

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS
NEUROQUIRURGICOS EN EL SERVICIO DE CLRUGIA MUJERES DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA 2015-2017

TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERIA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS

MARLENY IRENE DELGADO FLORES

CALLAO, 2018

PERÚ

INTRODUCCIÓN

El contenido del presente titulado "TRABAJO ACADÉMICO EN EL CUIDADO POST OPERATORIO AL PACIENTE NEUROQUIRURGICO DEL SERVICIO DE CIRUGIA MUJERES", está orientado a conocer nuestro desarrollo como profesionales, dichos cuidados beneficiarán al paciente, logrando brindar una atención holística.

El paciente neuroquirúrgico es diferente de la mayoría de los otros pacientes quirúrgicos. Constituyéndose en los problemas de salud más importantes por su morbimortalidad. El personal de enfermería cumple un papel central en el manejo inicial de estos pacientes debiendo saber reconocer rápidamente la presencia de síntomas focales neurológicos.

El Hospital Regional Honorio Delgado, es una institución hospitalaria nivel III, perteneciente a la región Arequipa, la cual brinda atención preventiva, promocional, de recuperación y de rehabilitación a toda la población del sur. La Enfermera es parte del equipo multidisciplinario, y brinda cuidados especializados a los pacientes hospitalizados de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

El presente trabajo Académico tiene como objetivo dar a conocer la labor de la enfermera; en el cuidado del paciente neuroquirúrgico con relación al soporte ventilatorio, sedación, analgesia, hemodinámica, disminuyendo así riesgos y complicaciones.

En el trabajo académico se aplicará el método descriptivo con información existente en libros, revistas, manuales, bibliografías electrónicas, por lo tanto me propongo resaltar la importancia de la observación continua por parte del personal de enfermería, contribuyendo en la detención precoz de las complicaciones que puedan presentarse.

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS
NEUROQUIRURGICOS EN EL SERVICIO DE CLRUGIA MUJERES DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA 2015-2017

TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERIA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS

MARLENY IRENE DELGADO FLORES

CALLAO, 2018

PERÚ

traumáticas que ingresan por emergencia a ser intervenidos quirúrgicamente de hematoma subdural agudo, con un incremento considerable lo cual es preocupante.

La evolución de los pacientes operados de hematoma subdural agudo puede ser afectada por complicaciones postoperatorias del HSA como parte de la valoración de los pacientes tienen mucha importancia en la salud de este grupo poblacional dentro de la recuperación, intervención precoz y manejo adecuado de complicaciones.

Por todo ello, el profesional de enfermería cumple una función primordial en el mantenimiento de la autorregulación cerebral, ya que es quien permanentemente brinda cuidado e informa los cambios que puede presentarse en un paciente en estado crítico teniendo las características del trauma y las situaciones sobre agregadas que pueden producirse buscando mejorar el estado de salud del paciente quien está monitorizado en una unidad de cuidados neurológicos o neuroquirúrgicos.

El cuidado de enfermería en el paciente neuroquirúrgico requiere de conocimientos teóricos y prácticos para brindar una atención integral, siendo importante la valoración, habilidades y destrezas en los procedimientos diagnósticos y tratamiento que brinda la enfermera. La enfermera debe fortalecer la atención en la práctica clínica, el cuidado integral a través del método científico, logrando cambios en el estilo de vida y el cuidado a la persona.

1.2. Objetivo

Evaluar la experiencia profesional de la enfermera en el cuidado postoperatorio al paciente neuroquirúrgico en el servicio de cirugía mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado 2015 - 2017,

demostrando la importancia de observación continua al paciente neuroquirúrgico por el personal de enfermería.

1.3. Justificación

El presente trabajo académico, nos brinda información sobre la importancia de la atención integral de enfermería en el tipo de paciente neuroquirúrgico, teniendo en cuenta que el usuario es manejado multidisciplinariamente logrando de esta manera una pronta recuperación y rehabilitación de los usuarios con una atención integral con calidad y calidez.

El paciente neurocrítico engloba una serie de lesiones neurológicas agudas que producen un compromiso vital y funcional del territorio cerebral afectado y estructuras subyacentes. El personal de enfermería cumple un papel central en el manejo inicial de estos pacientes debiendo reconocer rápidamente la presencia de síntomas de riesgo, determinando intervenciones y cuidados de enfermería.

La enfermería surge cuando las personas necesitan ser cuidados y es una necesidad para la supervivencia humana. El cuidado permanece a través del tiempo y se relaciona con la acción propia de la enfermería. Brindando cuidado en las diferentes especialidades, mejorando, investigando la problemática a fin de dar una atención integral, de calidad y oportuna.

El Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del tercer nivel de atención, tiene la misión de prevenir los riesgos y proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades físicas y mentales de la población. Permitiendo luego el monitoreo del trabajo y evaluar la

necesidad de establecer cambios que ayudarán a reconsiderar, metas y objetivos de acuerdo a nuestra realidad, usando los recursos disponibles de forma eficiente.

El trabajo académico se desarrollará, con información existente, en libros, revistas, manuales, bibliografías electrónicas y a la experiencia propia de la autora adquirida en el área, así como la aplicación teórica y Práctica en el cuidado del paciente neuroquirúrgico, adecuado a nuestra realidad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

ALVES DE OLIVEIRA SERRA, FRANCISCO FERREIRA DA SILVA Y COLS (2015) España, en su investigación "Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato", cuyo objetivo fue caracterizar el cuidado ofrecido al paciente en el post-operatorio inmediato; identificar los cuidados que el enfermero le da al paciente y correlacionar las dificultades de los enfermeros con la utilización de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería. Se trata de un estudio transversal con abordaje cuantitativo, realizado en el período de mayo y junio de 2013 en un Hospital de Urgencia y Emergencia de Fortaleza. La muestra fue constituida por 13 enfermeros que actúan en la sala de recuperación post-anestésica. Se observó la predominancia del cuidado con el sistema respiratorio y cardiovascular. Hubo una asociación entre la gran demanda de pacientes y la no utilización de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería. Los cuidados no son ofrecidos de forma integral y los enfermeros tienen dificultades para utilizar la Sistematización de la Asistencia de Enfermería.

PADILLA MORALES, VICENTE (2011) España. En su estudio Monitorización invasiva y no invasiva de la oxigenación cerebral en el traumatismo craneoencefálico grave. Tuvo como objetivo comparar la medición de la oxigenación cerebral regional mediante un método invasivo, como es la presión tisular cerebral de oxígeno (PtiO₂), con la medición de la oxigenación cerebral con un método novedoso, no invasivo como es la saturación de oxígeno transcraneal regional (rSO₂) en pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) grave. Se ha realizado la comparación en veintidós pacientes estables con traumatismo craneoencefálico grave durante un período de 16 meses. El estudio se ha

llevado a cabo de forma prospectiva, observacional, en una unidad de cuidados neurocríticos. Resultados: Se ha encontrado una correlación directa e independiente entre rSO₂ y PtiO₂. Conclusiones: En pacientes con TCE grave, la PtiO₂ y el rSO₂ estuvieron directa y significativamente correlacionados. La hipoxia intracerebral grave es detectada mejor por rSO₂ que la hipoxia moderada. Sin embargo, la capacidad discriminante de la rSO₂ está limitada, y esta medida no debería considerarse un sustituto para la monitorización rutinaria invasiva de PtiO₂, en pacientes con TCE grave.

SÁNCHEZ MACIÁ, MIRIAM (2015) España, en su investigación Análisis de la efectividad de un protocolo de destete en pacientes postquirúrgicos con ventilación mecánica de tipo invasivo, tuvo como objetivo conocer la efectividad de la aplicación de un protocolo de destete en pacientes postquirúrgicos con ventilación mecánica de tipo invasivo ingresados en el Servicio de Reanimación del Hospital General de Elche. Método de cohortes con comparación retrospectiva. La población de estudio fueron los pacientes mayores de 18 años intervenidos y que precisaron ventilación mecánica invasiva durante un periodo \geq a 24 horas. La obtención de los datos fue a través de cuestionario de recogida de datos estandarizado elaborado para esta investigación, donde se recoge las acciones llevadas a cabo desde que se inicia el proceso de destete del paciente y las características sociodemográficas. En el 50% de los casos, los pacientes pertenecían a la especialidad de cirugía general, repartiéndose el 50% restante entre las especialidades de neurocirugía, urología, cirugía vascular y traumatología. Conclusiones: Los hallazgos de este estudio apuntan a que, con la utilización de un protocolo de destete es posible disminuir el tiempo que pasa el paciente intentando destetarse del ventilador, la estancia hospitalaria y el tiempo total de ventilación mecánica. Y observar de este modo, los problemas asociados a periodos

prolongados de VM, como son la neumonía y otras complicaciones respiratorias postoperatorias.

SIERRA AGUILAR, CLAUDIA PATRICIA (2014) México, llevó a cabo el estudio "Informe práctica experiencia profesional dirigida propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales en los colegios, institución educativa empresarial y agroindustrial los andes "inseandes" institución educativa silvestre arenas, el objetivo del presente proyecto fue fortalecer las habilidades para la vida de los estudiantes de los colegios de Sogamoso mediante el acompañamiento psicosocial que les permita actuar asertivamente a las influencias sociales, ambientales e individuales de cada contexto. Los resultados de ese estudio señalan la importancia de la adquisición y fortalecimiento de habilidades para la vida para lograr un bienestar personal y social.

2.2. Marco Conceptual

BASES TEÓRICAS

CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN EL PACIENTE

NEUROQUIRÚRGICO

El objetivo será fomentar la autonomía del paciente y la readaptación a su medio. El postoperatorio puede dividirse en 2 fases:

Postoperatorio inmediato: suele durar entre 2 y 4 horas, periodo que transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta su traslado a la unidad de hospitalización.

Postoperatorio Mediato: Es la segunda fase del postoperatorio se resolverán las alteraciones fisiológicas y psicológicas y los desequilibrios asociados a la cirugía, a la anestesia y a la curación.

Complicaciones potenciales:

- Las más frecuentes son: dolor, hemorragia, náuseas y vómitos postoperatorios, complicaciones respiratorias e infección del sitio quirúrgico.

El paciente neuroquirúrgico es especialmente diferente de la mayoría de otros pacientes quirúrgicos. El cerebro tiene un limitado número de respuestas a las lesiones, y estas ocurren en un comportamiento rígido, inflexible. Los cambios en la presión sanguínea, temperatura, que pueden causar un daño neuronal y déficit neurológico temporal y permanente.

CUIDADOS GENERALES

La razón principal para el ingreso postoperatorio de pacientes neuroquirúrgicos es evaluación clínica frecuente y medidas para prevenir o identificar las complicaciones postoperatorias, incluyendo los efectos secundarios a la cirugía o a la anestesia.

- Dolor, Náuseas y Vómitos Postoperatorios

Los requerimientos analgésicos deben ser anticipados antes del despertar. Solo el paracetamol debe ser combinado con tramadol o un opioide. El tramadol es efectivo y no afecta a la presión intracraneal (PIC) o a la perfusión cerebral, sin embargo, produce náuseas y vómitos e induce a somnolencia, siendo causa de preocupación. La analgesia controlada con opioides es efectiva y segura después de una craneotomía.

- Prevención de Convulsiones

El uso profiláctico de fármacos antiepilépticos como la fenitoína, para la prevención de convulsiones precoces. En pacientes que reciben antiepilépticos preoperatoriamente, se deben volver a instaurar estos

- Tromboprofilaxis

El uso de métodos mecánicos como la compresión neumática intermitente y las medias de compresión graduada y la heparina ha reducido significativamente las manifestaciones clínicas de la ETV, a pesar de la tendencia de incremento del riesgo de hemorragia.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POST OPERATIO

- **Manejo de la vía aérea:** Asegurar la permeabilidad de la vía aérea y evitar la broncoaspiración.
- **Manejo ambiental:** Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos
- **Prevención de caídas:** Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caída
- **Manejo del dolor:** Alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
- **Control de infecciones:** Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.
- **Cuidados de la herida y del sitio de incisión:** Prevención de complicaciones de las heridas.
- **Cuidados del drenaje:** Actuación ante un paciente con un dispositivo de drenaje externo en el cuerpo.
- **Cuidados del catéter urinario:** Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.

ESTRATEGIAS DE MONITORIZACIÓN

a) Monitorización clínica

Es la exploración clínica repetida para identificar un nuevo déficit neurológico focal (déficits motor, verbal o visual) o la disminución de la conciencia por un empeoramiento neurológico postoperatorio. Dependiendo del procedimiento neuroquirúrgico se deben buscar unos déficits específicos y se necesita una monitorización clínica específica. En todos los casos de deterioro neurológico inesperado, o el hallazgo de un nuevo déficit neurológico, es obligatoria la realización de un TAC cerebral para diagnosticar una complicación intracraneal ya que facilita el rápido tratamiento con el fin de evitar secuelas a largo plazo. Se debe considerar el uso de narcóticos o hipnóticos ya que pueden exacerbar o bien enmascarar déficits

focales neurológicos y disminuir el nivel de conciencia, lo cual puede llevar a realizar una prueba de imagen cerebral innecesaria.

b) Monitorización Hemodinámica

Es el control sistemático de las variables fisiológicas, para el hallazgo, el reconocimiento y la detección temprana de alteraciones fisiológicas de órganos y sistemas que eventualmente pueden provocar complicaciones. Tiene como propósito: Alertar, guía terapéutica, diagnóstico continuo, pronóstico. Tipos de monitoreo No invasivo (Electrocardiograma, Presión arterial no invasiva, Oximetría, Eco Doppler, etc). Monitoreo Invasivo (presión venosa central, presión arterial invasiva).

La hipertensión grave postoperatoria puede provocar en poco tiempo una hemorragia cerebral, especialmente después de un procedimiento con una hemostasia quirúrgica delicada.

Las alteraciones cardiovasculares: hipertensión, fallo miocárdico, hipotensión, arritmias cardiacas, y el edema pulmonar neurogénico, son frecuentes después de los procedimientos neuroquirúrgicos.

La hipertensión después de la craneotomía debida la estimulación simpática, puede provocar edema y hemorragia cerebral. Mantener una tensión arterial sistólica por debajo de 160 mmHg, con el fin de atenuar el crecimiento del hematoma intracraneal.

c) Monitorización Respiratoria

Es la obtención mediante ondas de los movimientos respiratorios del paciente. Nos da información de la frecuencia (respiraciones/minuto) y el ritmo. Se valora: sincronía de los movimientos respiratorios, tipo de respiración, utilización de la musculatura auxiliar respiratoria, evidencia de aleteo nasal, quejido espiratorio o estridor inspiratorio.

La monitorización de la saturación de oxígeno mediante la oximetría del pulso está indicada en todos los pacientes neuroquirúrgicos en el periodo postoperatorio.

d) Monitorización Intracraneal

Es un estudio que utiliza un dispositivo, colocado dentro de la cabeza, que percibe la presión dentro de la cavidad cerebral y envía sus mediciones a otro dispositivo que las registra. En el paciente con trauma craneoencefálico severo, las etapas iniciales de la lesión se caracterizan por lesión tisular, alteración del flujo sanguíneo cerebral y el Metabolismo cerebral. La monitorización de la PIC es importante en pacientes posquirúrgicos, a menos que dicha monitorización haya sido colocada previamente a la cirugía. La PIC normalmente varía entre 7 a 15 mm Hg en posición supina en el adulto. Se considera hipertensión intracraneal valores por encima de 20 mmHg.

e) Otros cuidados

El control de la glucemia es esencial en el postoperatorio de los pacientes neuroquirúrgicos, ya que la hiperglucemia ha sido relacionada en todos los casos con peores resultados. Los estudios en pacientes con trauma cerebral que han seguido un control glucémico estrecho, han mostrado una disminución en la disponibilidad de glucosa en el cerebro y un incremento en la crisis energética cerebral. Por esa razón, generalmente, después de la neurocirugía intracraneal, se recomienda como objetivo un rango glucémico poco estricto (90-180 mg/dl).

REGISTRO DE LOS CUIDADOS

- Registrar los signos vitales y la valoración del dolor en la gráfica.
- Registrar en el plan de cuidados, el día de la intervención, los cuidados y la educación realizada al paciente.
- Registrar en las observaciones cualquier incidencia

2.3. Definición de términos

- a) **Hematoma:** Mancha de la piel, de color azul amoratado, que se produce por la acumulación de sangre u otro líquido corporal, como consecuencia de un golpe, u otras causas.
- b) **Laminectomía:** Es un tipo de cirugía en la que el médico extirpa parte del hueso vertebral (lámina) para aliviar la compresión de la médula espinal o de las raíces nerviosas que puede estar causada por lesiones, hernia de disco, estenosis espinal (estrechamiento del canal) o tumores.
- c) **Craneotomía:** Es una operación quirúrgica en que parte del cráneo, llamado colgajo óseo, se elimina con el fin de acceder al cerebro. Las Craneotomías son a menudo una operación de emergencia que es realizada en los pacientes que sufren de lesiones cerebrales o de Traumatismo encéfalo craneano (TEC).
- d) **Artrodesis vertebral posterior:** Es una cirugía para fusionar dos o más huesos de la columna (vértebras), de modo que con el tiempo se conviertan en un sólo hueso sólido. La cirugía generalmente se realiza para corregir la inestabilidad de la columna vertebral.
- e) **Sistema derivación ventrículo peritoneal:** Es una cirugía para tratar el aumento de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el cerebro (hidrocefalia).
- f) **Aneurisma cerebral:** Es un ensanchamiento anormal en la pared de una arteria del cerebro. A veces son tan pequeños como una frambuesa. La mayoría de los aneurismas cerebrales no muestra síntomas hasta que se hacen grandes, filtran sangre o se rompen.
- g) **Meningioma:** Es un tumor que surge de las meninges, las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal. Si bien técnicamente no es un tumor cerebral, se lo incluye en esta categoría porque comprime o presiona el cerebro, los nervios y los vasos adyacentes.

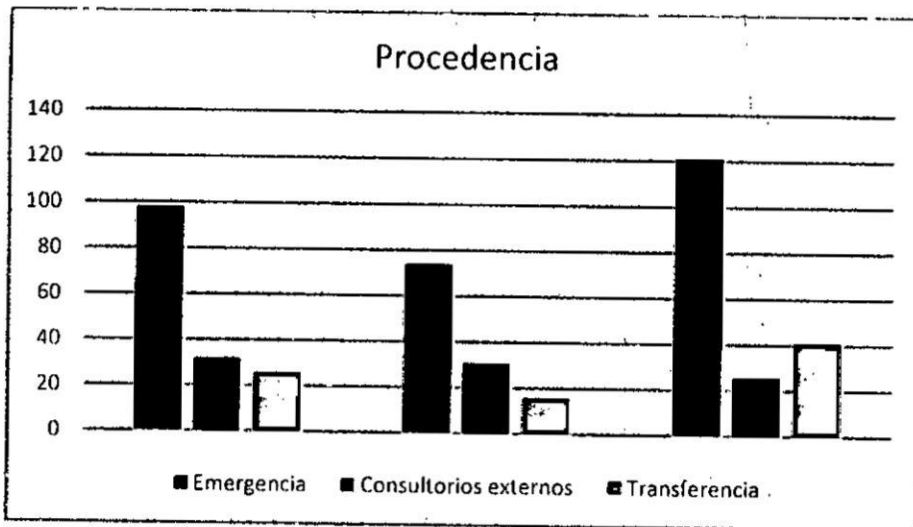
- h) ACV:** Es un accidente cerebrovascular y sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Algunas veces, se denomina "ataque cerebral". Si el flujo sanguíneo se detiene por más de pocos segundos, el cerebro no puede recibir nutrientes y oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, lo que causa daño permanente.
- i) TVM:** Traumatismo vertebro medular.
- j) HNP:** (Hernia de núcleo pulposo) Una hernia discal consiste en la salida parcial o masiva del núcleo pulposo del disco intervertebral. A menudo es asintomática, pero cuando comprime o irrita estructuras nerviosas, puede producir dolor neuropático
- k) PEIC:** Proceso expansivo intracraneal. El término proceso expansivo intracraneal suele aplicarse a cualquier lesión, ya sea de origen vascular, neoplásica o inflamatoria que aparece dentro de la cavidad craneal ocupando volumen y pudiendo producir hipertensión intracraneal
- l) PIC:** Presión Intracraneana
- Hipertensión intracraneal.** La Presión Intracraneal (PIC) es el resultado de la relación dinámica entre el cráneo y su contenido. El contenido o compartimento está constituido por el parénquima cerebral, el volumen sanguíneo cerebral (VSC) y el volumen del líquido cefalorraquídeo (LCR).

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 1
TIPO DE INGRESO DE PACIENTES
ENERO 2015 A DICIEMBRE DEL 2017
NEUROCIRUGÍA MUJERES H.R.H.D

Procedencia	2015	2016	2017	Total	%
Emergencia	98	74	121	293	63.01
Consultorios externos	32	31	26	89	19.14
Transferencia	26	16	41	83	17.85
Total	156	121	188	465	100

Fuente: Libro de ingresos

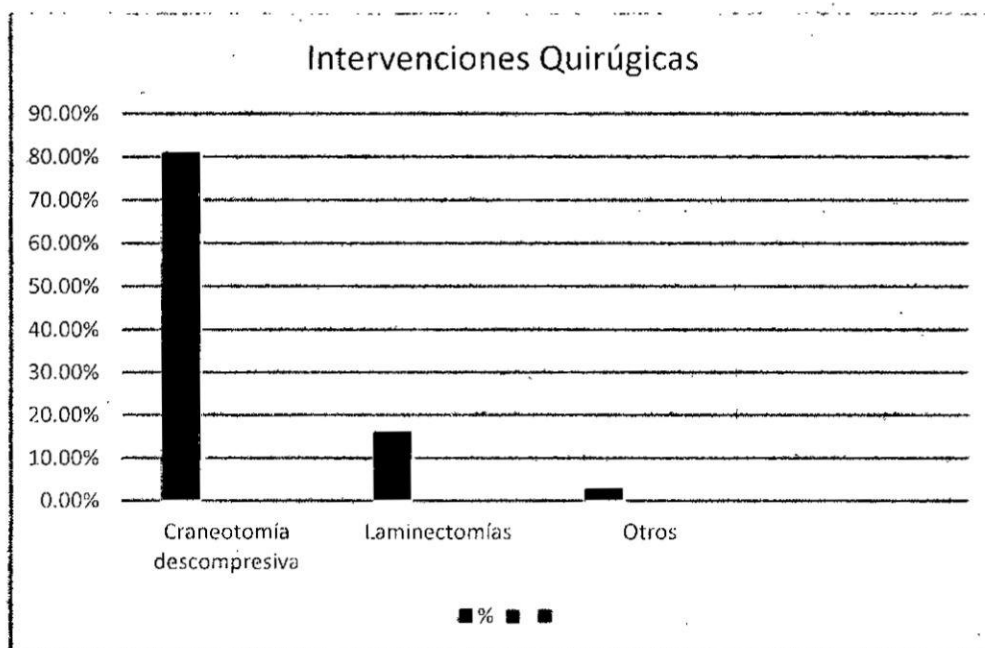


En el presente cuadro se observa que la procedencia de pacientes al servicio de Cirugía Mujeres, es mayor por Emergencia en un 63.01 %, en segundo lugar por Consultorio Externo con el 19.14%, y en tercer lugar las Transferencias con el 17.85%

CUADRO N° 4
PRINCIPALES INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
ENERO 2015 A DICIEMBRE DEL 2017
NEUROCIRUGÍA MUJERES H.R.H.D

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	N°	%
Craneotomía descompresiva	226	81.00%
Laminectomías	45	16.13%
Otros	8	2.87%
TOTAL	279	100.00

FUENTE: Libro de Ingresos de Cirugía mujeres



El Cuadro N° 4 nos muestra las que la intervención quirúrgica por Craneotomía descompresiva es en un 81 %, seguida de Proceso expansivo intracraneal con 16.13 %.

V. CONCLUSIONES

El cuidado del paciente postquirúrgico, es un proceso de recuperación gradual de funciones orgánicas y reflejos vitales que pueden asociarse a importantes complicaciones con grandes consecuencias para la vida del paciente, jugando un papel fundamental la calidad de los cuidados enfermeros que se le ofrece al paciente en el postoperatorio.

Generalmente la procedencia de los pacientes al servicio de Cirugía Mujeres, es ingreso por Emergencia, donde la mayoría son policontusos por accidente de tránsito, sufriendo una lesión cerebral traumática, llegando a hospitalizarse, en las cuales la lesión y/o secuelas pueden generar alteraciones en los procesos familiares, roles profesionales, etc.

Otro de los problemas es la postergación de operaciones quirúrgicas programadas, lo cual aumenta la estancia hospitalaria prolongada y por lo tanto hace al paciente más susceptible a infecciones intrahospitalarias. Se ha podido valorar que en el servicio de neurocirugía las complicaciones más frecuentes son: Neumonía intrahospitalaria, úlceras por presión, flebitis, caídas, e infecciones urinarias por presencia de dispositivos invasivos.

Además, de acuerdo a la patología del paciente, muchos complican durante su estancia haciendo paro cardiorrespiratorio. Muchas veces los pacientes vienen de sala de operaciones con intubación endotraqueal, para lo cual es necesario el manejo de la vía aérea, para asegurar la permeabilidad de la vía aérea, y la aspiración de secreciones. En pacientes Neuroquirúrgicos muchas veces se ve necesario utilizar sujeción mecánica, como una medida de prevención de complicaciones y también comprende la utilización de fármacos opiáceos (narcóticos), no opiáceos/AINES (fármacos antiinflamatorios no esteroideos) y de fármacos adyuvantes o sedoanalgesia.

También se muestra como primera causa las primeras causas de morbilidad en el Servicio de Cirugía mujeres, el Traumatismo encéfalo craneano con un 21.40 %, constituyéndose en un importante problema de salud pública por la elevada morbimortalidad que conllevan y por el gasto socio-sanitario que generan.

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.

VI. RECOMENDACIONES

- La enfermera como profesional social responsable del cuidado de las necesidades humanas, debiendo desarrollarse, formarse y actualizar conocimientos en los cuidados enfermeros, para así, saber identificar, evaluar y responder con eficacia ante cualquier suceso que pueda suponer un riesgo para el paciente neuroquirúrgico.
- Se realizará monitoreo del cuidado para prevenir las complicaciones más frecuentes en los pacientes quirúrgicos, en coordinación con el personal encargado de dichas acciones, especialmente en prevención de Neumonía intrahospitalaria, Ulceras por presión, flebitis, caídas, e infecciones urinarias por presencia de dispositivos invasivos.
- 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.
- También debería elaborar una guía de procedimientos o recomendaciones para un buen manejo de las medidas generales y específicas que requiere un paciente neurológico y neuroquirúrgico para la prevención disminución de complicaciones. Se realizará monitoreo del cuidado para prevenir las complicaciones más frecuentes en los pacientes quirúrgicos: prevención de Neumonía intrahospitalaria, UPP, caídas, e infecciones urinarias por presencia de dispositivos invasivos.
- La educación sanitaria continúa a los pacientes y a los familiares de los mismos, sobre los cuidados que debe tener en cuenta para evitar complicaciones u otras enfermedades.

- El personal de salud asistencial, administrativo y de apoyo tenga conocimiento del presente y su aplicación con criterios de oportunidad y calidad en la atención del paciente de cirugía mujeres. Se continuará la participación del personal en eventos de capacitación basados en los avances tecnológicos y cuidados de enfermería.

VII. REFERENCIALES

- Alves de Oliveira Serra, Francisco Ferreira da Silva y cols. 2011. en su investigación "Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato"
http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/5082/pdf_521
- Lin N, Han R, Zhou J, Gelb AW. Mild sedation exacerbates or unmasks focal neurologic dysfunction in neurosurgical patients with supratentorial brain mass lesions in a drug-specific manner. *Anesthesiology*. 2016;124:598–607. [PubMed](#)
- Libro de registro ingresos y egresos del 2015 -2017 del servicio de cirugía mujeres.
- Manninen PH, Raman SK, Boyle K, el-Beheiry H. Early post-operative complications following neurosurgical procedures. *Can J Anaesth*. 1999;46:7–14. [PubMed](#)
- Pulman J, Greenhalgh J, Marson AG. Antiepileptic drugs as prophylaxis for post-craniotomy seizures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2:CD007286. [PubMed](#)
- Hospital Universitario Reina Sofía. Cuidados Postoperatorios; octubre 2011.
- http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/a3_cuidados_postoperatorios.pdf.
- <https://ronaldschulz.cl/informacion-para-pacientes/cirugia-de-hernia-del-nucleo-pulposo-hnp/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000726.htm>

ANEXOS

ANEXO 1

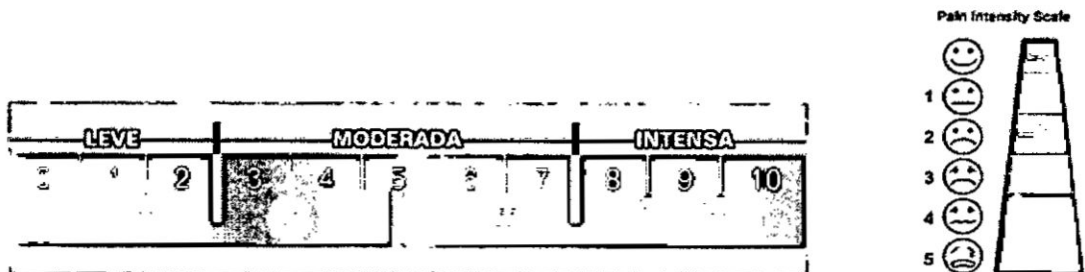
ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

Fuente: <http://www.tratamientoictus.com/2017/02/07/escala-coma-de-glasgow>

ANEXO 2

Escala del dolor / Escala luminosa analógica (Nayman)

Otras escalas utilizan varios parámetros de forma simultánea con el fin de hacer más comprensible la tarea solicitada (facial, numérica, descriptiva, luminosa). Todas estas opciones suponen una alternativa de valoración, lo importante, es utilizar siempre la misma escala con el mismo paciente.



Fuente: <http://fisioterapiasinred.com/escalas-unidimensionales-de-dolor>

ANEXO 3

ESCALA DE AGITACIÓN-SEDACIÓN DE RICHMOND RASS (RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE)

puntos	Término	Descripción	
4	AGRESIVO	Abiertamente combativo, violento, peligro inmediato para el personal.	
3	MUY AGITADO	Se quita o tira del tubo o los catéteres, agresivo.	
2	AGITADO	Frecuentes movimientos sin propósito. Lucha con el respirador.	
1	INTRANQUILO	Ansioso pero los movimientos no son agresivos o vigorosos.	
0	ALERTA Y TRANQUILO		
-1	SOMNOLIENTO	No completamente alerta, pero tiene un despertar mantenido (apertura de los ojos y contacto visual) a la llamada (> 10 seg)	Estímulo verbal
-2	SEDACION LIGERA	Se despierta brevemente, contacta con los ojos a la llamada (< 10 seg)	
-3	SEDACION MODERADA	Movimiento o apertura de los ojos a la llamada (pero no contacto visual)	
-4	SEDACION PROFUNDA	No responde a la llamada, pero se mueve o abre los ojos a la estimulación física.	Estímulo físico
-5	NO DESPERTABLE	No responde a la llamada ni a estímulos físicos.	

Fuente: <http://reflexionesdeunauci.blogspot.pe/2013/02/comparacion-de-las-escalas-de.html>

Una de las escalas más utilizadas en esta unidad es el RASS, esta escala, a diferencia de otras, contempla el componente "agitación". Por lo general, nuestro objetivo será mantener a los pacientes en un RASS entre 0 y -1 es decir, cómodo, tranquilo y colaborador.

La escala de RASS fue desarrollada en 1912 por un grupo multidisciplinario de la Universidad de Richmond en Virginia EE.UU. concerniente a 10 puntos.