craneotomía en el servicio de cirugía especialidades del Hospital III José Cayetano Heredia Essalud Piura, 2014 – 2016.

Motivo por el cual me interesé en realizar el presente informe de experiencia profesional en el cuidado del enfermero al paciente post operado de craneotomía dado que se convierte en un reto y en una situación de satisfacción profesional al ver la evolución favorable tras minuciosos cuidados de nuestro grupo profesional y la cercanía y apoyo de sus familiares que se involucran en su cuidado con mucha esperanza y con la alteración completa de su dinámica familiar. Sin embargo, sus lentos pero progresivos cambios alientan al equipo de salud a trabajar con ello con mucho empeño.

- **Nivel Teórico:** El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos que deben tener el personal profesional y no profesional para el cuidado del paciente post operado de craneotomía.

Se brindará educación al familiar o cuidador para que ayuden en la mejoría del paciente; como es en la movilización, alimentación, prevención de úlceras por decúbito

- **Nivel Social:** Beneficiara a las enfermeras; porque la interrelación enfermera, paciente y familia ayudara a lograr buenos resultados en la mejoría del paciente
- **Nivel Práctico:** El presente informe permitirá aumentar los conocimientos a las enfermeras, familia cuidador sobre la técnica que deben tener para movilizar, alimentar al paciente.
- **Nivel Económico:** Los pacientes post operados de craneotomía son un gran problema para la salud pública como para la familia por la morbilidad que ocasiona por las largas estancias hospitalarias del paciente, con incremento de costos sanitarios, y ocasionan en el paciente pérdida de autonomía, independencia y autoestima.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

a) Antecedentes Internacionales:

Corral Ansa Luisa, Universidad de Barcelona, 2011. En su investigación titulada "Variables que inciden en la morbimortalidad de los pacientes con traumatismo Craneoencefálico grave y su relación con la tomografía computarizada. un estudio de pacientes consecutivos ingresados en las unidades de críticos del Hospital Universitario de Bellvitge", Tuvo como objetivo estudiar los factores de riesgo clínicos y radiológicos en los pacientes adultos con TCE grave que afecten a la supervivencia del paciente y a las secuelas neurológicas a los seis y doce meses. Valorar la evolución clínica de los pacientes que han sufrido un TCE grave a los seis y doce meses. Evaluar complicaciones a corto plazo en los pacientes adultos con TCE grave incluyendo infecciones, complicaciones hemodinámicas, respiratorias, endocrinometabólicas, hemorrágicas y renales, Análisis detallado de la TC y su influencia en la mortalidad y morbilidad. Los resultados fueron las características demográficas de la muestra son: se presentan predominantemente en pacientes jóvenes, en hombres y el mecanismo de lesión más frecuente es el accidente de tráfico. Factores pronósticos: los factores de mal pronóstico iniciales son la edad, el GCS, las pupilas alteradas y la TC. (2)

Cuesta Vásquez José Sebastián (Loja 2015) en su tesis titulada "La Craneotomía Descompresiva en el manejo del trauma cráneo encefálico en pacientes ingresados en hospitalización y cuidados intensivos del Hospital Isidro Ayora en el periodo octubre 2014 octubre 2015". El propósito principal de este fue demostrar el beneficio de la craneotomía descompresiva en los pacientes con diagnóstico de TCE grave; misma que fue de carácter descriptivo, comparativo, prospectivo y documental; la información fue recogida de la base de datos de centro quirúrgico e historias clínicas de los pacientes con TCE grave atendidos y referidos a la unidad de cuidados intensivos y hospitalización, obteniéndose

como resultados que de 64 pacientes con TCE grave estudiados, el 44% se realizó craneotomía descompresiva en las primeras 4 horas y el 56% se realizó en cirugías programadas mayores a 4 horas. En conclusión la craneotomía descompresiva es el tratamiento electivo eficaz, que se realiza durante las primeras 4 horas en relación al tiempo de diagnóstico y tratamiento clínico obteniéndose mejores resultados en la evolución de los pacientes.

El 48% de los pacientes postoperados de craneotomía descompresiva presentan una evolución favorable, seguido 19% de los pacientes que en meses posteriores presentan una crisis convulsiva el 15% fallecen, teniendo el 7 % respectivamente quienes presentan déficit neurológico y otros hallazgos luego de la craneotomía como por ejemplo disminución de la agudeza visual, hemiparesia, o algún tipo de afasia motora.

En cambio en cirugías mayor a las 4 horas solo el 33% de los pacientes presentan una evolución favorable, seguido 14% que fallecen, 11% presentan crisis convulsiva y 11% que dan con un déficit neurológico, o existe la presencia de higromas además que el 6 % respectivamente presentan ACV Hemorrágico y otros hallazgos luego de la craneotomía como por ejemplo disminución de la agudeza visual, hemiparesia, o algún tipo de afasia motora o del lenguaje. (3)

b) Antecedente Nacional:

Villarreal Hifume, Carmen (Lima 2016), en su trabajo "Características Epidemiológicas de los traumatismos craneoencefálicos intervenidos quirúrgicamente en el Hospital nacional Dos de Mayo". 2014 tuvo como objetivo Determinar las características epidemiológicas de los traumatismos craneoencefálicos intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2014. el Material y Método: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal. Se empleó un universo de 75 historias clínicas correspondiente a pacientes mayores de 15 años intervenidos quirúrgicamente por traumatismo craneoencefálico en sala de operaciones de emergencia. Para el análisis de los datos obtenidos se empleó el programa estadístico SPSS Statistics 23.0 para elaborar tablas de frecuencia y de descripción. Resultados: 81.3% de los pacientes fueron de sexo masculino, edad promedio de 53.53 años. De los pacientes

intervenidos, 88% contaban con seguro médico; de estos, 78.7% contaban con SIS; 9.3%, con SOAT; y 12% sin seguro, de los cuales 6.7% fueron afiliados al SIS en emergencia. Respecto del evento causante del traumatismo, la principal causa fue caídas en 60% de los pacientes, 24% por accidentes de tránsito, 13.3% debido a golpe y 2.7% por proyectil de arma de fuego. La región con mayor incidencia de traumatismos craneoencefálicos fue Lima. En cuanto al tipo de lesión producido, 64% de los pacientes fueron intervenidos por hematoma subdural, 17.3% por hematoma epidural, 10.7% por fractura de cráneo y 2.7% presentó hematoma mixto (epidural y subdural simultáneamente). En tanto que de los hematomas subdurales la mayor frecuencia se presentó en los casos subagudos, en 41.7%, con un promedio de 9.3 días desde el evento traumático hasta el ingreso del paciente a sala de operaciones, y una media de 93.3 minutos como tiempo operatorio. Según la ubicación anatómica 23.3% presentó lesión Frontotemporoparietal derecho. Se presentó complicaciones intrahospitalarias en 26.7%, de los cuales 71.4% estuvo hospitalizado en UCI, quienes presentaron complicaciones en su totalidad. Por último, 9.3% de los pacientes fallecieron durante su estancia hospitalaria. Conclusión: La principal causa de intervención por traumatismo craneoencefálico fueron las caídas. El tipo de lesión observado en mayor porcentaje fue el de Hematoma subdural subagudo. Se encontró relación entre estancia hospitalaria e incidencia de complicaciones intrahospitalarias. (4)

Espinoza Verdugo Maite, "Traumatismo Encefalocraneano en niños atendidos en un Hospital Nacional de Lima, Perú 2004-2011". Con el objetivo de describir las características del traumatismo encéfalocraneano (TEC) en niños atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre los años 2004 y 2011 se realizó un estudio de serie de casos. Se incluyeron 316 menores de 14 años, la mediana de edad fue 4 ± 3 años. El 63,9% fueron hombres. Las principales causas del TEC fueron las caídas (80,1%), y los accidentes de tránsito (10,4%). El 42,4% (134/316) ocurrieron durante horas de la tarde. Hubo mayor frecuencia de accidentes en el hogar (59,2%). El hematoma epidural (26,9%) fue la lesión intracraneal más frecuente. Se requirió manejo en cuidados intensivos en 15,8% e intervenciones quirúrgicas en 14,2% de los casos. Se concluye que las caídas en el hogar fueron la causa principal de TEC y el hematoma epidural la lesión intracraneal más común donde son los menores de 5 años los más afectados. (5).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. CRANEOTOMÍA.

Craneotomía, derivado de las palabras griegas Kranion (cráneo) y Ektomia (extirpación quirúrgica), es un término empleado para referirse a la intervención quirúrgica donde se reseca un fragmento óseo del cráneo para acceder a la cavidad craneal exponiendo así el cerebro para diversos tratamientos: Extirpar un tumor, Derivación ventricular, Abscesos encapsulados, Aspiración de un hematoma o coagulo (intracerebral, subaracnoidea, epidural, subdural), Pinzamiento de Aneurisma, Hidrocefalia, Descompresiones Terapéuticas o Descompresiones de la presión Intracraneal por Traumatismos óseos o Hidrocefalia.

TIPOS DE CIRUGÍA

- Evacuatoria: Abscesos, hematomas
- Exeresis: Tumores cerebrales, malformaciones arteria venosas (MAV)
- Reparadora: Duramadre
- Vascular: Aneurismas

COMPLICACIONES: Infecciones, Hemorragias, Complicaciones respiratorias, Hipertensiones Intracraneana (PIC).

VÍAS DE ACCESO QUIRÚRGICO (CRANEOTOMÍA)

- a) Por arriba de la Tienda del cerebelo: Craneotomía supratentorial.
- b) Por debajo de la tienda del cerebelo infratentorial o fosa posterior, se emplea una vía de acceso transfenoidal para llegar a la hipófisis.

1.- CORRECCIÓN DE ANEURISMA CEREBRAL.

Para un paciente con aneurisma cerebral, el tratamiento Quirúrgico representa el único método seguro para evitar la ruptura inicial o la repetición de la hemorragia. El cirujano elige las técnicas dependiendo de la forma y localización del aneurisma. Este procedimiento incluye:

-El pinzamiento de la arteria afectada.

-El envolvimiento de la pared del aneurisma con material biológico o sintético, a la aplicación de una grapa o ligadura.

2.- ASPIRACIÓN DE UN HEMATOMA INTRACRANEAL. Un hematoma intracraneal: ya sea epidural, subdural o intracerebral, requieren la cirugía para salvar la vida y controlar la hemorragia y disminuir la presión intracraneal, para evitar el daño irreversible por la isquemia cerebral.

a) HEMATOMA EPIDURAL.- Se desarrolla entre el cráneo y la duramadre en el espacio epidural, la rápida aspiración y la ligadura del sitio de la hemorragia por lo general se hace mediante la craneotomía.

b) HEMATOMA SUBDURAL.- En el cual la sangre se colecta entre la duramadre y la membrana aracnoides se aspira a través de los orificios (si el coagulo es liquido) o por medio de una craneotomía (si es sólido).

· Un hematoma subdural agudo y subagudo requieren de la rápida aspiración.

· Hematoma subdural crónico depende del estado neurológico del paciente.

c) HEMATOMA INTRACEREBRAL.- Que incluye hemorragia directamente en el tejido cerebral, requiere de aspiración inmediata a través de una craneotomía.

d) HEMATOMA SUBARACNOIDEO.- Hemorragia en los espacios subaracnideo, requiere de aspiración inmediata a través de una craneotomía.

COMPLICACIONES:

- Infección grave.
- Convulsiones.
- Problemas fisiológicos. Inmovilidad prolongada
- Edema cerebral.
- Coma.

- Muerte.

3.- DECOMPRESIÓN TERAPÉUTICA: INSERCIÓN DE UN CATÉTER VENTRICULAR O VÁLVULA SUB ARACNOIDEA

Además de vigilar la presión intracraneana, el catéter ventricular y la válvula subaracnoidea permite el drenaje del líquido cefalorraquídeo del cerebro, reduciendo así la presión intracraneana. La inserción de ambos dispositivos es similar a través de un orificio en el cráneo.

- EL catéter ventricular, insertado en ventrículo lateral, consiste en una sonda pequeña de polietileno y una bolsa; brinda mediciones precisas de la PIC, y permite el drenaje continuo del LCR.
- La válvula subaracnoidea, insertada en el espacio subaracnoideo, es un tornillo pequeño de acero con una punta cerosa, esta se puede obstruir con facilidad.
- Ambos dispositivos poseen un traductor que convierte la presión intracraneana en impulsos eléctricos para la vigilancia constante.

PROPOSITO:

- Vigilar la presión intracraneana (PIC)
- Drenar el exceso de líquido cefalorraquídeo.

COMPLICACIONES:

- Complicaciones PIC.
- Cefalea.
- Trastornos visuales.
- Cambios pupilares.
- Cambios en patrones respiratorios.
- Infecciones: meningitis, ventriculitis.
- Infecciones de la herida y enrojecimiento en el sitio de inserción.

- Presencia de secreción a través de la herida.
- Herniación cerebral.

4.- HIDROCEFALIA: DERIVACION VENTRICULAR: Este procedimiento quirúrgico se utiliza en pacientes adultos y pediátricos para tratar la hidrocefalia incluye la inserción de un catéter en el sistema ventricular para drenar líquido cefalorraquídeo (LCR) a otra parte del cuerpo.

PROPOSITO:

- Disminuir la PIC y ayudar a evitar el daño cerebral.

5.- TUMORES CEREBRALES: Se trata de neoplasias intracraneales, que ocupan espacio en tal zona y tienden a aumentar la presión dentro de la bóveda craneal, en adultos, la mayor parte se origina en las células gliales (que conforman las estructuras de sostén y apoyo en el encéfalo y medula espinal). Tenemos: los gliomas, adenomas hipofisarios, angiomas, neuroma acústico

Tratamiento: Es quirúrgico se intenta eliminar todo el tumor o la mayor parte de masa sin gravar el déficit neurológico o lograr alivio por extirpación parcial de la masa, y decompresión, además se puede utilizar la radioterapia, la quimioterapia o ambos métodos combinados. (5)

2.2.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

FASE PREOPERATORIA

Valoración:

Es muy importante que a los pacientes que van a ser sometidos a cirugía intracraneal se les realice una valoración neurológica y fisiológica basal preoperatorio y se registre para poder comparar su estado preoperatorio con el postoperatorio. En dicha valoración, además de todos los problemas incluidos en la cirugía general, hay que prestar atención a la identificación de todo déficit neurológico, los signos de posible HIC, la medición periódica del nivel de

consciencia mediante la escala de Glasgow, el estado y reacción pupilar, alteraciones visuales o en el habla, la función motora y reflejos. De esta valoración puede resultar la detección de un estado de gravedad que requerirá los cuidados necesarios, los cuales, en muchas ocasiones, pueden ser mayores que los de la fase postoperatoria, pues en no pocas ocasiones estos enfermos estarán ingresados en servicios de Medicina Intensiva.

La preparación emocional del individuo y la familia, que suelen estar bastante preocupados por los riesgos de la cirugía intracraneal, siendo necesario señalarle todo lo que le espera y prevé tras la operación: apósito en la cabeza, hematomas periorbitarios, algún déficit neurológicos, intubación endotraqueal, etc.

Plan de cuidados:

1. Ansiedad relacionada con la hospitalización, la intervención quirúrgica y los efectos negativos que se percibe tendrá sobre el estilo de vida.

Objetivo: No existe ansiedad o está disminuida.

Actividades de Enfermería:

- Aclarar los efectos de la enfermedad, la necesidad de la intervención y los efectos positivos de ésta: Esta información puede ayudar al paciente a aceptar la necesidad de la intervención y a prepararse psicológicamente.

- Explicar la experiencia postoperatoria y la temporalidad del déficit neurológico y el aspecto físico posterior del enfermo (cabeza vendada, edemas y equimosis, alteración pasajera del estado mental, algunos déficit neurológicos. El conocimiento acerca de lo que debe esperar puede reducir la ansiedad asociada a lo desconocido.

- Informar si tras la intervención será necesaria otras formas de comunicación y adiestrarlo en ellas.

La información y preparación puede reducir la ansiedad.

- Conocer la información dada por los médicos al enfermo y sus familiares, con objeto de responder de forma pertinente a las cuestiones que estos planteen.

- Favorecer el contacto familiar, mediante relajación del horario de visitas y ayudas en el cuidado del enfermo.

- Actividades lúdicas y recreativas: Programadas con el resto de los enfermos que se encuentren capacitados, para conseguir un grado de distracción que disminuya la ansiedad.

- En cuanto a la preparación del campo quirúrgico (rasurado y desinfección del cuero cabelludo), el personal de enfermería debe valorar el efecto de este cambio de imagen sobre el paciente, procurando, si es posible, medidas alternativas. Si el rasurado es inevitable, se le explicará convenientemente, aconsejándole cortar el pelo previamente y valorar la posibilidad de guardarlo para posterior preparación de pelucas. El rasurado se efectuará en el quirófano y lo más inmediatamente posible a la intervención.

2. Temor, relacionado con la intervención quirúrgica, las características de la patología y las consecuencias posteriores de ambas.

Objetivo: El enfermo conoce las características de su enfermedad e intervención.

Manifiesta no tener temor.

Actividades de Enfermería:

- Informarle sobre la intervención quirúrgica y los efectos de ésta sobre la patología, así como las posibilidades de curación de la misma y mejoría de la situación en el postoperatorio.

- Conocer la información dada por los médicos al enfermo y sus familiares, con objeto de responder de forma pertinente a las cuestiones que estos planteen.

3. Dolor relacionado con lesión traumática o cefaleas.

Objetivo: No existirá dolor o este estará disminuido.

Actividades de Enfermería:

- Mantener la inmovilización.
- Proporcionarle ambiente tranquilo y relajado, evitando los ruidos y luz excesiva.
- Administración y control de los analgésicos prescritos.

Además de los cuidados y actividades comunes con toda intervención quirúrgica, el plan de cuidados deberá incluir las intervenciones específicas de su patología y estado, lo que en muchas ocasiones serán las mismas que durante la fase postoperatoria y a veces con mayor cuidado. Hay que procurar, también: comprobar la inclusión en la historia clínica de los estudios analíticos y pruebas preoperatorias, administrar los fármacos prescritos para prevenir las complicaciones postoperatorias (esteroides, anticonvulsivantes, etc.).

FASE POSTOPERATORIA

Además de todos los problemas y cuidados propios de cualquier otro paciente quirúrgico que se estudian ampliamente en otros capítulos, podemos encontrar: Cirugía craneal.

Plan de cuidados:

1. Dolor relacionado con lesión operatoria o cefaleas.

Objetivo: No existirá dolor o estará disminuido.

Actividades de Enfermería:

- Mantener la inmovilización prescrita.
 - Proporcionarle ambiente tranquilo y relajado, evitando los ruidos, luz excesiva y otros estímulos.
 - Administración y control de los analgésicos prescritos.
2. Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal, relacionada con hipertensión intracraneal.

Objetivos: Evitar, detectar y reducir en lo posible los problemas y complicaciones relacionadas con la HIC. Mantener la PIC dentro de los valores normales.

Actividades de Enfermería:

- Posición en decúbito supino con la cabeza elevada unos de 15° a 30°, sobre el plano horizontal, salvo que exista contraindicación, como por ejemplo traumatismo de columna o sospecha del mismo. En cirugía infratentorial, para evitar la presión de las estructuras supratentoriales, se colocará con la cabeza horizontal. En ambos casos, la cabeza deberá estar perfectamente alineada con el resto del cuerpo, sin flexión, extensión ni torsión del cuello para facilitar la circulación de retorno, reduciendo la congestión cerebro vascular.

- Si el enfermo lleva un tubo endotraqueal, asegurarse de que la cinta que lo sujeta no comprime las venas yugulares.

- Exhaustivo balance hídrico, procurando mantenerlo neutro o, incluso, ligeramente negativo, evitando en todo caso sobre hidratación para evitar el aumento del posible edema cerebral.

- Mantener la correcta ventilación para evitar hipercapnia que aumentaría el edema cerebral.

- Medición periódica de la saturación de O₂, mediante pulsoxímetro para detectar precozmente posible hipercapnia.

- Mantener al enfermo en un ambiente silencioso, poco iluminado y tranquilo.

- Evitar estímulos luminosos y auditivos, cambios posturales bruscos, esfuerzos (defecación), estimulación anal (digital, enemas), tos, maniobra de Val salva, sostener la respiración, flexión extrema de las caderas y rodillas, vómitos, etc.

- Animar al paciente a pedir ayuda para cambiarse postura.

- Pautar los cuidados de enfermería de manera que se proporcionen periodos de descanso.

- No aspirar secreciones. Si ello es imprescindible, no durará cada aspiración más de 15 segundos.

- Medición y registro periódicos de las constantes vitales: temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, que pueden indicar posibles cambios en la PIC.

- Evaluación y registro del nivel de consciencia mediante la escala de Glasgow, y observación del ritmo respiratorio, para detectar posibles complicaciones.

- Observación y registro del estado pupilar y reflejo foto motor para detectar posibles complicaciones.

- Detectar la posible aparición de vómitos y/o cefaleas.

- Administración y control de los medicamentos prescritos. Si se administran esteroides hay que suministrar la adecuada protección gástrica y si el tratamiento es largo, estar alerta de posible aparición de hemorragia digestiva.

3. Riesgo de infección, relacionado con técnicas invasivas y herida quirúrgica.

Objetivo: No hay infección.

Actividades de Enfermería:

- Curar la herida con la máxima asepsia, secando a toques y lavando la cabeza sin frotar y sin utilizar secador. La herida quirúrgica normal precisa pocas atenciones, solamente lavar y desinfectar cada dos o tres días y cubrir con un apósito estéril. A los ocho días se retiran los puntos.

- Observar la zona de la herida para detectar:

- . Signos de infección.

- . Hemorragia

- . Abultamiento que puede indicar hematoma o higroma.

. Fuga de LCR, lo que significaría una vía de comunicación entre el espacio subaracnoideo y el exterior con riesgo de infección ascendente. La salida de LCR se reconoce por una mancha amarilla en el apósito, generalmente rodeando a la mancha más oscura del líquido serohemático (signo del halo) o bien, si existe drenaje un aspecto más acuoso del líquido, pudiéndose conformar con la medición de glucemia, que estará más elevada, pues la cifra de glucosa en LCR es ligeramente superior que en sangre. En cirugía transfenoidal se observará goteo postnasal, deglución constante y presencia de glucosa en el drenaje nasal.

- En cirugía transfenoidal: Administrar oxígeno y humidificaste en fosas nasales y cavidad oral para mantener la humedad en ambas mucosas. Favorecer enjuagues frecuentes en ambas cavidades, no utilizando en los primeros días cepillo de dientes para no deteriorar las suturas.

4. D.E.: Riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionado con pérdidas sanguíneas, irritación de las meninges y, en periodos más tardíos, con infección de lesiones.

Objetivo: La temperatura corporal se mantendrá dentro de los parámetros de normalidad.

Actividades de enfermería:

- Abrigar al enfermo con pérdidas sanguíneas para evitar hipotermia.
- Vigilancia de temperatura corporal anotando las medidas en la gráfica correspondiente.
- Colocar compresas frías o bolsas de hielo sobre los puntos del pulso en caso de hipertermia.
- Bañar al enfermo con esponja mojada en agua tibia.
- Administrar líquidos abundantes si no hay contraindicación.
- Administración de antipiréticos prescritos.

- Vigilar signos de deshidratación como: incremento de la sed, disminución de la turgencia cutánea, sequedad de mucosas y signo del pliegue cutáneo.

5. Deterioro de la movilidad física.

En una intervención con una evolución normal, no tiene que aparecer este problema, pues, generalmente el paciente se levanta de la cama y deambula al tercer o cuarto día tras la intervención. Alguna complicación severa que obligue al paciente a guardar cama durante mucho tiempo o déficit motores como consecuencia de la patología que originó la intervención, pueden justificar este diagnóstico.

Objetivo: El paciente no tendrá complicaciones por la inmovilidad.

Actividades de enfermería:

- Establecer un completo plan de cuidados para evitar o reducir los problemas debidos a

La inmovilidad prolongada (ver en capítulo sobre cirugía Ortopédica

6. Riesgo del mantenimiento de la salud debida a unos conocimientos insuficientes de los cuidados de la herida, signos y síntomas de complicaciones, restricciones y autocuidados posteriores.

Objetivos: El paciente y sus familiares conocen los cuidados de la zona intervenida.

Enumeran signos y síntomas que debe notificar al personal sanitario como sospecha de complicación.

Actividades de Enfermería:

- Adiestrar al paciente y familiares los cuidados de la zona intervenida:

- . Utilizar gorro una vez retirado el apósito o vendaje.
- . Lavar el pelo, una vez retirados los puntos, sin frotar cerca de la lesión.
- . No usar el secador caliente hasta que el pelo haya crecido.

- Advertir al paciente y familiares de la detección de signos de complicación como:

. Drenaje procedente de la zona intervenida, nariz y oído.

. Aumento, persistencia o aparición de nuevo de cefaleas o rigidez de nuca.

. Aparición de vómitos, diplopía, fotofobia u otras alteraciones de la visión, letargo, somnolencia o irritabilidad injustificados.

7. P.C. Hemorragias o hematomas.

Pueden ser epidural (o extradural) entre la duramadre y la tabla interna del cráneo, generalmente producida por una lesión en la arteria menígea media en la zona temporal (es más frecuente en los T.C.E.), subdural, entre la duramadre y la aracnoides y es frecuente como resultado del desgarramiento de las venas comunicantes de los hemisferios cerebrales. Intraparenquimatosas o acumulación de sangre dentro del tejido cerebral, causada por el desgarramiento de pequeñas venas y arterias de la materia blanca subcortical. Todas las hemorragias y hematomas amenazan la vida, pues constituyen procesos expansivos ocupantes de un espacio.

Objetivos: El paciente conservará una presión intracraneal normal. Conservará normales los signos vitales y valores de los gases en la sangre arterial. Logrará una mejoría del nivel de conciencia.

Actividades de enfermería:

- Medición y registro periódicos de las constantes vitales, evaluación y registro del nivel de conciencia, observación del ritmo respiratorio y observación y registro del estado pupilar, para detectar agravamientos en el estado del paciente que puedan hacer sospechar la existencia de hemorragia y avisar con toda urgencia al personal facultativo a fin de que proceda al tratamiento adecuado.

8. P.C. Diabetes insípida.

Se produce como consecuencia de cirugía hipofisaria y suele ser temporal, produciendo una gran eliminación de agua con riesgo de deshidratación y shock.

Objetivos: El paciente mantendrá el estado hídrico dentro de los límites de la normalidad y aconsejados para la prevención de HIC. Mantendrá los niveles correctos de electrolitos según indicaciones médicas.

Actividades de enfermería:

- Registro de ingresos y pérdidas en el período de tiempo que se determine, pero como mínimo cada 4 horas.
- Determinación diaria de electrolitos séricos.
- Determinación del peso específico de la orina (un peso específico constante de 1000 a 1005, puede ser signo de diabetes insípida).
- Valoración para buscar signos de deshidratación (D.E.: déficit de volumen de líquidos): Piel seca y descamada, turgencia deficiente, boca reseca y con cubierta pastosa, sensación de sed intensa, signo del pliegue cutáneo positivo, etc.
- Estimular al paciente para que consuma líquidos en cantidad similar a la del gasto urinario. Si no puede hacerlo reemplazar los líquidos por vía intravenosa, según prescripción.
- La intensa sensación de sed puede ser combatida con aplicación de cubitos de hielo o gasas humedecidas en la boca.
- Aplicar la terapia prescrita por el personal médico.

9. P.C. Trastornos de la secreción de hormona anti diurética.

En el síndrome de secreción inapropiada de la ADH, la hipófisis posterior secreta demasiada hormona anti diurética, se ocasiona retención de agua y anuria, con descenso del sodio sérico.

Objetivos: El paciente mantendrá el estado hídrico dentro de los límites de la normalidad y aconsejados para la prevención de HIC. Mantendrá los niveles correctos de electrolitos según indicaciones médicas.

Actividades de enfermería:

- Registro de ingresos y pérdidas en el período de tiempo que se determine, pero como mínimo cada 4 horas.
- Determinación diaria de electrolitos séricos.
- Valoración para buscar signos de sobrecarga de líquidos (D.E.: exceso de volumen de líquidos):

Hinchazón manifiesta por presión en anillos, pies, zapatos, signo de la fóvea positiva.

10. P.C. Hiperglucemia.

Como consecuencia de la administración de esteroides, terapia habitual para reducir la inflamación e HIC.

Objetivos: El enfermo mantendrá los niveles de glucemia dentro de los límites normales.

Actividades de enfermería:

- Medición periódica de la glucemia, según pauta prescrita.
- Control de la ingesta de hidratos de carbono.
- Administración y control de la terapia prescrita.

11. P.C. Crisis Convulsivas.

Objetivos: El enfermo no presentará crisis convulsivas. El paciente no sufrirá lesiones durante las crisis convulsivas si se presenta.

Actividades de enfermería:

- Administración de la medicación anticonvulsivante prescrita.

- Una vez iniciada la convulsión (D.E.: Riesgo de lesión)
 - . No tratar de restringir movimientos del paciente.
 - . Quitar objetos cercanos que puedan causar lesión.
 - . Proteger la cabeza de posibles daños.
 - . Quitar ropa apretada o ceñida.
 - . Apretar la mandíbula con fuerza (no usar protector de la lengua).
 - . Si hay pérdida de conciencia, ladear la cabeza.
 - . Registrar hora de comienzo, duración y tipo de la convulsión.

- Tras la convulsión:

- . Verificar si existen lesiones manifiestas.
- . Valoración neurológica del enfermo, en especial debilidad motora o del lenguaje.

12. P.C. Meningitis o encefalitis.

Objetivos: El enfermo regresará a su estado neurológico inicial. El paciente no sentirá o disminuirá la sensación dolorosa. El enfermo no sufrirá alteraciones en el riego tisular cerebral o periférico.

Actividades de enfermería:

- Aislar al paciente.
- Controlar la temperatura corporal: Agua fría, administración de antipiréticos.
- Administrar la medicación prescrita.
- Mantener al enfermo en un ambiente silencioso, poco iluminado y tranquilo.
- Control de las cefaleas: administración de analgésicos prescritos, humedecer la cabeza y frotar la espalda.
- Cambios posturales frecuentes.

- Procurar que el paciente tenga descansos frecuentes y sin interrupción.
- Medición y registro periódicos de las constantes vitales, evaluación y registro del nivel de consciencia, observación del ritmo respiratorio y observación y registro del estado pupilar, para detectar agravamientos en el estado del paciente que puedan hacer sospechar la existencia de HIC u otras complicaciones.
- Valoración vascular periférica frecuente, para prevenir e identificar cualquier trastorno vascular incipiente por una embolia séptica. (6)

TEORIA DE ENFERMERIA:

Teoría del déficit de autocuidado.

La teoría del déficit de autocuidado desarrolla las razones por las que una persona puede beneficiarse de la enfermería y sus acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo.

. Déficit de autocuidado es por tanto la falta de capacidad del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento saludable. Con el fin de ayudar a definir la magnitud de la responsabilidad de enfermería, las funciones y acciones de pacientes y enfermeros, Orem diseñó la teoría de los sistemas de enfermería, la más general de sus teorías, que incluyen todos los términos esenciales, manejados en la teoría del autocuidado, la misma que se aprecia que es la que aplicamos en el cuidado de nuestros pacientes neuroquirúrgico que requieren de nuestros cuidados totalmente compensatorios al inicio y luego progresivamente se van haciendo parcialmente compensatorio. (7)

Los pacientes postoperados de neurocirugía son admitidos al Servicio de Cirugía Especialidades cuando son dados de alta de las Unidades Críticas

siendo para nosotras un reto por la larga estancia que estará en el servicio debido a que superan los 30 días.

Realizamos el Cuidado de Enfermería con el enfoque de Dorothea Orem, iniciando con el Diagnostico del déficit del autocuidado, en relación a la comunicación, contacto con el entorno, satisfacción de las necesidades básicas elementales según Maslow Alteración del movimiento y ejercicio; Los pacientes craneotomizados tienen demandas terapéuticas de Autocuidado que son la suma de actividades de autocuidado requeridos por el individuo en relación con su condiciones y circunstancias, utilizamos la teoría de los Sistemas de Enfermería, la articulación de cómo superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado.

El profesional de Enfermería al activar alguno de estos sistemas considera los componentes de poder que la persona posee.

La enfermera sule al individuo en sus actividades de autocuidado, proponiéndose mecanismos compensadores, parcialmente compensadores de apoyo, educación.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".

Además afirma que la enfermera puede utilizar métodos de ayuda, actuar compensando el déficit, guías, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo".

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

TÉRMINOS QUIRÚRGICOS

Trepanación: Orificio realizado en el cráneo utilizando un taladro especial

Craneotomía: Apertura Quirúrgica en el cráneo

Craniectomía: Extirpación de una porción del cráneo sin reemplazarla.

Craneoplastia: Reparación plástica del cráneo

Supratentorial: Por encima del tentorio, que separa el cerebro de cerebelo.

Infratentorial: Por debajo del tentorio, incluye el tronco del encéfalo y el cerebelo. Puede utilizarse un abordaje quirúrgico infratentorial para las lesiones temporales y occipitales.

Paciente: El término suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica.

TEC: Traumatismo Encéfalo Craneano.

Cirugía: es la rama de la medicina que se dedica a curar las enfermedades por medio de operaciones.

Cuidados: se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. La enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar estas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo.

Enfermería: es la profesión de la persona que se encarga del cuidado y la atención de los heridos y los enfermos bajo criterios clínicos.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de los datos se realizó del libro de registro de ingresos y egresos de pacientes del servicio de cirugía de especialidades; del libro de registros de pacientes que ingresan al servicio de sala de operaciones y de la oficina de estadística sanitaria del Hospital III José Cayetano Heredia Essalud Piura del 2014 al 2016.

Los cuales fueron procesados en el programa Excel descritos en los cuadros (Cuadro 4.1, cuadro 4.2, cuadro 4.3)

3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL

Inicie mi carrera profesional en octubre de 1997 en el puesto de salud de Viviate (La Huaca) donde hice mi SERUMS; luego pase al Centro de Salud La Huaca como Jefa de Enfermeras, donde trabaje hasta el año 2000; luego en el 2001 hice suplencia por 2 meses en el Hospital III José Cayetano Heredia, luego a inicios del 2002 trabaje 3 meses en el Centro de Salud Bellavista como jefa de enfermería, en junio del 2002 ingresé al Policlínico Essalud Sullana donde trabaje 3 años ;de la cual trabaje como enfermera asistencial en el área de hospitalización por un año ,y en PADOMI un año ,pasando a trabajar en emergencia por un año; luego pase al HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA como enfermera asistencial inicié mi labor en el año 2005 en el servicio de emergencia ,luego pase al servicio de medicina por tres meses, luego por un mes al servicio de recuperación, pasando luego a cirugía especialidades por 4 años. Estuve como coordinadora de central de esterilización por espacio de 6 meses, y también tuve la coordinación de MOPRI por un mes .Regresé a cirugía general por 4 años , donde pude diferenciar la calidad de atención que se brinda al paciente causándome mayor impacto la atención que se le brinda al paciente de neurocirugía, rotando nuevamente en servicio de cirugía especialidades por 3 años más a pesar que es un servicio bastante congestionado cuenta con 46 camas de las cuales 5 camas son para los pactes de neurocirugía grado III los cuales la mayoría

presentan un Glasgow inferior a 10 puntos, presentan tubo de traqueotomía y apoyo ventilatorio, pacientes que en su mayoría bajan de UCI o UCIN, cuentan con drenajes de presión positiva y con secuelas neurológicas que requieren cuidados totalmente compensatorios y altamente especializados que requieren de un alto compromiso y vocación de servicio nivel especializado de preparación y cuidado de todas las necesidades básicas incluidas el baño higiene alimentación hidratación apoyo psicológico a la familia acompañamiento y educación a sus cuidadores principales. Actualmente tengo a cargo el servicio de gastroenterología de procedimientos.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Durante mi experiencia profesional tuve la oportunidad de identificar situaciones que fortalecían y otras que limitaban nuestro trabajo de enfermería para la atención de los pacientes hospitalizados de neurocirugía.

3.3.1. LIMITACIONES

El servicio de cirugía especialidades del HRHJCH se encuentra ubicado en el tercer piso, la cual cuenta con 8 especialidades: Neurocirugía, Traumatología, Urología, Cirugía Oncológica, Cirugía Vasculuar, Cirugía Plástica, Cirugía dental, Otorrinolaringología.

Nuestro servicio cuenta con 4 Neurocirujanos, 11 Enfermeras, 11 Técnicos de Enfermería, una oficina de secretaria, un Stan de enfermería, un tóxico de enfermería, un tóxico de limpieza de material contaminado.

También contamos con un ambiente para la preparación del paciente para cirugía, no contamos con monitores para vigilancia continua, solo cuenta con 5 máquinas de aspiración, de las cuales 3 están habilitadas y 2 en reparación, no se cuenta con colchones antiescaras, algunos barandales defectuosos, camas que no ruedan, manizuelas deterioradas que no permiten elevar cabecera o extremidades inferiores, además, cada turno cuenta con 2 enfermeras y una técnica de enfermería y el servicio de neurocirugía siempre cuenta con 5 pacientes de grado III la cual está a cargo de la enfermera que cubre el lado A y además tiene a su cargo 13 pacientes de grado II como

artroplastias de cadera, laminectomias o implantes metálicos en columna o cirugías oncológicas.

En mi actuar diario la experiencia me hace evidenciar que nuestros cuidados que deberían ser permanentes en estos pacientes se ven afectadas específicamente en los horarios de medicación ya que tenemos que salir a brindar el cuidado a los otros 13 pacientes que tenemos a cargo en nuestro trabajo, el cual es arduo .

3.3.2. CALIFICACION DEL PERSONAL PROFESIONAL DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA

El personal profesional de enfermería que labora en el servicio de cirugía especialidades debe capacitado constantemente porque el paciente neuroquirúrgico por su gravedad necesita de una atención de enfermería altamente especializada ya que de esta depende gran parte para una evolución satisfactoria, el vínculo de la enfermera con el paciente debe ser de más alto nivel técnico y el mayor sentido humano, se aplica el PAE a los pacientes críticos garantizando de esta manera un vigilancia optima evitando que se produzcan complicaciones.

En el Servicio de Cirugía Especialidades Se plantea la calidad del cuidado desde tres percepciones: Emocional, transaccional y de desarrollo y existencial. "Cuidar es tener la capacidad para empatizar o sentir desde el paciente, se establece relación de ayuda comprometiéndose emocionalmente con el otro, viendo al ser humano que necesita de la ayuda, saliendo fortalecidos y capaces de seguir estableciendo relaciones significativas.

El sentido transaccional es un proceso interactivo por el que la enfermera y el paciente o familiares se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar.

Según el Enfoque de Mayeroff determina que

"Cuidar es la antítesis del uso simplista de otra persona para satisfacer nuestras necesidades ayudando a otra persona. En esta perspectiva lo

esencial es trascender al otro a través del establecimiento de relaciones significativos en la entrega de cuidado.

El cuidado realizado en el Servicio de Cirugía especialidades aborta el logro progresivo de competencias como ser humano, en la satisfacción de sus necesidades elementales básicas recuperando la esencia del ser persona.

La enfermera en este servicio trabaja en conjunto con la familia ya que le enseña para que colabore con la recuperación de su paciente ya que salen con algunas limitaciones, por la cual necesitan de su ayuda para su higiene corporal y perineal, cambios posturales, masajes, alimentación por sonda nasogástrica, previa supervisión, algunos pacientes salen de alta portando sonda nasogástrica o sonda Foley por lo tanto se le educa y se les concientiza, para prevenir posibles complicaciones en el paciente

IV. RESULTADOS

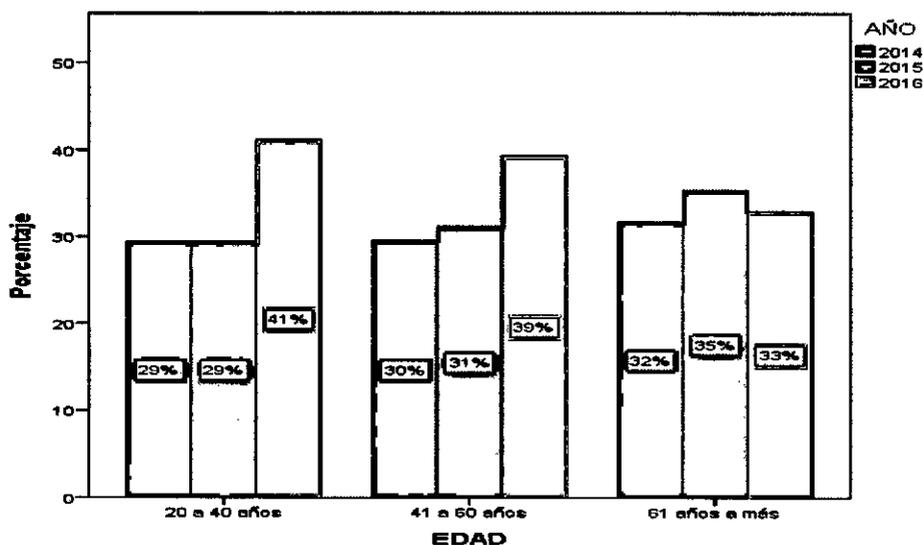
Pacientes hospitalizados por la especialidad de neurocirugía (Craneotomía) según edad, sexo y operación realizados en el hospital Regional III José Cayetano Heredia.

CUADRO 4.1: PACIENTES DE CRANEOTOMÍA SEGÚN EDAD, ENTRE LOS AÑOS 2014 – 2016 EN EL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA

			Año			Total
			2014	2015	2016	
EDAD PACIENTE	20 a 40 años	N°	20	20	28	68
		%	29.4%	29.4%	41.2%	100.0%
	41 a 60 años	N°	18	19	24	61
		%	29.5%	31.1%	39.3%	100.0%
	61 años a más	N°	26	29	27	82
		%	31.7%	35.4%	32.9%	100.0%
Total		N°	64	68	79	211
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Centro de Estadística del Hospital III José Cayetano Heredia

GRAFICO 4.1: PACIENTES DE CRANEOTOMÍA SEGÚN EDAD, ENTRE LOS AÑOS 2014 – 2016 EN EL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA



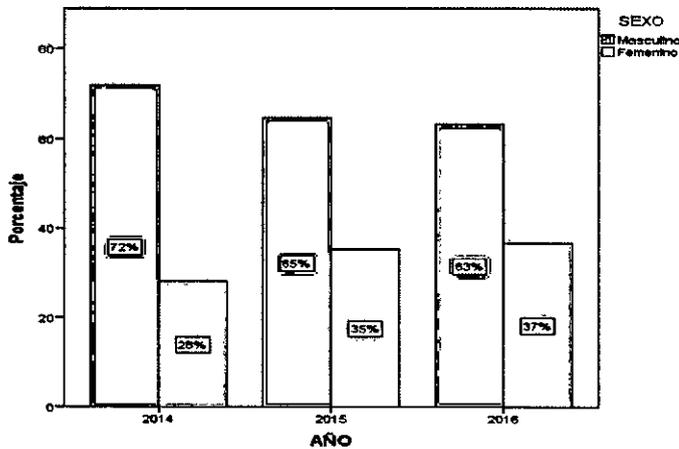
El presente cuadro nos muestra que el principal grupo etario de pacientes es el de adultos jóvenes comprendidos entre 20 a 40.

CUADRO 4.2: PACIENTES OPERADOS DE CRANEOTOMIA SEGÚN SEXO Y EDAD ENTRE LOS AÑOS 2014 - 2016

					Año			TOTAL
					2014	2015	2016	
SEXO	Masculino	EDAD	20 a 40 años	N°	18	16	17	51
				%	35.3%	31.4%	33.3%	100%
			41 a 60 años	N°	12	10	14	36
		%		33.3%	27.8%	38.9%	100%	
		61 años a más	N°	16	18	19	53	
			%	30.2%	34.0%	35.8%	100%	
	Femenino	EDAD	20 a 40 años	N°	2	4	11	17
				%	11.8%	23.5%	64.7%	100%
			41 a 60 años	N°	6	9	10	25
		%		24.0%	36.0%	40.0%	100%	
		61 años a más	N°	10	11	8	29	
			%	34.5%	37.9%	27.6%	100%	
TOTAL				N°	64	68	79	211
				%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Centro de Estadística del Hospital III José Cayetano Heredia.

GRAFICO 4.2.1: PACIENTES OPERADOS DE CRANEOTOMIA SEGÚN SEXO Y EDAD ENTRE LOS AÑOS 2014 - 2016



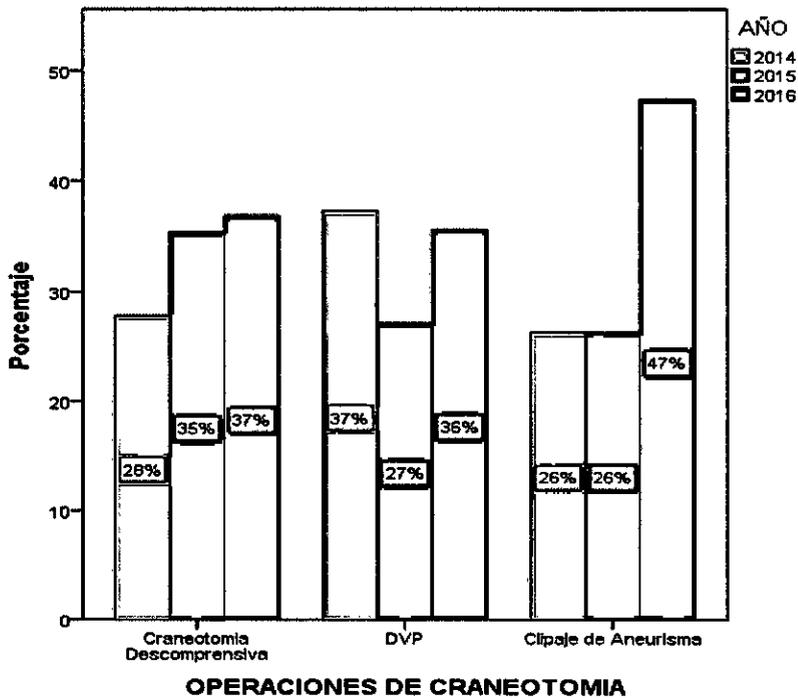
En el presente grafico se observa que el número de pacientes operados de craneotomía fue en su mayoría más varones que mujeres en el año 2014, no obstante se observa un mayor incremento de operaciones en mujeres en el año 2016 a diferencia del número de varones que se ha mantenido.

CUADRO 4.3: OPERACIONES DE CRANEOTOMÍA REALIZADAS ENTRE LO AÑOS 2014 AL 2016.

		AÑO						TOTAL
		2014		2015		2016		
		N°	%	N°	%	N°	%	
OPERACIONES DE CRANEOTOMIA	Craneotomía Descompresiva	37	28%	47	35%	49	37%	100%
	DVP	22	37%	16	27%	21	36%	100%
	Clipaje de Aneurisma	5	26%	5	26%	9	47%	100%
TOTAL		64		68		79		211

Fuente: Centro de estadística del hospital Regional III José Cayetano Heredia.

GRAFICO 4.3: OPERACIONES DE CRANEOTOMÍA REALIZADAS ENTRE LO AÑOS 2014 AL 2016.



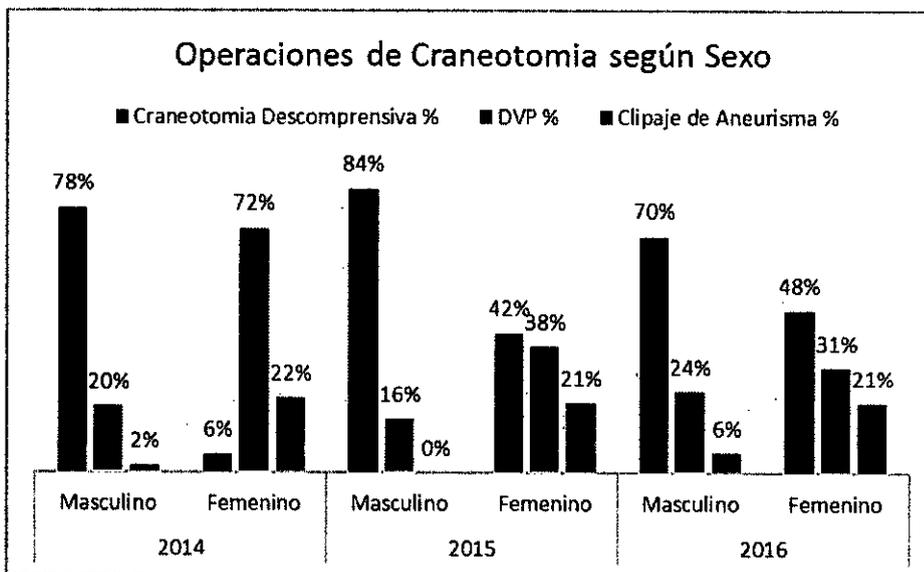
El presente grafico nos muestra que en el año 2014 hubo un mayor número de operaciones en DVP, en el año 2015 las operaciones de craneotomía descompresiva aumentaron y en el 2016 el número de operación que se incrementó considerablemente fue de Clipaje de Aneurisma.

CUADRO 4.3.1: OPERACIONES DE CRANEOTOMÍA SEGÚN SEXO DESDE EL 2014 AL 2016.

			OPERACIONES DE CRANEOTOMIA					
			Craneotomía Descompresiva		DVP		Clipaje de Aneurisma	
			N°	%	N°	%	N°	%
AÑO	2014	Masculino	36	78%	9	20%	1	2%
		Femenino	1	6%	13	72%	4	22%
	2015	Masculino	37	84%	7	16%	0	0%
		Femenino	10	42%	9	38%	5	21%
	2016	Masculino	35	70%	12	24%	3	6%
		Femenino	14	48%	9	31%	6	21%

FUENTE: Centro de estadística del hospital Regional III José Cayetano Heredia.

GRAFICO 4.3.1: OPERACIONES DE CRANEOTOMÍA SEGÚN SEXO DESDE EL 2014 AL 2016.



El presente grafico nos muestra que el mayor % de operaciones realizadas entre el año 2014 al 2016 fue de craneotomía descompresiva en hombres y DVP en las mujeres.

V. CONCLUSIONES.

- a. El personal de enfermería requiere de un alto nivel de capacitación especializado para la atención y cuidado del paciente postoperado de craneotomía para lograr una evolución favorable del paciente.
- b. La relación entre la enfermera y familia es importante porque la cercanía y apoyo ayudan a la recuperación del paciente.
- c. El apoyo logístico, de infraestructura y mobiliario limitan las labores en el cuidado del paciente sometido a cirugía craneana.
- d. La sobrecarga laboral en la asignación de pacientes complejos no influyen en el cuidado de calidad, ya que es un reto para nosotras por el grado de complejidad y estancia larga.
- e. La recuperación de paciente con pronóstico de incierto o desfavorable, salen gracias a nuestros cuidados porque el personal es capacitado constantemente.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Contar con equipos de monitoreo para los pacientes operados de craneotomía.
- b) Mejorar el funcionamiento del mobiliario respecto a camas, camillas y sillones para la atención de los pacientes operados de craneotomía.
- c) Contratar más personal profesional capacitado exclusiva para la atención de pacientes de craneotomía.
- d) Realizar capacitación continua al personal de enfermería que recién ingresa al servicio para el manejo adecuado de pacientes.
- e) Realizar charlas a la familia y personal cuidador a fin de garantizar el cuidado durante la hospitalización y tras el alta del paciente.

VII. REFERENCIALES

1. Dr. Zabalo San Juan G., Dr. García Romero J.C., Dra. Carballares J., Dr. Díaz Molina J., Dr. Zazpe Cenoz I., Dr. Ortega Martínez R., Dr. Vázquez Míguez A., Dr. Azcona Gonzaga J., Dr. Portillo Bringas E. <http://www.zonahospitalaria.com/craneotomia/>. Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario de Navarra.
2. Corral Ansa Luisa, "Variables que inciden en la morbimortalidad de los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave y su relación con la tomografía computarizada. un estudio de pacientes consecutivos ingresados en las unidades de críticos del hospital universitario de Bellvitge", Universidad de Barcelona 2011.
3. Cuesta Vásquez J, Tesis "La Craneotomía descompresiva en el manejo del trauma cráneo encefálico en pacientes ingresados en hospitalización y cuidados intensivos del Hospital Isidro Ayora en el Periodo Octubre 2014 a Octubre 2015", Loja 2015
4. Villarreal C, "Características epidemiológicas de los traumatismos craneoencefálicos intervenidos quirúrgicamente. Hospital nacional dos de mayo. 2014" 2009 [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano] Universidad san Martín de Porres Lima 2016
5. Scielo Peru [Traumatismo encefalocraneano en niños atendidos en un hospital nacional de Lima, Perú 2004-2011] Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Actualizado en abril 2013, Consultado en abril 2 del 2017]
Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000400015&script=sci_arttext

6. Monografías [Neurocirugía y Craneotomía] Mayte Espinoza Verdugo.
Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos93/neurocirugia-craneotomia/neurocirugia-craneotomia.shtml>

7. Ipernity [Cuidados de Enfermería en pacientes Neuroquirurgicos]
[Actualizado el 27 de febrero del 2008, , Citado el 8 de abril del 20117]
Marco teórico de craneotomía, Disponible en:
<http://www.ipernity.com/blog/35998/46931>

8. Leddy, Susan. PEPPER J. Mae. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la salud. New York 1989.

ANEXOS

CUADRO 4.3.2: OPERACIONES DE CRANEOTOMÍA SEGÚN GRUPO ETARIO ENTRE LOS AÑOS 2014 AL 2016.

				OPERACIONES DE CRANEOTOMIA						TOTAL
				Craneotomía Descomprensiva		DVP		Clipaje de Aneurisma		
				N°	%	N°	%	N°	%	
Año	2014	EDAD	20 a 40 años	14	70%	6	30%	0	0%	100%
			41 a 60 años	9	50%	6	33%	3	17%	100%
			61 años a más	14	54%	10	38%	2	8%	100%
	2015	EDAD	20 a 40 años	14	70%	5	25%	1	5%	100%
			41 a 60 años	13	68%	3	16%	3	16%	100%
			61 años a más	20	69%	8	28%	1	3%	100%
	2016	EDAD	20 a 40 años	18	64%	6	21%	4	14%	100%
			41 a 60 años	13	54%	8	33%	3	13%	100%
			61 años a más	18	67%	7	26%	2	7%	100%
TOTAL				133		59		19		211

FUENTE: Centro de estadística del hospital Regional III José Cayetano Heredia.

CUADRO 4.3.3: MORTALIDAD I TRIMESTRE 2016

CIRUGIA ESPECIALIZADA	8	1	7	7	1	6	1	0	1	Total
Traumatología	1	1	0	1	1	0	0	0	0	4
Cirugía Plástica	2	0	2	1	0	1	1	0	1	8
Urología	2	0	2	2	0	2	0	0	0	8
Neurocirugía	2	0	2	2	0	2	0	0	0	8
Otorrinolaringología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía Oncológica	1	0	1	1	0	1	0	0	0	4

FUENTE: Centro de estadística del hospital Regional III José Cayetano Heredia.

Se observa que la incidencia de mortalidad en los pacientes de neurocirugía en el primer trimestre ocupa el primer lugar al igual que las especialidades de cirugía plástica y urología.

CUADRO 04.3.4: MORTALIDAD II TRIMESTRE 2016

CIRUGÍA ESPECIALIZADA	11	2	9	8	1	7	3	1	2	total
Traumatología	1	0	1	1	0	1	0	0	0	4
Cirugía Plástica	1	1	0	1	1	0	0	0	0	4
Urología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neurocirugía	6	1	5	3	0	3	3	1	2	24
Otorrinolaringología	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Cirugía Oncológica	2	0	2	2	0	2	0	0	0	8

FUENTE: Centro de estadística del hospital Regional III José Cayetano Heredia.

Aquí se puede apreciar una alta incidencia de mortalidad en neurocirugía la cual ocupa el primer lugar en este trimestre respecto a las demás especialidades

CUADRO 04.3.5: MORTALIDAD III TRIMESTRE 2016

CIRUGIA ESPECIALIZADA	9	2	7	8	2	6	1	0	1	total
Traumatología	1	0	1	1	0	1	0	0	0	4
Cirugía Plástica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Urología	1	0	1	1	0	1	0	0	0	4
Neurocirugía	4	1	3	3	1	2	1	0	1	16
Otorrinolaringología	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía Oncológica	3	1	2	3	1	2	0	0	0	12

FUENTE: Centro de estadística del hospital Regional III José Cayetano Heredia.

En este cuadro también se observa que el servicio de neurocirugía es el que ocupa el primer lugar en mortalidad con un total de 16 fallecidos en el trimestre seguido de los pacientes de oncología quirúrgica.

CUADRO 05: EGRESOS Y ESTANCIAS DEL SERVICIO, DOTACION E INDICADORES II TRIMESTRE 2016

	EGRESOS	ESTANCIAS	N# CAMAS	DIAS CAMA DISP.	PCTE DIA	INDICADORES				TASA BRUTA MORT.	TASA NETA MORT.	NECRO.
						PROM. XEST.	REND. CAMA	% DE OCUP.	INTERV. SUST.			
CIRUGIA ESPECIALIDAD	479	4,974	53	4822	4792	10.4	9.0	99.4	0.1	2.3	1.9	
TRAUMATOLOGIA	171	1694	18	1669	1713	9.9	9.3	102.6	-0.3	0.6	0.6	
CIRUGIA PLASTICA	35	592	4	396	379	16.9	8.1	95.7	0.5	2.9	0.0	
UROLOGIA	97	803	8	757	808	8.3	11.6	106.7	-0.5	0.0	0.0	
NEUROCIRUGIA	57	1314	14	1304	1322	23.1	4.0	101.4	-0.3	10.5	8.9	
OTORRINOLARINGOLOG	11	38	1	91	36	3.5	11.0	39.6	5.0	9.1	9.1	
CIRUGIA CARDIVASCULA	11	72	1	121	62	6.5	8.3	51.2	5.4	0.0	0.0	
CIRUGIA ONCOLOGICA	97	461	5	484	472	4.8	18.2	97.5	0.1	2.1	2.1	

FUENTE: Centro de estadística del hospital Regional III José Cayetano Heredia.

En el presente cuadro muestra la estancia hospitalaria de los pacientes de neurocirugía que ocupan en promedio 23 días de estancia seguidas de los pacientes de cirugía plástica. Y el primer lugar en mortalidad.

CUADRO 06: EGRESOS Y ESTANCIAS DEL SERVICIO, DOTACION E INDICADORES III TRIMESTRE 2016

	EGRESOS	ESTANCIAS	N# CAMAS	DIAS CAMA DISP.	PCTE DIA	INDICADORES				TASA BRUTA MORT.	TASA NETA MORT.	NECRO.
						PROM. XEST.	REND. CAMA	% DE OCUP.	INTERV. SUST.			
CIRUGIA ESPECIALIDAD	493	4,670	53	4906	4903	9.5	3.1	99.9	0.0	1.8	1.4	
TRAUMATOLOGIA	200	1858	21	1934	1996	9.3	3.2	103.2	-0.3	0.5	0.5	
CIRUGIA PLASTICA	33	254	3	245	262	7.7	4.1	106.9	-0.5	0.0	0.0	
UROLOGIA	77	489	5	459	480	6.4	5.1	104.6	-0.3	1.3	1.3	
NEUROCIRUGIA	61	1474	17	1533	1554	24.2	1.2	101.4	-0.3	6.6	5.0	
OTORRINOLARINGOLOG	11	24	1	92	19	2.2	3.7	20.7	6.6	0.0	0.0	
CIRUGIA CARDIVASCULA	19	121	2	152	109	6.4	3.8	71.7	2.3	0.0	0.0	
CIRUGIA ONCOLOGICA	92	450	5	491	483	4.9	5.8	98.4	0.1	3.3	#####	
ODONTOLOGIA	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	

FUENTE: Centro de estadística del hospital Regional III José Cayetano Heredia.

En el presente cuadro se observa que la estancia hospitalaria de los pacientes de neurocirugía que ocupan en promedio 24 días es el primer lugar respecto a las otras especialidades del mismo modo ocupan también el primer lugar en mortalidad.

ANEXOS

CUADRO 07: ESTANCIA MAYOR A 5 DIAS EN PACIENTES DE NEUROCIRUGIA

H.C.	NOMBRES	SEG	EDAD	DX INGRESO	INGRESO	ESTANCIA	SEXO
6298041	AGURTO CORREA RAUL HUMBERTO	A	35	M51.9	24/02/2017	19	M
4444056	CHAPILLIQUEN PURIZACA BILLY JO	LEY	23	S06.9	6/03/2017	7	M
7652070	DELGADO CORONADO JORGE CESAR	A	65	S06.5	7/03/2017	6	M
3622052	GUERRERO ADRIANZEN CLARA HAYDE	A	69	K46.0	21/02/2017	22	F
4597016	GUERRERO PAUCAR ELIAS ELIOBILD	LEY	32	G91.9	7/03/2017	6	M
2808077	HERRERA MARTINEZ DARWIN PAUL	A	31	S06.9	21/02/2017	22	M
3822000	LEON LEON JEAN PIERRE	A	38	M51.1	22/02/2017	21	M
964092	MANRIQUE PALACIOS MANUEL ALBER	A	60	T09.3	20/02/2017	23	M
3085004	NUNJAR RIVERA JORGE LUIS	A	41	C71.0	28/02/2017	13	M
9639529	ONCEVAY YALLE HENING YSIDRO	A	45	S06.2	15/12/2016	88	M
4546081	PULACHE JUAREZ CLEMENTE	A	39	B69.0	23/02/2017	20	M
4718005	QUIROGA AYALA WILFREDO FROILAN	A	30	I87.2	20/02/2017	23	M

FUENTE: Centro de estadística del hospital Regional III José Cayetano Heredia.

CUADRO 08 EGRESOS Y ESTANCIAS DEL SERVICIO, DOTACION E INDICADORES II TRIMESTRE 2016

	EGRESOS	ESTANCIAS	Nº CAMAS	DIAS CAMA DISP.	PCTE DIA	INDICADORES				TASA BRUTA MORT.	TASA NETA MORT.	TASA NECRO.
						PROM. X EST.	REND. CAMA	% DE OCUP.	INTERV. SUST.			
CIRUGIA ESPECIALIDAD	479	4,974	53	4822	4792	10.4	9.0	99.4	0.1	2.3	1.9	
TRAUMATOLOGIA	171	1694	18	1669	1713	9.9	9.3	102.6	-0.3	0.6	0.6	
CIRUGIA PLASTICA	35	592	4	396	379	16.9	8.1	95.7	0.5	2.9	0.0	
UROLOGIA	97	803	8	757	808	8.3	11.6	106.7	-0.5	0.0	0.0	
NEUROCIRUGIA	57	1314	14	1304	1322	23.1	4.0	101.4	-0.3	10.5	8.9	
OTORRINOLARINGOLOG	11	38	1	91	36	3.5	11.0	39.6	5.0	9.1	9.1	
CIRUGIA CARDIVASCULA	11	72	1	121	62	6.5	8.3	51.2	5.4	0.0	0.0	
CIRUGIA ONCOLOGICA	97	461	5	484	472	4.8	18.2	97.5	0.1	2.1	2.1	

FUENTE: Centro de estadística del hospital Regional III José Cayetano Heredia.

CUADRO 09: EGRESOS Y ESTANCIAS DEL SERVICIO, DOTACION E INDICADORES III TRIMESTRE 2016

	EGRESOS	ESTANCIAS	N# CAMAS	DIAS CAMA DISP.	PCTE DIA	INDICADORES				TASA BRUTA MORT.	TASA NETA MORT.	NECRO.
						PROM. X EST.	REND. CAMA	% DE OCUP.	INTERV. SUST.			
CIRUGIA ESPECIALIDAD	493	4,670	53	4906	4903	9.5	3.1	99.9	0.0	1.8	1.4	
TRAUMATOLOGIA	200	1858	21	1934	1996	9.3	3.2	103.2	-0.3	0.5	0.5	
CIRUGIA PLASTICA	33	254	3	245	262	7.7	4.1	106.9	-0.5	0.0	0.0	
UROLOGIA	77	489	5	459	480	6.4	5.1	104.6	-0.3	1.3	1.3	
NEUROCIRUGIA	61	1474	17	1533	1554	24.2	1.2	101.4	-0.3	6.6	5.0	
OTORRINOLARINGOLOG	11	24	1	92	19	2.2	3.7	20.7	6.6	0.0	0.0	
CIRUGIA CARDIVASCULA	19	121	2	152	109	6.4	3.8	71.7	2.3	0.0	0.0	
CIRUGIA ONCOLOGICA	92	450	5	491	483	4.9	5.8	98.4	0.1	3.3	#####	
ODONTOLOGIA	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	

FUENTE: Centro de estadística del hospital Regional III José Cayetano Heredia.

ANEXOS IMÁGENES

IMAGEN 1



IMAGEN 2



IMAGEN 3



IMAGEN 4

