

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL INTRAOPERATORIO A
PACIENTE SOMETIDO A CRANEOTOMÍA PARA EVACUACIÓN DE
HEMATOMA POR TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, EN EL
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN – ESSALUD.**

LIMA. 2020

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CENTRO
QUIRURGICO**

MAGALY JESSICA SALAZAR VASQUEZ

Callao - 2020

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ SECRETARIA
- MG. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 168-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 12 de Noviembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA:

El presente trabajo está dedicado a mi familia: a mis padres que me apoyaron desde siempre, a mi esposo que estuvo a mi lado en todo momento y a mi hija que siempre será mi motor y motivo para salir adelante día a día.

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque sabe cuáles son los tiempos adecuados,

A mi esposo, mi hija y mis amados padres, por su apoyo incondicional,

A mis estimados docentes, por la gran labor para continuar con la investigación
aun en tiempos de pandemia, y

A la prestigiosa universidad nacional del callao por ser el alma mater de
grandes profesionales.

ÍNDICE

	PAG.
•INTRODUCCIÓN	2
•CAPITULO I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA...	4
•CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 ANTECEDENTES.	
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	6
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.....	8
2.2 BASES TEÓRICAS	12
2.3 BASES CONCEPTUALES	21
• CAPITULO III. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.	35
• EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN	55
• CONCLUSIONES	58
• RECOMENDACIONES.....	59
• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
• ANEXOS	63

INTRODUCCIÓN

Un hematoma intracraneal es una acumulación de sangre en la cavidad craneal que normalmente está ocasionada por la rotura de un vaso sanguíneo en el cerebro, que puede estar causado naturalmente o debido a un traumatismo, tal como una caída o un golpe severo como podría ser el de un accidente de coche.

El hematoma intracraneal puede ser mortal y requiere tratamiento inmediato para retirar la sangre que se acumula bajo el tejido cerebral o bajo el cráneo, ejerciendo una presión sobre el cerebro.

El presente trabajo académico titulado “Cuidados de Enfermería durante el Intraoperatorio a paciente sometido a craneotomía para evacuación de hematoma por traumatismo craneoencefálico, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - ESSALUD”, tiene por finalidad describir las acciones y cuidados del personal de enfermería en pacientes con hemorragia intracraneal. Asimismo, permitirá conocer los riesgos a la cual se somete el paciente durante el intraoperatorio, ya que en su mayoría son pacientes que llegan con una escala de Glasgow por debajo de lo normal por lo cual no pueden ser capaces de manifestarse o expresar sentimientos o dudas en cuanto a su cirugía.

Este trabajo se realizó como parte de mi experiencia profesional como enfermera del servicio de Centro Quirúrgico de Emergencias del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen desde el año 2013, el cual atiende pacientes quirúrgicos de mediana y alta complejidad en la ciudad de Lima, contando con 57 servicios médicos especializados y liderando los procesos de cirugía de mano, neurocirugía y quemados. Del total de cirugías realizadas durante el año 2019 en la RED Prestacional Almenara que fueron 44301 el 12.4 % fueron consideradas de alta complejidad, y desde enero del 2020 hasta Julio del 2020 se realizaron 34 craneotomías para evacuación de hematoma.(1)

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un plan de cuidados para la atención del paciente sometido a craneotomía para evacuación de hematoma, el cual contiene los cuidados que se realizan durante el intraoperatorio. Cabe mencionar que fue elaborado en su totalidad por la autora.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados: Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco Teórico, Capítulo III: Desarrollo de las actividades y plan de cuidado, además de las Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La hemorragia intracerebral supone una de las primeras causa de muerte en la población adulta. La mayoría de los hematomas epidurales e intracerebrales y muchos hematomas subdurales son de desarrollo rápido y producen síntomas en minutos. Los hematomas grandes comprimen el cerebro y, consiguientemente, causan hinchazón y hernia cerebral. La hernia causa a veces pérdida de consciencia, coma, parálisis en uno o ambos lados del cuerpo, dificultad respiratoria, disminución de la frecuencia cardíaca y hasta la muerte.

El trauma craneoencefálico (TEC), también conocido como trauma cerrado de cráneo o lesión cerebral, se define como el daño que sufre el cráneo y su contenido como consecuencia de fuerzas externas. La lesión puede ser ocasionada de manera directa o indirecta y puede existir pérdida o no de la continuidad estructural, lo que conduce a un deterioro de las funciones cognitivas y físicas. El TEC representa la primera causa de discapacidad, al año ocurren cerca de 69 millones de casos alrededor del mundo. . Más del 90% de las muertes por traumatismo se producen en países con ingresos bajos y medios, en los que no suelen aplicarse medidas de prevención y cuyos sistemas de salud están menos preparados para afrontar el reto. Como tales, los traumatismos contribuyen claramente al círculo vicioso de la pobreza y producen consecuencias económicas y sociales que afectan a las personas, las comunidades y las sociedades. El efecto socioeconómico de las incapacidades por traumatismo se multiplica en los países con ingresos bajos, que suelen contar con sistemas poco desarrollados de cuidados y rehabilitación postraumáticos, y con una infraestructura de bienestar social deficiente o inexistente. De todos los tipos de traumatismos, se ha prestado, con acierto, atención prioritaria a los derivados de accidentes de tránsito.(2)

El 70% del total de accidentes de tránsito a nivel nacional involucra a autos, camionetas, microbús y furgonetas.

En el 2016 el número de fallecidos por accidentes de tránsito en nuestro país fue de 2 175 y el número de víctimas No fatales 87 129.

En el 2016, Lima Metropolitana concentró el 55.2 % de los accidentes de tránsito. (3)

EL área de Centro quirúrgico de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen atiende a pacientes de todas las edades para que sean intervenidos en cirugías de mediana y alta complejidad, siendo los casos de hemorragias intracraneales una de las más comunes y por lo cual el personal de enfermería debe estar debidamente capacitado para afrontar la atención oportuna, humanizada y eficaz de estos pacientes que serán sometidos a craneotomía para evacuación de hematomas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES:

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

ALONSO DE LA PUENTE, SANDRA (2017), en su estudio “**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE INTERVENIDO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO**”, ciudad de Zamora en México. Es un estudio de caso único, retrospectivo, descriptivo y observacional de un paciente diagnosticado de hematoma subdural crónico. Tras haber realizado el plan de cuidados y analizados los resultados obtenidos se llega a las siguientes conclusiones: - El análisis y la elaboración de un plan de cuidados adecuado a cada paciente (en función de su patología o problema, situación clínica, edad...) es el pilar fundamental para satisfacer sus necesidades y ayudar a una buena recuperación. - Es necesario visualizar al paciente de una manera holística, no solo centrándose en su patología, sino en los problemas derivados de ella, sobre todo lo relacionado con la esfera psicológica, pues esta puede desequilibrar cualquier parámetro. - La PREVENCIÓN es el primer escalón en la cadena del cuidado de cualquier paciente y cuando ésta no haya sido eficaz o no se haya podido abordar como primera opción, se comenzará con el tratamiento.(4)

Este trabajo permite analizar la atención del paciente neuroquirúrgico de manera holística para su buena recuperación.

ALGARBE SILVANA (2016), en su estudio “**INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON TRAUMATISMO DE CRANEO ENCEFALICO GRAVE**”, Córdoba- Argentina. Este estudio tiene como objetivo principal Aplicar el proceso del cuidado de enfermería en un paciente con un diagnóstico médico de traumatismo craneoencefálico grave complicado quien se encuentra hospitalizado en la unidad de cuidados críticos en el hospital Córdoba y concluye que el Proceso del Cuidado de Enfermería constituye una

herramienta básica y primordial en la labor cotidiana del personal de enfermería involucrando el cuidado humanizado, debido a que mediante esta metodología de trabajo con pasos relacionados, el profesional interactúa con el paciente para conseguir los datos necesarios para la formulación de diagnósticos de enfermería que dan a conocer las necesidades que deben satisfacerse en el paciente dentro de una unidad de cuidado crítico. (5)

Este trabajo involucra el cuidado humanizado que se debe tener para la atención de todos los pacientes, especialmente los que se encuentran en un área crítica que no pueden satisfacer sus propias necesidades.

PALMA CAISACHANA, DANNY ALEXANDRA (2017), en su estudio **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y SU RELACIÓN CON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA”** Ambato-Ecuador. Este estudio utilizó la metodología por medio de un estudio bibliográfico, descriptivo y de campo ya que se logró establecer contacto con el paciente, permitiendo identificar cuáles fueron los factores de riesgo. Los resultados se obtuvieron por medio de una entrevista a la madre del paciente donde se pudo identificar los problemas de salud que el paciente presentó, por esta razón se realizó una guía de cuidados intrahospitalarios para mantener una atención de calidad y brindar un mejor estilo de vida. En conclusión el propósito está en realizar nuevos esquemas como la elaboración de fluxogramas en los servicios hospitalarios dirigidos para el personal de enfermería el cual servirá como una guía para realizar procedimientos y cuidados especiales que el paciente necesita para su pronta recuperación. (6)

Este estudio permite regular las guías y protocolos para la atención oportuna del paciente con traumatismo craneoencefálico.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES:

BETOVEN JUAN DE DIOS QUITO (2018), en su estudio “**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON CRANEOTOMÍA, EXCÉRESIS DEL PROCESO EXPANSIVO HEMORRÁGICO E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS NEUROQUIRÚRGICAS DE UN HOSPITAL DE LIMA**”. El autor realizó la valoración del paciente con ayuda de la guía por patrones funcionales elaborada por Marjory Gordon, la cual permitió identificar diagnósticos de enfermería, los cuales tuvieron una planificación de intervenciones que fueron ejecutadas y evaluadas., teniendo como conclusiones que la atención de enfermería brindada no pudo cumplir a cabalidad los objetivos planteados en un inicio de su estudio. (7)

Este estudio es una muestra clara que la recuperación del paciente va a depender mucho del estado general del mismo y que los cuidados deben ser de forma personalizada.

SONIA LUZ BRAVO SALVADOR (2018), en su estudio “**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE POSTOPERADO INMEDIATO DE CRANEOTOMIA POR HEMATOMA EPIDURAL, UNIDAD DE RECUPERACION DEL HOSPITAL SERGIO BERNALES**”. La autora concluye que la Enfermera especialista en Centro quirúrgico debe estar capacitada para brindar cuidados especializados a pacientes neuroquirúrgicos, identificando complicaciones inmediatas y disminuir así los riesgos de mortalidad, El cuidado de la Enfermería especialista en centro quirúrgico debe ser con conocimiento, habilidades y destrezas en el manejo del paciente neuroquirúrgico de acuerdo a protocolos establecidos aplicando principios éticos y que el Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta científica que permite establecer cuidados individualizados, con enfoque holístico y humanizado al paciente quirúrgico. (8)

Este estudio evidencia que la atención oportuna y eficaz del personal de enfermería favorece la recuperación del paciente.

CALVO CACHAY, ALEXIA AIDA MORENO ESPEJO, LISSET YULIANA ORE VÁSQUEZ, KATTIA CESIA (2018), en su estudio **“APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO EN LA ENFERMERA CIRCULANTE SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA. LIMA”**. El presente estudio tuvo como objetivo Evaluar la aplicación de un protocolo en la enfermera circulante sobre seguridad del paciente quirúrgico para la prevención de eventos adversos del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima – 2018. De tipo cuantitativo, nivel aplicativo, diseño Pre – experimental. La población conformada por el personal de enfermería que laboran en los servicios de sala de operaciones. La muestra será de 40 enfermeras circulantes , y llego a la conclusión que la enfermera circulante tiene como principal objetivo el prevenir las posibles caídas, durante el traslado del paciente, trabajando en coordinación continua con el anestesiólogo, protegiendo la integridad e intimidad del paciente.
(9)

La atención de la enfermera circulante es primordial para prevenir todo tipo de eventos adversos que puedan presentarse durante una cirugía.

CORDOVA YUCRA, RAQUEL ELIZABETH (2018), en su estudio **“GRADO DE DEPENDENCIA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y COMPLICACIONES EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA. HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA”**. La autora realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal y prospectivo. La población fueron 60 pacientes ingresados en la Unidad de Recuperación Post – Anestésica que cumplieron con los criterios de inclusión. La técnica utilizada fue la observación clínica y documental y los instrumentos fueron una Ficha de Recolección de Datos y el Sistema de Clasificación de Pacientes de Perroca. Los resultados obtenidos muestran que: la edad promedio de los pacientes fue de 39,5 años, la

mayoría corresponde al sexo femenino, el 75% tienen nivel de instrucción secundaria y el 45% son amas de casa. El 66,67% de pacientes presentaron ASA 2, el 56,67% recibió anestesia general. El grado de dependencia de cuidados de enfermería es mínimo en el 65%; la frecuencia de complicaciones es de 50% siendo las más frecuentes el dolor, sangrado moderado y náuseas. Se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre el grado de dependencia de cuidados de enfermería y las complicaciones en la Unidad de Recuperación Post-Anestésica. (10)

Este estudio muestra la importancia que el paciente pase en las mejores condiciones al área de recuperación post anestésica para su pronta recuperación y la evaluación que se debe realizar de forma estricta en este servicio.

SUAREZ OLARTE MARIETA INGRID, HUAHUASONCCO VILCA GABY YANETH (2017), en su estudio “CALIDAD DE INTERRELACION DE LA ENFERMERA SEGÚN PEPLAU Y SATISFACCIÓN DE PACIENTES QUIRURGICOS, SERVICIOS DE CIRUGIA HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO” AREQUIPA, tuvo como objetivo identificar posibles áreas de mejora sobre el proceso terapéutico aplicado, requiriéndose de cuidados de enfermería con gran sensibilidad y capacidad humana por parte de las Enfermeras Especialistas en Centro Quirúrgico. Fue de tipo descriptivo con diseño correlacional y de corte transversal. Las autoras llegaron a las siguientes conclusiones referente a la variable interrelación enfermera-paciente en las dimensiones: orientación, identificación, aprovechamiento, resolución y a nivel global, la mayoría de las unidades de estudio se ubican en el nivel deficiente seguido del nivel inexistente y solo una minoría se ubican en el óptimo nivel y respecto a la variable satisfacción del paciente quirúrgico en las dimensiones: necesidades fisiológicas de nutrición, eliminación, reposo y confort y de evitación del dolor, seguridad y protección, amor y pertenencia, expectativas en accesibilidad, agilidad y comunicación, disponibilidad, confianza, competencia y

a nivel global la mayoría de pacientes se ubican en el nivel medianamente satisfechos seguido del nivel de insatisfacción y solo un mínimo porcentaje, señalan satisfacción. (11)

La adecuada atención del personal de enfermería en quirófano garantiza la reducción de errores que pongan en riesgo la vida del paciente.

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadamer y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano". (12)

A . Premisas Teóricas y Premisas Básicas de la Enfermería

- **Premisa 1.**

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

- **Premisa 2.**

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

- **Premisa 3.**

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

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra. Reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (geist) de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

B. Conceptos de Metaparadigma de Enfermería en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

- **Persona.**

Desde la mirada existencialista, Watson considera la persona como “un ser en el mundo”. Como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el gestalt. Es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.

- **Medio ambiente.**

Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).

- **Salud.**

De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”

- **Enfermería.**

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

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas. El cual surge de la interacción, la

búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.

C. Conceptos de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Los conceptos de la teoría de Jean Watson: Interacción enfermera paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado están emergiendo, aún estos conceptos necesitan ser definidos más claramente. Esto es quizás por la naturaleza abstracta de los conceptos que ha hecho este modelo difícil para evaluar.

- **Interacción enfermera paciente**

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias.

Al ser considerado el cuidado como íntersubjetivo, responde a procesos de salud enfermedad, interacción persona medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera paciente).

- **Campo fenomenológico**

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

- **Relación de cuidado transpersonal**

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”.(13) Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson (1999), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva. Mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud.

Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera. Y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

El término “transpersonal” quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora. Pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

La teoría de Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida. Un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Watson destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la autocuración independientemente de la condición externa de salud.

- **Momento de cuidado**

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento. (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana a humano.

Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo. Todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado. Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

La ocasión del cuidado, en últimas, permite el descubrimiento de sí mismo. Estas influencias y valores son claramente expuestos en sus supuestos.

Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida. Una capacidad para el crecimiento y el cambio. Un respeto y aprecio por la persona y la vida humana. Libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera. Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de Cuidado de Watson,

utilizados por enfermeras en las intervenciones relatadas en los procesos de cuidado humano.

Cada elemento asistencial describe el proceso de la forma como un paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz, los tres primeros elementos son interdependientes y constituyen el “fundamento filosófico de la ciencia de la asistencia” (13)

2.2.2 Teoría Del Entorno De Florence Nightingale

Florence Nightingale, nació el 12 de mayo de 1820. Durante su infancia, recibió clases de matemáticas, idiomas, religión y filosofía, que posteriormente influyeron en el desarrollo de su teoría de enfermería.

Durante la guerra de Crimea, Florence recibió la petición de por parte de Sidney Herbert de ir hasta Scutari, Turquía, para ocuparse de proporcionar atención de enfermería a los soldados británicos heridos, allí llegó en noviembre de 1854, acompañada de 34 enfermeras recién reclutadas.

Para llevar a cabo su misión, tuvo que resolver los problemas que existían en el entorno, como la falta de higiene y la suciedad.

Florence Nightingale continuó trabajando hasta los 80 años y murió el 13 de agosto de 1910 a la edad de 90 años.

A continuación se relacionan los supuestos principales de su filosofía enfermera:

- **Enfermería**

Florence Nightingale no dio una definición precisa del concepto de enfermería, en su libro Notas de Enfermería se aprecia lo que Nightingale

consideraba debía ser la enfermería: “Se ha limitado a significar un poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas. Pero debería significar el uso apropiado del aire, de la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente”.

- **Persona**

En la mayoría de sus escritos, Nightingale hacía referencia a la persona como paciente, que en la mayoría de los casos era un sujeto pasivo, las enfermeras realizaban tareas para y por un paciente y controlaban su entorno para favorecer su recuperación. Nightingale hizo hincapié en que la enfermera debía mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente. Tenía la convicción de la necesidad de enfermeras que respeten a las personas sin emitir juicios originados por sus creencias religiosas o por falta de ellas.

- **Salud**

Nightingale definió la salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Veía la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía, debido a una falta de atención. Florence concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Nightingale diferenció estos conceptos de enfermería de aquellos cuidados que se proporcionan a un paciente enfermo para potenciar su recuperación o para que viva dignamente hasta su muerte.

- **Entorno**

Aunque Nightingale nunca utilizó específicamente el término entorno en sus escritos, definió y describió cinco conceptos: ventilación, iluminación,

temperatura, dieta, higiene y ruido, que integran un entorno positivo o saludable. Nightingale instruía a las enfermeras para que los pacientes “pudieran respirar un aire tan puro como el aire del exterior, sin que se resfriaran”. Es importante resaltar que Nightingale rechazó la teoría de los gérmenes, sin embargo el énfasis que puso en una ventilación adecuada demuestra la importancia de este elemento del entorno, tanto en la causa de enfermedades como para la recuperación de los enfermos.

El concepto de iluminación también fue importante para Nightingale, describió que la luz solar era una necesidad específica de los pacientes. Para conseguir los efectos de la luz solar, enseñaba a sus enfermeras a mover y colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar.

La higiene es otro elemento importante de la teoría del entorno, se refirió a la higiene del paciente, la enfermera y el entorno físico. Describe que un entorno sucio era una fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía. Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes todos los días, también exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia. La enfermera también debía evitar el ruido innecesario, y valorar la necesidad de mantener un ambiente tranquilo. Nightingale enseñó a las enfermeras a valorar la ingesta alimenticia, el horario de las comidas y su efecto en el paciente. (14)

2.3 BASE CONCEPTUAL

2.3.1 TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS:

A. Definición

Los traumatismos de cráneo o craneoencefálicos son las lesiones físicas producidas sobre el tejido cerebral que alteran de forma temporal o permanente la función cerebral. El diagnóstico se sospecha por la clínica y se confirma con estudios radiológicos (sobre todo, TC). El tratamiento inicial consiste en el apoyo respiratorio, la oxigenación y el control de la presión arterial. A veces, suele ser necesaria la cirugía en pacientes con lesiones más graves para colocar monitores de seguimiento y tratar la elevación de la presión intracraneana, descomprimir el cerebro si la presión intracraneana aumenta o eliminar hematomas intracraneanos. En los primeros días después de la lesión, el mantenimiento de la perfusión cerebral y la oxigenación adecuada y la prevención de las complicaciones del sensorio son importantes. Luego, muchos pacientes requieren rehabilitación.

B. Causas

Las causas de TEC incluyen

- Caídas (especialmente en adultos mayores y niños pequeños)
- Accidentes automovilísticos y otras causas relacionadas con los medios de transporte (p. ej., accidentes de bicicleta, colisiones con peatones)
- Asaltos
- Actividades deportivas (p. ej., conmociones cerebrales relacionadas con los deportes)

Los cambios estructurales por una lesión en el cráneo pueden ser macro o microscópicos, según el mecanismo y las fuerzas implicadas. Los pacientes con lesiones menos graves pueden no tener alteraciones estructurales

macroscópicas. Las manifestaciones clínicas varían notablemente en gravedad y consecuencias. Las lesiones suelen dividirse en abiertas o cerradas.

Las lesiones abiertas implican penetración del cuero cabelludo y el cráneo (y, en general, de las meninges y el tejido cerebral subyacente). En ellas están implicados típicamente proyectiles u objetos afilados, aunque la fractura de cráneo con una laceración suprayacente por un golpe como grave también se considera una lesión abierta.

En general, las lesiones cerradas se producen cuando se golpea la cabeza, ésta impacta contra un objeto o es agitada de forma violenta, con la consiguiente aceleración y desaceleración rápida del cerebro. La aceleración o desaceleración pueden producir lesiones en el tejido en el lugar del impacto (golpe) o en su polo opuesto (contragolpe) o producir daños difusos; los lóbulos frontales y temporales muestran una vulnerabilidad especial a este tipo de lesión. Los axones y los vasos sanguíneos pueden desgarrarse o romperse, lo que provoca una lesión axónica difusa. Los vasos sanguíneos rotos filtran sangre y producen contusiones, hemorragias intracerebrales o subaracnoideas y hematomas epidurales o subdurales.

C. Conmoción

La conmoción se define como una alteración transitoria y reversible del estado mental tras un traumatismo (p. ej., pérdida de consciencia o la memoria, confusión) que dura de segundos a minutos pero que de forma arbitraria se define como < 6 h de duración.

No se producen lesiones estructurales macroscópicas en el encéfalo y no quedan lesiones residuales neurológicas graves, aunque la discapacidad temporal puede ser el resultado de síntomas, como náuseas, cefaleas alteraciones de la memoria, y dificultad de concentración (síndrome posconmoción), que suele resolverse en algunas semanas. Sin embargo, se cree que las conmociones cerebrales múltiples pueden llevar a encefalopatía traumática crónica, que resulta en una disfunción cerebral grave.

D. Contusiones cerebrales

Las contusiones (hematomas cerebrales) pueden asociarse con las lesiones abiertas (incluidas las penetrantes) o cerradas y pueden alterar muchas funciones cerebrales según su tamaño y localización. Las contusiones de mayor tamaño producen edema cerebral difuso con aumento de la presión intracraneal. Las contusiones pueden agrandarse en las horas y días posteriores a la lesión inicial y causar deterioro neurológico; puede ser necesaria cirugía.

E. Daño axonal difuso

El daño axonal difuso se produce cuando la desaceleración rotatoria determina fuerzas de cizallamiento que provocan una rotura difusa y generalizada de las fibras axonales y las vainas de mielina. Unas pocas lesiones con daño axonal difuso pueden producirse tras un traumatismo craneoencefálico menor. No se reconocen lesiones macroscópicas estructurales, pero es frecuente encontrar pequeñas hemorragias petequiales en la sustancia blanca con la TC (y el estudio histológico).

El daño axonal difuso puede definirse clínicamente como una pérdida de la conciencia que dura > 6 h en ausencia de una lesión específica focal.

El edema secundario a la lesión suele aumentar la presión intracraneal y provocar diversas manifestaciones.

El daño axonal difuso es la lesión típica del síndrome del bebé sacudido.

F. Hematomas

Los hematomas (colecciones de sangre dentro o alrededor del encéfalo) pueden producirse en las lesiones penetrantes o cerradas y pueden ser epidurales, subdurales o intracerebrales. La hemorragia subaracnoidea (HSA—hemorragia dentro del espacio subaracnoideo) es frecuente en los traumatismo de cráneo, aunque la apariencia en la TC no suele ser la misma que la hemorragia subaracnoidea aneurismática.

Los hematomas subdurales aluden a la presencia de sangre entre la duramadre y la aracnoides. Los hematomas subdurales agudos se deben a la laceración de las venas corticales o la avulsión de las venas que conectan la corteza y los senos duros.

Los hematomas subdurales agudos ocurren a menudo en pacientes con

- Traumatismo craneal causado por caídas o accidentes automovilísticos
- Contusiones cerebrales subyacentes
- Hematoma epidural contralateral

La compresión del cerebro por el hematoma y la inflamación cerebral debida al edema o la hiperemia (aumento de flujo sanguíneo debido al engrosamiento de vasos sanguíneos) pueden incrementar la presión intracraneal. Cuando ocurre tanto compresión como edema, la morbimortalidad puede ser elevada.

Un hematoma subdural crónico puede aparecer y producir síntomas gradualmente durante varios días posteriores al traumatismo. Los hematomas subdurales crónicos se presentan con mayor frecuencia en alcohólicos y pacientes de edad avanzada (especialmente en aquellos que toman antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes o con atrofia cerebral). Los pacientes de edad avanzada pueden considerar que la lesión en la cabeza es relativamente trivial o incluso pueden haberlo olvidado. A diferencia del hematoma subdural agudo, son raros el edema y el aumento de la presión intracraneal.

Los hematomas epidurales son acumulaciones de sangre entre el cráneo y la duramadre y son menos frecuentes que los subdurales. Los hematomas epidurales suelen deberse a una hemorragia arterial, debida clásicamente a la lesión de la arteria meníngea media por una fractura del hueso temporal. Sin intervención, los pacientes con hematomas arteriales epidurales se deterioran y mueren con rapidez. Los hematomas epidurales de origen venoso y pequeños no suelen causar la muerte.

Los hematomas intracerebrales son colecciones de sangre dentro del propio cerebro. Se deben a la coalescencia de contusiones. No está bien definida la diferencia entre una o varias contusiones y un hematoma intracerebral. El aumento de la presión intracraneal, la herniación y la insuficiencia del tronco del encéfalo pueden producirse, sobre todo en las lesiones del lóbulo temporal o el cerebelo.

2.3.2 FRACTURAS DE CRÁNEO

A. Definición

Por definición, las lesiones penetrantes implican una fractura. Las lesiones cerradas también pueden provocar una fractura de cráneo, que puede ser lineal, deprimida o conminuta. La presencia de una fractura indica que participó una fuerza importante.

La mayoría de los pacientes con fracturas lineales sencillas y sin trastornos neurológicos no suelen considerarse de alto riesgo, pero los pacientes con cualquier fractura asociada con deficiencia neurológica se encuentran en mayor riesgo de hematomas intracraneales.

B. Riesgo

Las fracturas que implican riesgos especiales incluyen

- Fracturas deprimidas: estas fracturas tienen el máximo riesgo de desgarro de la duramadre o de lesiones del encéfalo subyacente.
- Fracturas de hueso temporal que atraviesan la zona de la arteria meníngea media: en estas fracturas, un hematoma epidural es un riesgo.
- Fracturas que atraviesan uno de los senos duros principales pueden provocar una hemorragia significativa y un hematoma epidural o subdural venoso. Los senos venosos lesionados pueden más adelante trombosar y causar infarto cerebral.

- Fracturas que involucran el canal carotídeo: estas fracturas pueden determinar una disección de la arteria carótida.
- Fracturas del hueso occipital y la base del cráneo (huesos de la base): estos huesos son duros y gruesos; por tanto, las fracturas en estas zonas indican un impacto grave. Las fracturas de la base del cráneo que alcanzan la porción petrosa del hueso temporal suelen lesionar las estructuras del oído medio e interno y pueden alterar la función de los nervios facial, acústico y vestibular.
- Fracturas en lactantes: las meninges pueden quedar atrapadas en una fractura lineal de cráneo con el posterior desarrollo de un quiste leptomeníngeo y crecimiento de la fractura original (fractura en expansión).

C. Signos y Síntomas:

Inicialmente, la mayoría de los pacientes con un traumatismo de cráneo pierden el conocimiento (en general, segundos o minutos) aunque, cuando las lesiones son menores, algunos sólo sufren confusión o amnesia (que suele ser retrógrada y resulta en la pérdida de memoria de un periodo de entre segundos y unas pocas horas antes de la lesión). Los niños pequeños se vuelven irritables. Algunos enfermos sufren convulsiones, a menudo en la primera hora o durante el primer día. Tras estos síntomas iniciales, los pacientes pueden estar totalmente despiertos y alertas o mostrar cierto grado de alteración de la conciencia y la función, que van desde una leve confusión al estupor y el coma. La duración de la pérdida de la conciencia y la gravedad de la obnubilación son aproximadamente proporcionales a la gravedad de la lesión, aunque son inespecíficos.

La Escala del Coma de Glasgow (ECG—ver Escala de Coma de Glasgow*) es un sistema de puntuación rápido y reproducible que puede emplearse en el examen inicial para medir la gravedad del traumatismo craneoencefálico. Se basa en la apertura de los ojos y la mejor respuesta verbal y motora. Una

puntuación de 3 indica una lesión potencialmente mortal, sobre todo si ninguna de las pupilas responde a la luz y faltan las respuestas oculovestibulares. Una puntuación inicial más alta suele predecir una mejor recuperación. Por definición, la gravedad de un traumatismo craneoencefálico se define por la Escala de Coma de Glasgow:

- 14 a 15 es un traumatismo craneoencefálico leve
- 9 a 13 es un traumatismo craneoencefálico moderado
- 3 a 8 es un traumatismo craneoencefálico grave

Escala de coma de Glasgow	
Respuesta motriz	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Se retira al dolor	4
Flexiona al dolor (decorticación)	3
Extiende al dolor (descerebración)	2
Sin respuesta	1
Apertura ocular	
Espontánea	4
A órdenes verbales	3
Al dolor	2
Sin respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Conversación confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Sin respuesta	1
Máxima puntuación posible	15
Mínima puntuación posible	3

La predicción de la gravedad del TC y el pronóstico pueden refinarse de forma más precisa teniendo en consideración los hallazgos de la TC y los otros factores. Algunos pacientes con traumatismo de cráneo inicialmente moderado y unos pocos con uno inicialmente leve se deterioran. Para los niños y lactantes, se usa la Escala del Coma de Glasgow modificada (ver Escala del Coma de Glasgow modificada para lactantes y niños). Como la hipoxia y la

hipotensión pueden disminuir la escala de coma de Glasgow, los valores después de una reanimación por daño cardiopulmonar son más específicos para el deterioro cerebral que los valores determinados antes de la reanimación. De manera similar, los fármacos sedantes y paralizantes pueden disminuir los valores de la Escala de Glasgow y deben evitarse antes de que se realice la evaluación neurológica.

Retrasar el uso de sedantes y medicamentos paralizantes hasta después de la exploración neurológica completa siempre que sea posible.

Los síntomas de varios tipos de traumatismo craneoencefálico pueden solaparse considerablemente.

Los síntomas del hematoma epidural en general aparecen dentro de los minutos a horas después de la lesión (el período sin síntomas se denomina intervalo de lucidez) y consisten en

- Cefalea creciente
- Disminución del nivel de conciencia
- Déficits neurológicos focales (p. ej., hemiparesia)

La dilatación de las pupilas con pérdida de la reacción hacia la luz suele indicar herniación. Algunos pacientes que tienen un hematoma epidural pierden la consciencia, luego tienen un intervalo transitorio de lucidez y después un deterioro neurológico gradual.

El hematoma subdural suele causar pérdida inmediata de la consciencia.

Los hematomas intracerebrales y subdurales pueden causar déficit neurológico focal como una hemiparesia, una disminución progresiva de la consciencia o ambas.

La disminución progresiva de la consciencia puede ser el resultado de cualquier cosa que aumente la presión intracraneal (p. ej., hematoma, edema, hiperemia).

El aumento de la presión intracraneal a veces provoca vómitos, pero este síntoma es inespecífico. Una presión intracraneal notablemente aumentada clásicamente se manifiesta como una combinación de lo siguiente (llamada tríada de Cushing):

- Hipertensión (generalmente con aumento de la presión del pulso)
- Bradicardia
- Depresión respiratoria

Las respiraciones suelen ser lentas e irregulares. La lesión cerebral difusa grave o un aumento notable de la presión intracraneal pueden causar una postura de decorticación o de descerebración. Ambos son signos de mal pronóstico.

La herniación transtentorial puede causar coma, pupilas midriáticas uni o bilaterales y arreactivas, hemiplejía (en general en el lado opuesto a una pupila midriática unilateral) y tríada de Cushing.

La fractura de la base del cráneo puede ocasionar lo siguiente:

- Pérdida de líquido cefalorraquídeo por la nariz (rinorrea de líquido cefalorraquídeo) o el oído (otorrea de líquido cefalorraquídeo)
- Sangre detrás de la membrana timpánica (hemotímpano) o en el conducto auditivo externo si la membrana timpánica se ha roto
- Equimosis detrás del oído (signo de Battle) o en el área periorbitaria (ojos de mapache)
- La pérdida del sentido del olfato y del oído, que en general es inmediata, aunque esta pérdida puede no ser notada hasta que el paciente recupera la consciencia

La función del nervio facial puede deteriorarse inmediatamente o después de varios días. Otras fracturas de la bóveda craneana pueden a veces palparse, especialmente a través de una laceración del cuero cabelludo, como una zona

de depresión o un escalón. Sin embargo, la sangre bajo la galea aponeurótica puede simular una deformidad en escalón.

Los hematomas subdurales crónicos pueden manifestarse con cefaleas diurnas que se intensifican, mareos fluctuantes o confusión (que puede confundirse con una demencia en fase precoz), una hemiparesia leve a moderada u otras deficiencias neurológicas focales y/o convulsiones.

I. Síntomas a largo plazo

La amnesia puede persistir y ser retrógrada o anterógrada (p. ej., para acontecimientos que siguen a la lesión).

El síndrome posconmoción, que suele observarse tras una conmoción grave, incluye cefaleas persistentes, vértigo, cansancio, dificultad para concentrarse, amnesia variable, depresión, apatía y ansiedad. En general, se altera o se pierde el sentido del olfato (y por tanto, del gusto) y a veces la audición, y es menos frecuente que se pierda la vista. Los síntomas suelen resolverse espontáneamente en semanas a meses.

Una serie de deficiencias cognitivas y neuropsiquiátricas pueden persistir tras un traumatismo craneoencefálico grave, o moderado, o incluso leve, sobre todo en presencia de lesiones estructurales significativas. Los problemas comunes incluyen:

- Amnesia
- Cambios en el comportamiento (p. ej., agitación, impulsividad, desinhibición, falta de motivación)
- Labilidad emocional
- Trastornos del sueño
- Función intelectual disminuida

En un pequeño porcentaje de pacientes aparecen convulsiones tardías (> 7 días después del traumatismo), pero incluso pueden ser semanas o años después. A veces también se producen alteraciones motoras de tipo espástico, los trastornos de la marcha o el equilibrio, la ataxia y las pérdidas sensitivas.

Tras un traumatismo craneoencefálico que destruye las funciones cognitivas del prosencéfalo sin afectar el tronco encefálico puede producirse un estado vegetativo persistente. No hay capacidad de mantener una actividad mental conciente, aunque los reflejos autónomos y motores y los ciclos normales de vigilia-sueño están conservados. Pocos pacientes recuperan una función neurológica normal cuando el estado vegetativo persistente dura más de 3 meses tras la lesión y casi ninguno se recupera pasados los 6 meses.

La función neurológica tiende a mejorar durante al menos 2 años tras un traumatismo craneoencefálico, y es más rápida en los primeros 6 meses. (15)

2.3.3 CRANEOTOMIA:

A. Definición

La Craneotomía es una operación quirúrgica en que parte del cráneo, llamado *colgajo óseo*, se extrae 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), y también puede permitir a los médicos implantar estimuladores para el tratamiento de Parkinson y epilepsia.

La Craneotomía en humanos usualmente se realiza bajo anestesia general, pero puede también hacerse con el paciente despierto utilizando un anestésico local; el procedimiento general, no implica importantes molestias para el paciente. En general, una craneotomía estará precedida por una resonancia magnética que proporciona una imagen del cerebro que el cirujano utiliza para planificar la ubicación precisa para la eliminación de hueso y el ángulo apropiado de acceso a las áreas del cerebro. El *colgajo óseo* que debe ser extraído, depende en gran medida del tipo de cirugía que se vaya a realizar.

Cuando las extracciones de cráneo son pequeños agujeros, estos pueden sanar sin dificultad. En los casos en que grandes partes del cráneo son extraídas, los cirujanos suelen mantener al *colgajo óseo* para posteriormente reincorporarlo al cráneo. En el lugar de la extracción, se ubican temporalmente placas de metal y luego se reintegra intacta la parte del cráneo, momento en el cual se retiran las placas.

B. Indicaciones:

- Edema cerebral maligno.
- TEC severo.
- Infartos cerebrales.
- Ruptura de aneurismas.
- Tumores.
- PIC elevada.

C. Complicaciones:

- Secuelas en el habla, la memoria , la visión, el equilibrio , la coordinación y otras funciones del paciente.
- Sangrado cerebral.
- Coma.
- Infecciones graves.
- Edema cerebral.
- Hidrocefalia.
- Fistula de LCR.
- Convulsiones.
- Colecciones subdurales (hematomas)
- Muerte. (16)

2.3.4 CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAOPERATORIOS EN PACIENTE SOMETIDO A CRANEOTOMÍA:

- En la recepción se debe presentar con él y con la familia, mientras se verifica el brazalete de identificación, en qué condiciones llega al quirófano, el estado general, de conciencia, accesos venosos y drenajes.
- Verificar si hay presencia de joyas, prótesis dentales y esmalte en las uñas (en el caso la paciente sea de sexo femenino).
- Si el paciente llega con algún familiar, confirmar los datos de la historia clínica (alergias, antecedentes médicos, cirugías previas) , los consentimientos informados de cirugía y anestesia firmados y verificar análisis de laboratorio , exámenes auxiliares, etc.
- Se brinda apoyo emocional y espiritual a la familia y/o al paciente si está consiente.
- Ingresar al paciente al quirófano y trasladarlo a la mesa quirúrgica (a cargo de todo el equipo quirúrgico)
- Monitorizar las funciones vitales en conjunto con el anesthesiólogo.
- Valorar el estado neurológico del paciente en todo momento y debe registrarlo en la hoja de enfermería.
- Verificar con banco de sangre la solicitud y disponibilidad de hemoderivados para el paciente durante la cirugía.
- Proporcionar al cirujano los equipos necesarios para la cirugía.
- Asistir al anesthesiólogo durante la inducción anestésica e intubación del paciente.
- Posicionar al paciente según el abordaje quirúrgico: decúbito supino para craneotomía anterior, posición prona o posición semi- fowler para craneotomía posterior según sea el caso.

- Proteger zonas de presión, brazos, rodillas, tobillos y talones con almohadillas compuestas con viscoelástica o algodón.
- Realizar lavado perineal con solución yodada al 7.5 % (en caso el paciente no sea alérgico) y se coloca sonda vesical.
- Asistir en el rasurado, lavado y asepsia de la zona operatoria, protegiendo el área de los oídos con tapones de algodón y los ojos con campos adhesivos.
- Colocar placa de retorno en una zona musculosa, bien irrigada, sin prominencias óseas, lejos de tejido cicatrizado y de material de osteosíntesis.
- Colocar manta térmica sobre el paciente a 38° centígrados.
- Terminada la cirugía y valorando el estado del paciente, el anestesiólogo en conjunto con el cirujano decidirán si es posible extubar al paciente.
- Asistir en la extubación y traslado del paciente a su cama definitiva para llevarlo al área de recuperación post-anestésica o al área de cuidados intensivos neuroquirúrgicos, con oxígeno y monitor de funciones vitales.

CAPITULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORMIENTO EN RELACIONA LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

3.1 VALORACIÓN:

3.1.1 DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos : K.M.CH
Edad : 37 años
Sexo : Femenino
Fecha de nacimiento : 06/01/1983
Grado de Instrucción : Secundaria completa.
Estado Civil : Conviviente.
Nacionalidad : Peruana.
Procedencia : La Victoria - Lima
Ocupación : Ejecutiva de ventas en call center.
Religión : Católica.
Informante : O. P. C (conviviente)

3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente es traída por su conviviente, refiere que sufrió caída por las escaleras mientras bajaba de recoger ropa del 2do piso, con pérdida del conocimiento por minutos, no hubo vómitos, por lo que llama a los bomberos para su correspondiente traslado al hospital.

3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL:

Traumatismo craneoencefálico moderado.

Hematoma subdural agudo.

3.1.4 ANTECEDENTES:

3.1.4.1 Antecedentes Familiares:

- Padre : Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus.
- Madre : Diabetes Mellitus.
- Hermanos : Aparentemente sanos.

3.1.4.2 Antecedentes Personales:

- Obesidad.
- Niega alergias.
- Quirúrgicos: operada hace 2 años de ganglión de pie derecho.

3.1.4.3 Antecedentes socioeconómicos y culturales:

- Vivienda de material noble, cuenta con los servicios básicos de agua y desagüe, luz, internet, telefonía móvil.

3.1.5 EXAMEN FÍSICO:

a) Control de signos vitales:

SO₂ : 93 %

FC : 91 X minuto.

FR : 21 X minuto.

P/A : 132/ 83 mmHg.

T° : 36.2 ° C

b) Exploración Céfalocaudal:

Piel : llenado capilar menor de 2 “.

Cabeza: simétrica, presencia de lesión y hematoma a nivel fronto parietal derecho.

Tórax: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, roncus escasos difusos, no tirajes.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes.

Sistema Nervioso Central: nivel de conciencia, EG 13 Ptos. Sonmoliente, no lúcida en tiempo, espacio y persona, pupilas reactivas, no déficit motor.

Aparato locomotor: Presencia de lesiones y hematomas en ambos miembros superiores e inferiores.

3.1.6 Exámenes Auxiliares

Laboratorio:

- Recuento de Leucocitos : 8.24
- Recuento de Eritrocitos : 4.67
- Hemoglobina : 12.60
- Hematocrito : 40.10
- Recuento de Plaquetas : 331
- VCM : 85.90
- HCM : 27.00
- Ccmh : 32.20
- Recuento de Eosinófilos : 0.00
- Recuento de Linfocitos : 28.00
- Recuento de Basófilos : 0.00
- Recuento de Monocitos : 4.00
- Recuento de Segmentados : 68.00
- Recuento de Abastionados : 0

- RDW : 14.10
- VPM : 7.20
- HDW : 2.66
- Test de Proteína C Reactiva : 18.8
- Creatinina : 0.6
- Glucosa : 97
- Urea : 19
- Sodio : 140
- Potasio : 4.1
- Cloro : 107
- Fosfatasa alcalina : 84
- TGP-ALAT : 68
- TGO-ASAT : 44
- GGTP : 28
- Bilirrubina total : 0.3
- Bilirrubina Directa : 0.1
- Bilirrubina Indirecta : 0.2
- Proteínas Totales : 7.8
- Albúmina : 4.2
- Globulina : 3.6
- Amilasa : 77
- Lipasa : 86
- Fibrinógeno : 4.05
- Tiemp parcial de Tromboplastina AC : 34.85
- INR : 1.08
- Tiempo de Protrombina : 12.05

3.1.7 VALORES SEGÚN CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES

- **Dominio I : Promoción y Gestión de la salud**

- **Clase 2. Gestión de la salud**

- Conviviente de la paciente refiere conocer la gravedad de la situación de salud de su familiar, él firma los consentimientos informados de cirugía y anestesia, ya que la paciente no se encuentra en condiciones de firmarlo.

- **Dominio II : Nutrición**

- **Clase 1. Ingestión**

- Familiar de la paciente conoce sobre la obesidad de la paciente y el riesgo que implica en la cirugía.

- Paciente con sonda nasogástrica a gravedad, en NPO.

- **Clase 5. Hidratación**

- Paciente con vía periférica en ambos miembros superiores para ingreso de volumen de líquidos.

- **Dominio III : Eliminación**

- **Clase 1. Función Urinaria**

- Paciente con sonda Foley permeable

- **Clase 2. Función Gastrointestinal**

- Paciente viene con pañal.

- **Clase 3 Función Respiratoria**

- Paciente con respiración espontánea, con ayuda respiratoria: cánula binasal a 10 litros por minuto.

- **Dominio IV : Actividad y Reposo**

- **Clase 1. Reposo y Sueño**

- Paciente con alteración de las consciencia, Escala de como de Glasgow 13 ptos.

- **Clase 2. Actividad/ Ejercicio**

- Paciente no presenta déficit motor.

- **Clase 5. Autocuidado**

- Paciente no se encuentra consciente sobre su estado de salud, sin la posibilidad de autocuidarse.

- **Dominio V : Percepción – Cognición**

- **Clase 2. Orientación**

- Paciente no se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona.

- **Clase 5. Comunicación**

- Paciente no puede expresarse por su estado de conciencia.

- **Dominio VI : Autopercepción**

- No aplica

- **Dominio VII : Rol/ Relaciones**

- No aplica

- **Dominio VIII : Sexualidad**

- No aplica

- **Dominio IX : Afrontamiento / Tolerancia al estrés**

- **Clase 3. Estrés Neurocompartimental**

- Paciente con disminución de la función neurológica, Glasgow 13 puntos.

- **Dominio X : Principios Vitales**

No aplica.

- **Dominio XI : Seguridad y Protección**

- **Clase 1. Infección**

- Paciente presenta dispositivos invasivos: vía periférica, sonda nasogástrica, sonda Foley.

- **Clase 2. Lesión Física**

- Paciente con lesión a nivel de la frente además de múltiples hematomas y equimosis en miembros superiores e inferiores.

- **Clase 6. Termorregulación**

- Paciente con temperatura 36.2

- **Dominio XII : Confort**

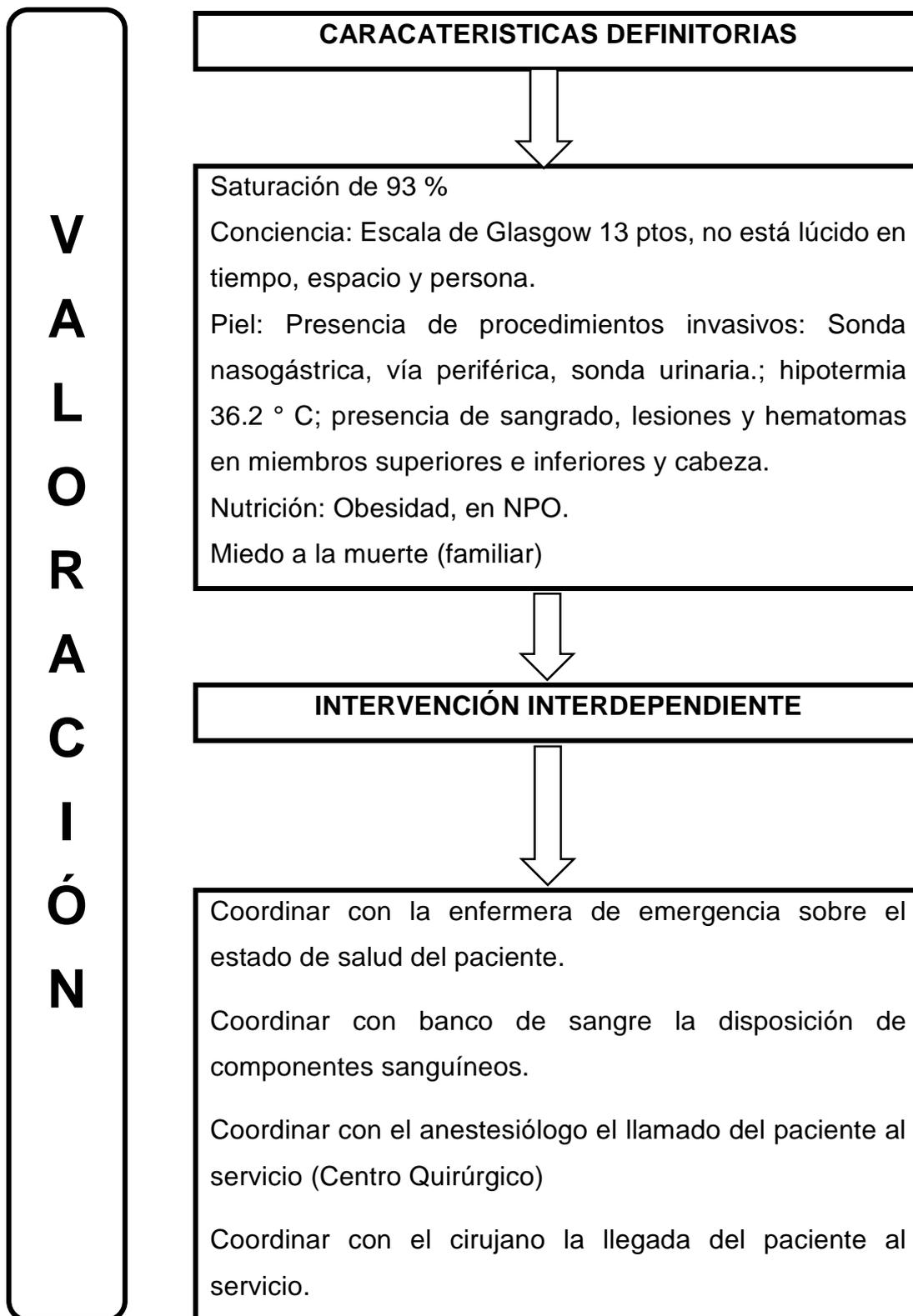
- **Clase 1. Confort Físico**

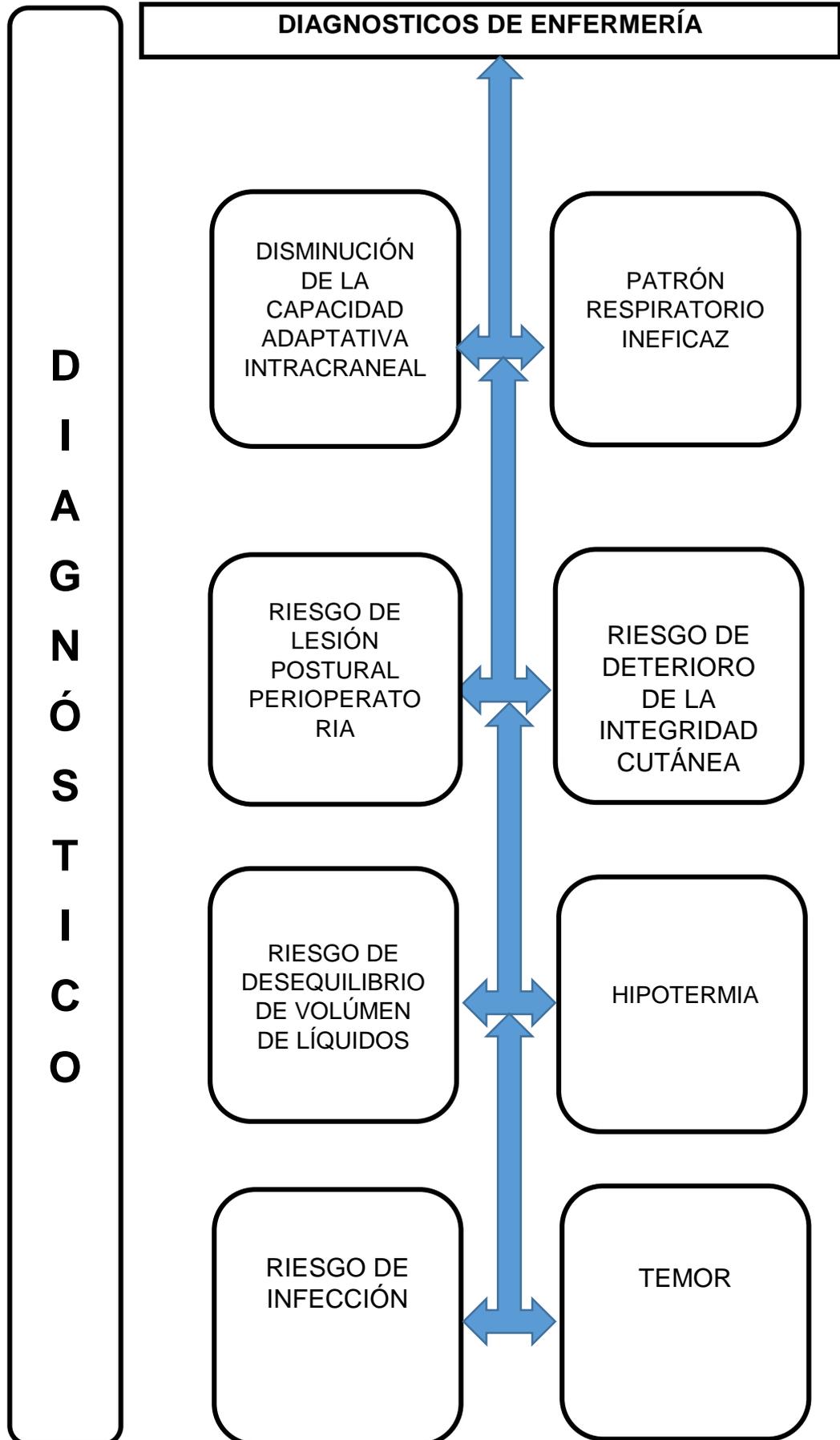
- Paciente con múltiples lesiones y hematomas en el cuerpo.

- **Dominio XIII: Crecimiento y Desarrollo**

- No aplica

3.1.7 ESQUEMA DE VALORACIÓN





3.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

3.2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS:

- Saturación de oxígeno de 93 %
- Escala de Glasgow 13 ptos, no está lúcido en tiempo, espacio y persona.
- Presencia de procedimientos invasivos
- Temperatura de 36.2 ° C.
- Presencia de sangrado , lesiones y hematomas en miembros superiores e inferiores y en la cabeza
- Obesidad, en NPO.
- Temor a la muerte (familiar).

3.2.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN DATO SIGNIFICATIVO:

- Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Riesgo de lesión postural perioperatoria
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
- Hipotermia.
- Riesgo de infección
- Temor.

3.2.3 ESQUEMA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNÓSTICO
Alteración de la conciencia	Lesión cerebral.	Presencia de hematoma.	Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado con lesión cerebral.
Uso de cánula binasal.	Alteración de la conciencia	Saturación de oxígeno de 93 %	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con alteración de la conciencia.
Sedación e intubación con ventilación mecánica.	Alteraciones sensitivo perceptuales debido a la anestesia.	Presencia de lesiones en zonas de presión.	Riesgo de lesión postural perioperatoria R/C alteraciones sensitivo perceptuales debido a la anestesia.
Acceso cerebral y uso de equipos biomédicos.	Procedimiento quirúrgico.	Herida por procedimiento quirúrgico. Quemadura por placa neutra.	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con

			procedimiento quirúrgico
Pérdida de la continuidad cutánea.	Proceso patológico por trauma intracraneal	Presencia de sangre en cabeza.	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con proceso patológico por trauma intracraneal
Hipotermia	Proceso patológico por trauma intracraneal.	Temperatura 36.2 ° C	Hipotermia relacionado con proceso patológico por trauma intracraneal.
Infección	Procedimientos invasivos y quirúrgico.	Secreciones purulentas, dehiscencia de herida operatoria, leucocitosis, alza térmica.	Riesgo de infección relacionado procedimientos invasivos y quirúrgico.
Miedo a la muerte.	Procedimiento quirúrgico.	Expresión de miedo del conyugue hacia la muerte.	Temor a la muerte relacionado con procedimiento quirúrgico.

3.3 PLANIFICACIÓN

3.3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00049</p> <p>Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal R/C lesión cerebral</p>	<p>Código: 0912</p> <p>Estado neurológico: conciencia</p>	<p>Código: 2620</p> <p>Monitorización neurológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la conciencia mediante la escala de Glasgow. • Evaluación de reacción pupilar, tono muscular, fuerza muscular y presencia de algún déficit motor o sensitivo. • Registrar en las anotaciones de enfermería los datos encontrados. • Verificar el resultado de la tomografía y el 	<p>Paciente con escala de Glasgow 13 ptos, no se encuentra lúcido en tiempo, espacio y persona.</p>

		<p>nivel donde se encuentra la lesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar presencia de reflejos. 	
<p>Código: 00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C alteración de la conciencia.</p>	<p>Código: 0802 Signos vitales</p>	<p>Código: 3320 Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede. • Asistir en la inducción anestésica e intubación del paciente. • Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. • Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno. • Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, 	<p>Paciente mantiene saturación de oxígeno por encima de 99 % (en ventilación mecánica)</p>

		<p>gasometría en sangre arterial).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar constantemente las funciones vitales, especialmente la saturación de oxígeno. 	
<p>Código:00087 Riesgo de lesión postural perioperatoria R/C alteraciones sensitivo perceptuales debido a la anestesia.</p>	<p>Código: 0911 Estado neurológico: motor central</p>	<p>Código: 6610 Identificación del riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posicionar al paciente según el abordaje(decúbito dorsal, abordaje fronto-parietal) • Colocar almohadillas de algodón en las zonas prominentes: brazos, tobillos, pies. • Monitorizar constantemente la colocación de conexiones de procedimientos 	<p>Paciente no presenta enrojecimiento de zonas de presión.</p>

		<p>invasivos y no invasivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar el roce de la piel del paciente con el metal de la mesa operatoria. 	
<p>Código: 00047</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con procedimiento quirúrgico</p>	<p>Código: 1101</p> <p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p>	<p>Código: 2590</p> <p>Vigilancia de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar las lesiones y hematomas previos a la cirugía y dejarlo registrado en las notas de enfermería. • Colocar almohadillas en zona de presión para evitar aumento de lesiones en el paciente. • Colocar placa neutra en una zona musculosa, sin presencia de lesiones (se coloca en 	<p>Paciente no presenta mayor deterioro de la integridad cutánea.</p> <p>No hay presencia de quemadura en zona de colocación de placa neutra.</p>

		<p>pantorrilla derecha).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar que la piel roce directamente con el metal de la mesa operatoria. 	
<p>Código: 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con proceso patológico por trauma intracraneal</p>	<p>Código: 0414 Estado Cardiopulmonar</p>	<p>Código: 4180 Manejo de la hipovolemia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar contantemente los signos vitales. • Valorar el control de gases arteriales. • Coordinar con banco de sangre la disposición de componentes sanguíneos. • Vigilar la hidratación de la piel. • Valorar el sangrado durante el intraoperatorio y registrarlo en las anotaciones de enfermería. • Realizar balance hídrico. 	<p>Paciente presenta alteración controlada y corregida de la volemia.</p>

<p>Código: 00006 Hipotermia relacionado con proceso patológico por trauma intracraneal.</p>	<p>Código: 0800 Termorregulación</p>	<p>Código:6680 Monitorización de los signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar un sensor de temperatura esofágico para monitorizar la temperatura del paciente. • Mantener el quirófano a una temperatura ambiental de 19° C. • Colocar una manta térmica a una temperatura de 38 ° C (media) • Registrar en las anotaciones de enfermería los signos vitales. 	<p>Paciente mantiene una temperatura de 36.6 ° C durante el intraoperatorio.</p>
<p>Código: 00004 Riesgo de infección relacionado procedimientos</p>	<p>Código: 1842 Conocimiento del control de la infección</p>	<p>Código: 6540 Control de Infecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar que el tiempo de lavado quirúrgico sea el 	<p>Paciente no presenta infecciones agregadas.</p>

<p>invasivos y quirúrgico.</p>		<p>adecuado(5 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener una estricta técnica aséptica para la colocación y manejo de dispositivos invasivos: catéter venoso central, vías periféricas, Línea arterial, sonda nasogástrica, sonda Foley. • Asistir en el rasurado, lavado y la asepsia de la zona operatoria con solución yodada al 7.5 % y al 10% • Mantener el quirófano con todas las medidas de bioseguridad y de asepsia. • Vigilar permeabilidad de catéteres y sondas. 	
--------------------------------	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la administración del tratamiento antibiótico. 	
<p>Código: 00148</p> <p>Temor a la muerte relacionado con procedimiento quirúrgico.</p>	<p>Código: 1404</p> <p>Control del miedo</p>	<p>Código: 5270</p> <p>Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepcionar a la paciente y a su familiar y realizar la entrevista, llamándolos por sus nombres. • Explicar al familiar (conviviente) todos los procedimientos a realizar. • Brindar apoyo espiritual, según la religión. • Mantener una postura de calma y tranquilidad frente al paciente y su familiar. 	<p>Familiar de la paciente expresa sus sentimiento de temor por la cirugía.</p>

IV. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1 Registro de Enfermería:

S	Mujer adulta de 37 años de edad ingresa al servicio para ser intervenida de craneotomía para evacuación de hematoma. Llega en compañía de familiar (conviviente) quien refiere “ sentir mucho miedo a que su esposa se muera”
O	Paciente somnolienta, escala de Glasgow 13 pts, pupilas reactivas, ventila espontáneamente con apoyo de cánula binasal a 10 litros por minuto, con sujeción mecánica en miembros superiores e inferiores, tiene brazalete de identificación con datos correctos, se verifica historia clínica, tiene consentimientos informados firmados de cirugía y anestesia, laboratorio y riesgo quirúrgico completo.
A	<ul style="list-style-type: none">• Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado con lesión cerebral.• Patrón respiratorio ineficaz relacionado con alteración de la conciencia.• Riesgo de lesión postural perioperatoria R/C alteraciones sensitivo perceptuales debido a la anestesia.• Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con procedimiento quirúrgico Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con <ul style="list-style-type: none">• proceso patológico por trauma intracraneal• Hipotermia relacionado con proceso patológico por trauma intracraneal.• Riesgo de infección relacionado procedimientos invasivos y quirúrgico.• Temor a la muerte relacionado con procedimiento quirúrgico.

<p>P</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente mantendrá una saturación de oxígeno por encima de 96 %. • Paciente no presentará lesiones posturales y quemaduras por placa neutra. • Paciente mantendrá un volumen de líquidos controlado. • Paciente presentara temperatura corporal dentro de los límites normales. • Paciente no presentará infecciones sobre agregadas. • Familiar de paciente (conviviente) expresará sentimientos de temor frente a la actual situación de salud de la paciente.
<p>I</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza lista de verificación de cirugía segura (check list) • Se brinda apoyo emocional y se informa al familiar los procedimientos a realizar a la paciente, y el destino luego de la cirugía. • Se indica al familiar que se despida de la paciente para su posterior ingreso al quirófano (se da un minuto de privacidad). • Se ingresa la paciente al quirófano, se asiste en monitorización de funciones vitales. • Se asiste en inducción anestésica e intubación. • Se asiste en posicionamiento del paciente, protegiendo con algodón zonas de presión: brazos, caderas, tobillos, pies. • Se asiste en la colocación de vías periférica de calibre 16 (en ambos miembros superiores y línea arterial). • Se coloca manta térmica sobre el paciente a 38 ° C. • Se asiste en rasurado, lavado y asepsia de zona operatoria (fronto parietal derecha) con solución yodada al 7.5 % y al 10% respectivamente. • Se coloca placa neutra en muslo izquierdo (zona libre de lesiones) • Se solicita paquetes globulares a banco de sangre según indicación del médico anesthesiologo.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se dejan libres sonda nasogástrica y sonda Foley con bolsas colectoras vacías para el balance hídrico intraoperatorio. • Se mantiene la asepsia y bioseguridad durante todo el procedimiento quirúrgico.
<p>E</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente mantiene saturación de oxígeno por encima de 99 % (en ventilación mecánica). • Paciente no presenta enrojecimiento de zonas de presión. Paciente no presenta mayor deterioro de la integridad cutánea y no hay presencia de quemadura en zona de colocación de placa neutra. • Paciente presenta alteración controlada y corregida de la volemia. • Paciente mantiene una temperatura de 36.6 ° C durante el intraoperatorio. • Paciente no presenta infecciones agregadas. • Familiar de la paciente expresa sus sentimiento de temor por la cirugía <p>Paciente pasa a UCI- NEUROCIRUGÍA intubado con apoyo de ventilación mecánica, hemodinamicamente estable: SO2 99 %, FC : 74 X', FR: 16 X ' , P/A: 112/65 mmHg., T° : 36.4° C., apósito de herida operatoria limpio y seco.</p>

CONCLUSIONES

- El cuidado de Enfermería que se realiza en el periodo intraoperatorio es importante para vigilar y proteger la seguridad el paciente quirúrgico.
- La enfermera y la conciencia quirúrgica de esta será fundamental para evitar problemas y complicaciones prevenibles.
- El soporte emocional que la enfermera brinda a la familia de un paciente que no se encuentra lúcido en tiempo, espacio y persona, ayudará a enfrentar la situación de salud del mismo.
- Es importante hacer que la familia se despidan del paciente antes del ingreso al quirófano.
- La temperatura corporal del paciente siempre debe mantenerse dentro de los límites normales, especialmente dentro del ambiente del quirófano.
- La pronta recuperación de la volemia en el paciente quirúrgico será determinante para la mejor recuperación del paciente neuroquirúrgico.
- La atención oportuna y eficaz del paciente neuroquirúrgico será básico para su recuperación.
- La lista de verificación de cirugía segura evita que haya errores en la atención del paciente.

RECOMENDACIONES

- Realizar todos los procedimientos manteniendo los principios de asepsia y bioseguridad.
- Recordar que mientras el paciente se encuentra bajo los efectos de la sedación no podrá manifestar ningún sentimiento o sufrimiento, por lo que se debe tener en cuenta el cuidado humanizado.
- Vigilar constantemente las funciones vitales del paciente e informar si hubiese algún cambio significativo.
- Vigilar constantemente la zona de la colocación de la placa neutra para evitar quemaduras en el paciente.
- Evitar encender el aire acondicionado del quirófano hasta que se haya cubierto al paciente con los campos estériles para evitar la sobreexposición a bajas temperaturas.
- Verificar que el paciente quirúrgico ingrese al quirófano sin dentadura postiza, sin maquillaje, uñas pintadas o acrílicas y lentes de contacto.
- Aplicar la lista de verificación de cirugía segura antes, durante y al final de la cirugía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Estadística Institucional Essalud 2019
<http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>

- 2) Organización mundial de la Salud. Los traumatismos: el problema sanitario desatendido en los países en desarrollo. 2009
<https://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-052290/es/>

- 3) Instituto Nacional De Salud.
<https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/70-del-total-de-accidentes-de-transito-en-el-pais-involucra-autos-camionetas>

- 4) Alonso De La Puente, Sandra, 2017, “Cuidados de enfermería en un paciente intervenido de hematoma subdural crónico”, ciudad de Zamora en México.
https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/135834/TG_Alonso%20de%20la%20PuenteS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- 5) Algarbe Silvana, 2016, “Intervención de enfermería en Paciente con traumatismo de cráneo encefálico grave”, Córdoba- Argentina.
<http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/algarbe-silvana.pdf>

- 6) Palma Caisachana Danny Alexandra, 2017, “Cuidados de Enfermería en traumatismo craneoencefálico y su relación con las oportunidades de mejora” Ambato-Ecuador.
<https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/26964/2/PDF%20-DANIELA-PALMA-TESIS.pdf>

- 7) Betoven Juan de Dios Quito, "Proceso de Atención de Enfermería aplicado a paciente con craneotomía, excéresis del proceso expansivo hemorrágico e insuficiencia respiratoria en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Neuroquirúrgicas de un Hospital de lima", 2018
<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/upeu/1851>

- 8) Sonia Luz Bravo Salvador, "Cuidados de Enfermería en paciente postoperado inmediato de Craneotomía por hematoma epidural, Unidad de Recuperación del hospital Sergio Bernales 2018"
http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3323/seg.espe_c_sonia%20luz%20bravo%20salvador.pdf?sequence=2&isallowed=y

- 9) Calvo Cachay, Alexia Aida, Moreno Espejo Lisset Yuliana, Oré Vásquez Kattia Cesia, "Aplicación de un Protocolo en la Enfermera circulante sobre Seguridad del Paciente Quirúrgico para la Prevención de eventos adversos del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima – 2018".
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3946/Aplicacion_Calvo_Cachay_Alexia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- 10) Córdova Yucra, Raquel Elizabeth, "Grado de Dependencia de Cuidados de Enfermería y Complicaciones en la Unidad de Recuperación Postanestésica. Hospital Regional Moquegua. 2018".
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/unsa/8886/enscoyure.pdf?sequence=1&isallowed=y>

- 11) Suarez Olarte Marieta Ingrid, Huahuasoncco Vilca Gaby Yaneth, "Calidad De Interrelación De La Enfermera Según Peplau y Satisfacción de Pacientes Quirúrgicos, Servicios De Cirugía Hospital Regional Honorio Delgado" Arequipa 2017

<http://bibliotecas.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2433/Ensuolmi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

12) El Cuidado : Jean Watson

<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/jean-watson.html>

13) Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>

14) Teoría y Modelos de Enfermería

<http://teorias-modelos.blogspot.com/2010/03/florence-nightingale.html>

15) Manual MSD Versión Para Profesionales: Traumatismo Encefalocraneano (TEC)

<https://www.msmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismos-de-cr%C3%A1neo-tc/traumatismo-encefalocraneano-tec>

16) Craneotomía: Concepto

<https://es.wikipedia.org/wiki/Craneotom%C3%ADa#:~:text=Craneotom%C3%ADa%20es%20una%20operaci%C3%B3n%20quir%C3%B3rgica,fin%20de%20acceder%20al%20cerebro>

ANEXOS



PREPARACION Y ARMADO DEL CRANEOTOMO



PROTECCION DE ZONAS DE PRESION CON ALGODON



CALENTADOR TERMICO



PACIENTE LISTA PARA SER LLEVADO A UCI DE NEUROCIRUGIA



DURANTE LA CIRUGIA



DESPUES DE LA CIRUGIA