

Intervenciones de enfermería en el periodo posoperatorio inmediato de un paciente sometido a craneotomía por hematoma epidural

Nursing interventions in the immediate postoperative period of a patient undergoing craniotomy for epidural hematoma

Intervenções de enfermagem no pós-operatório imediato de paciente submetido a craniotomia por hematoma epidural

Jackeline Miriam Antonio Cárdenas¹

<https://orcid.org/0000-0002-3363-4267>

Resumen

Proceso de cuidado enfermero que corresponde a un paciente adulto de iniciales J. G. E. evaluado desde el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos. **Objetivo:** Identificar los problemas de enfermería y gestionar el cuidado integral del paciente posoperado inmediato de craneotomía por hematoma epidural. **Caso clínico:** Adulto de sexo masculino, de 30 años, ingresa al servicio procedente de sala de operaciones, con pupilas isocóricas reactivas, portador de SNG, herida operatoria cubierta con vendaje, intubado conectado al ventilador mecánico con modo PC/AC con Fio₂: 50 %, PEEP 5, FR: 20 X' VT: 400, TI: 0.10, RAMPA: 0.2, P. inspiratoria 12, paciente con efecto de sedoanalgesia manteniendo un RASS-4. **Método:** Estudio de caso de un paciente posoperado inmediato de craneotomía por hematoma epidural. **Resultados:** La evolución del paciente es estacionaria, se mejora el intercambio gaseoso manejando vías aéreas artificiales, se mantuvo temperatura corporal en 37,3 °C. **Conclusiones:** En el primer diagnóstico enfermero identificado, el 20 % de metas propuestas no se alcanzaron y el 80 % fueron parcialmente cumplidas. En el segundo diagnóstico, el 70 % de metas se lograron, mientras un 30 % fueron relativamente logrados. En el tercer diagnóstico, el 50 % de metas se lograron, mientras el otro 50 % fueron relativamente logrados, ya que la complejidad de su estado hace que se cumplan los objetivos a largo plazo.

Palabras clave: enfermería, craneotomía, adulto, cuidados posoperatorios

Abstract

The nursing care process corresponds to an adult patient with the initials J. G. E. evaluated from admission to the Intensive Care Unit. **Objective:** To identify the nursing problems and manage the comprehensive care of the immediate postoperative patient of craniotomy due to epidural hematoma. **Clinical case:** Male adult, 30 years old, admitted to the service from the operating room, with reactive isochoric pupils, NGT carrier, operative wound covered with a bandage, intubated connected to a mechanical ventilator with PC/AC mode with Fio₂: 50 %, PEEP 5, RR: 20 X' VT: 400, TI: 0.10, RAMP: 0.2, inspiratory P. 12, patient with sedative analgesia effect maintaining a RASS-4. **Method:** Case study of a patient immediately postoperative for craniotomy due to epidural hematoma. **Results:** The evolution of the patient is stationary, gas exchange is improved by managing artificial airways, and body temperature was maintained at 37.3 °C. **Conclusion:** In the first nursing diagnosis identified, 20 % of the proposed goals were not achieved and 80 % were partially achieved. In the second diagnosis, 70 % of goals were achieved, while 30 % were relatively achieved. In the third diagnosis, 50 % of the goals were achieved, while the other 50 % were relatively achieved since the complexity of their status means that long-term objectives are met.

Keywords: nursing, craniotomy, adult, postoperative care

¹Universidad Nacional de Ucayali. Perú

Resumo

Proceso de cuidado de enfermagem correspondente a um paciente adulto com as iniciais J. G. E. avaliados desde a admissão na Unidade de Terapia Intensiva. **Objetivo:** Identificar os problemas de enfermagem e gerenciar o cuidado integral ao paciente no pós-operatório imediato de craniotomia por hematoma peridural. **Caso clínico:** adulto do sexo masculino, 30 anos, admitido no serviço a partir do centro cirúrgico, com pupilas isocóricas reativas, portador de SNG, ferida cirúrgica coberta com curativo, intubado conectado a ventilador mecânico com modo PC/AC com Fio2: 50 %, PEEP 5, RF: 20 X' VT: 400, TI: 0,10, RAMP: 0,2, inspiratório P. 12, paciente com efeito sedativo mantendo RASS-4. **Método:** Estudo de caso de paciente em pós-operatório imediato de craniotomia por hematoma epidural. **Resultados:** A evolução do paciente é estacionária, a troca gasosa é melhorada com o manejo de vias aéreas artificiais, a temperatura corporal foi mantida em 37,3 °C. **Conclusão:** No primeiro diagnóstico de enfermagem identificado, 20 % das metas propostas não foram alcançadas e 80 % foram parcialmente alcançadas. No segundo diagnóstico, 70 % das metas foram alcançadas, enquanto 30 % foram relativamente alcançados. No terceiro diagnóstico, 50 % das metas foram atingidas, enquanto os outros 50 % foram relativamente alcançados, pois a complexidade de seu status faz com que os objetivos de longo prazo sejam cumpridos.

Palavras-chave: enfermagem, craniotomia, adulto, cuidados pós-operatórios

Introducción

El traumatismo encéfalo craneano es la causa frecuente de mortalidad y morbilidad en el grupo de personas menores de 45 años, según datos epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esto ocurre a nivel mundial, lo que hace una necesidad para los especialistas en neurocirugía, realizar operaciones de craneotomía descompresiva. En Cuba, una investigación observacional descriptiva en el servicio de neurocirugía del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente José Ramón López, durante los meses de enero del 2016 a enero del 2018, predominó la prevalencia de 71,7 % en varones menores de 48 años. La cantidad presentaba casos moderados a severos en un 29 %, donde la intervención más practicada fue la evacuación de hematoma epidural.¹

La intervención de craneotomía descompresiva se tiene que realizar precozmente dentro de las 6 horas después de haber ocurrido el trauma con la elevación de la PIC, a mayor de 25 mmhg, por el contrario, la demora de la intervención puede conllevar a secuelas significativas con el paciente. Hoy en día, la craneotomía en países en desarrollo son tratamientos electivos, siendo así que, después de la intervención, los jóvenes tienden a evolucionar más rápido que un adulto mayor de 65 años.²

El hematoma extradural o epidural puede ocasionar un deterioro neurológico mucho más rápido, comprometiendo el deterioro de la conciencia conjuntamente con la hipertensión endocraneana, sin embargo, hay casos particulares en los que el paciente no presenta daños cerebrales considerables, que va desde 1 a 2 días conocido como “tiempo libre de petit”, presentando, después, un deterioro significativo de la conciencia, poniendo en riesgo la respuesta terapéutica oportuna.³

La craneotomía descompresiva se considera una intervención quirúrgica, en la que se procede a retirar el edema que se produce después de la lesión cerebral con la apertura de la duramadre, en tal caso, se enfoca a poder evitar la elevación de la PIC y lograr parámetros óptimos de perfusión cerebral, de esta manera, se garantiza el flujo y se evita la injuria cerebral. En Perú, un estudio retrospectivo observacional realizado entre el 2018 al 2020; determinó que hay más predominio de personas de sexo masculino menores de 40 años con un 66,7 %, de las cuales, el 21,7 % son accidentes de tránsito. Por lo cual, se concluye que la craneotomía descompresiva por TEC grave es un manejo decisivo de esta patología.⁴

Los hematomas epidurales son las causas de ingreso a emergencias neuroquirúrgicas más importantes, de las cuales puede tener como consecuencias secuelas considerables e irreversibles, aunque existen factores determinantes como cantidad de sangrado o hematomas, estado de conciencias, desviación de la línea media, del daño va a depender continuar con una craneotomía descompresiva o con el tratamiento farmacológico.⁵

Se considera un hematoma epidural cuando se produce la ruptura de un vaso sanguíneo en la zona epidural, causando un sangrado en el espacio entre la duramadre y el cráneo rígido, estas son causas de traumatismos graves. Cuando el sangrado es masivo, produce una acumulación de líquido o hematoma, ocasionando presión en el cerebro conocida como hipertensión endocraneana, que puede ocasionar una injuria cerebral si no se resuelve a tiempo.⁶

La craneotomía descompresiva consiste en la remoción ósea de una extensa área de la calota craneana y la consiguiente apertura dural con plastia de la misma, con el objetivo de lograr la reexpansión del hemisferio afectado. Es un tratamiento muy utilizado en pacientes con hipertensión endocraneana y edema cerebral refractario al tratamiento médico. Esto permite ganar un compartimiento extra para el cerebro edematizado.⁷

Es importante el empleo de la craneotomía descompresiva, como tratamiento de la hipertensión intracraneal refractaria, a terapia conservadora, en la lesión cerebral traumática. A pesar de la heterogeneidad de los resultados obtenidos con este tratamiento, se ha comprobado que disminuye la mortalidad en comparación con los pacientes tratados de manera conservadora. Además, en los estudios en los que se ha empleado de forma precoz ha mejorado la incidencia de estados vegetativos.⁸

La craneotomía descompresiva es quizá una de las medidas terapéuticas dentro del manejo de pacientes neurológicos agudos, que suscita aún gran controversia, con resultados inciertos donde convergen la ética, la calidad de vida, y el impacto familiar y social. Basándonos en el concepto mecánico de la compresión que ejerce el edema cerebral, la craneotomía descompresiva es la única que produce un descenso efectivo e instantáneo de la presión intracraneal. Representa un método simple y seguro de realizar, con baja incidencia de complicaciones.⁹

Método

El caso clínico se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Ayacucho, utilizando el marco teórico de valoración de Marjory Gordon, culminando la recolección de datos del paciente adulto de 30 años, se digitaron y se utilizaron las nomenclaturas taxonómicas NANDA, doceava edición,¹⁰ los resultados esperados con la taxonomía nursing outcomes classification NOC, sexta edición,¹¹ y las intervenciones de enfermería codificadas con la taxonomía NIC, séptima edición,¹² con codificaciones internacionales. Se digitaron en tablas establecidas, las cuales serán descritas e interpretadas para generar resultados que serán discutidos.

Caso clínico

Paciente adulto de sexo masculino de 30 años, sin ningún antecedente de comorbilidad, con diagnóstico médico posoperado inmediato de craneotomía descompresiva por hematoma epidural, ingresa al servicio procedente de sala de operaciones, fue sometido a anestesia general, al examen físico presenta: pupilas anisocóricas reactivas 2 (D) 1,5 (I), herida operatoria cubierta con vendaje y apósitos sin DVE, portador de SNG clampada no presenta contenido gástrico, intubado con tubo orotraqueal núm. 7,5 altura 21 conectado al ventilador mecánico con modo PC/AC con Fio₂: 50 %, PEEP 5, FR: 20 X' VT: 400, TI: 0.10, RAMPA: 0.2, P. INSPIRATORIA: 12, paciente con efecto de sedoanalgesia manteniendo un RASS - 4 con infusión de Propofol 12 cc/+ fentanilo 15cc/ hr. Paciente con soporte de NAD a 8 cc/hr, presenta FC: 100 x', FR: 20 X' Temperatura: 38,4 °C, P/A: 115/ 60 mmhg, PAM: 78 mmhg, Spo₂: 92 %, CO₂: 48 mmhg. Campos pulmonares con buen pasaje aéreo, portador de L.A. permeable localizado en la arteria radial del MSD, portador de CVC, colgajo óseo alojado en zona abdominal. Cuenta con sonda vesical núm. 14 con buen débito urinario.

Exámenes auxiliares

Hemoglobina: 8,8 g/dl

Hematocrito: 25,4

Test rápido SARS-COV-2, negativo

Leucocitos: 14 300 mm³

plaquetas: 120 000 mm³

IRN: 1,29

Tiempo de protombina: 15.1

Gasometría arterial

Tomado de la historia clínica (acidosis respiratoria)

Ph: 7,39

Po₂: 88 mmhg

Pco₂: 48 mmhg

Hb: 8,5 g/dl

So₂: 96 %

Na: 143 meq/l

K: 3,7 meq/l

Glucosa: 110 mg/dl

1,05 mmol/l

Valoración de enfermería

Patrón I

Percepción-manejo de la salud: no presenta ningún antecedente de comorbilidad.

Patrón II

Nutricional metabólico: presenta piel y mucosas semisecas, con sonda nasogástrica, múltiples escoriaciones en la cara, peso aprox. 75 kg.

Patrón III

Eliminación: adecuado débito urinario.

Patrón IV

Actividad-ejercicio: presenta taquicardia 100 X' FR: 20 X' presenta hipertermia de 38,4 °C, P/A: 115/ 60 mmhg, PAM: 78 mmhg con soporte de noradrenalina, saturación de oxígeno: 92 %, campos pulmonares sin ruidos sobreagregados, intubado y conectado al ventilador mecánico, sometido a sedoanalgesia, valor de Co2 48 mmHg al AGA.

Patrón V

Sueño-descanso: paciente sometido a sedoanalgesia con Rash-5, se brinda ambiente libre de ruidos.

Patrón VI

Perceptivo-cognitivo: paciente no evaluable por estar sometido a sedoanalgesia, pupilas anisocorias 2 (D) 1,5 (I) reactivas a la luz.

Patrón VII

Autopercepción-autoconcepto: paciente no evaluable.

Patrón VIII

Rol-relaciones: paciente adulto, padre de familia, vive con su esposa e hijos, no evidencia violencia doméstica, trabajador activo.

Patrón IX

Sexualidad-reproducción: no evaluable.

Patrón X

Adaptación-tolerancia al estrés: no evaluable, familiares comprometidos con la salud del paciente.

Patrón XI

Valores-creencias: religión evangélica según historia clínica.

Priorización de diagnósticos enfermeros

(00030): Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilo perfusión, evidenciado por asincronía ventilatoria, hipercapnia (CO₂: 48 mmhg) (tabla 1).

(00007): Hipertermia evidenciada por temperatura corporal de 38,4 °C, frecuencia cardiaca 100 x' (tabla 2).

(00201): Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz factor de riesgo por lesión cerebral (tabla 3).

Tabla 1

Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00030) Deterioro del intercambio de gases

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervención de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
<p>Datos subjetivos: No evaluable</p> <p>Datos objetivos: Al examen se observa paciente intubado conectado al ventilador mecánico con modo PC/AC con Fio2: 50 %, PEEP 5, FR: 20 X' VT: 400, TI: 0.10, RAMPA: 0.2, P. inspiratoria 12, sometido a sedoanalgesia, valor de Co2 48 mmhg al AGA.</p> <p>00030 Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio ventilo perfusión, evidenciado por asincronía ventilatoria, hipercapnia (CO2: 48mmhg)</p>	<p>0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso</p> <p>Indicadores: 040209 Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO2) (3) M Diana Mantener a: 3 Aumentar a:4 040214 Equilibrio entre ventilación y perfusión (3) M Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4</p>	<p>3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva</p> <p>Actividades: 3300.01 Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador. 3300.02 Observar si se produce un descenso del volumen expirado y un aumento de la presión inspiratoria. 3300.03 Asegurarse de que las alarmas del ventilador estén activadas. 3300.04 Administrar agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos prescritos, según proceda. 3300.05 Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente. 3300.06 Consultar con otros cuidadores para la selección del modo de ventilación. 3300.07 Observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica: infección, barotrauma y disminución del gasto cardíaco. 3300.08 Realizar aspiración, en función de la presencia de sonidos adventicios y/o aumento de las presiones de inspiración.</p>	<p>040209 Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO2) (+2) 5 (N) 040214 Equilibrio entre ventilación y perfusión (+1) 4 (L)</p>

-
- 3300.09
Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria.
- 3300.10
Monitorizar los efectos de los cambios de ventilador en oxigenación: niveles de gases en sangre arterial, SaO₂, SvO₂, CO₂.
- 1913
Manejo del equilibrio ácido básico: acidosis respiratoria
Actividades:
- 1913.01
Se utiliza medidas de bioseguridad.
- 1913.02
Se mantuvo la vía aérea limpia.
- 1913.03
Monitorización del patrón respiratorio.
- 1913.04
Obtener muestras para el análisis de laboratorio del equilibrio ácido básico.
- 1913.05
Monitorizar las posibles causas del exceso de ácido carbónico y de acidosis respiratoria.
- 1913.06
Monitorizar los signos y síntomas del exceso de ácido carbónico.
- 1913.07
Monitorizar la hipoventilación y tratar las causas.
- 1913.08
Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria.
- 1913.09
Controlar el trabajo respiratorio.
- 1913.10
Instruir a los familiares sobre las acciones llevadas a cabo para tratar la acidosis respiratoria.
-

Tabla 2

Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00007) Hipertermia

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervención de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
Datos subjetivos: No evaluable Datos objetivos: al examen se observa que presenta taquicardia 100 X', FR: 20 X', hipertermia de 38,4 °C, piel caliente al tacto, manos y pies frías. 00007 Hipertermia relacionada con piel caliente al tacto evidenciado por temperatura corporal de 38,4 °C, frecuencia cardíaca 100 x'	0800 Termorregulación Indicadores: 080012 Frecuencia de pulso radial (4) I Diana Mantener a: 4 Aumentar a:5 080012 Temperatura cutánea aumentada (3) M Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4 080019 Hipertermia (3) I Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 5	3900 Regulación de la temperatura 3900.01 Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda. 3900.02 Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda. 3900.03 Observar el color y la temperatura de la piel. 3900.04 Utilizar un colchón de enfriamiento, mantas de agua circulante, baños tibios, compresas de hielo o aplicación de compresas de gel. 3900.05 Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. 3900.06 Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos. 3900.07 Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado. 3786 Tratamiento de la hipertermia 3786.01 Asegurar la permeabilidad de la vía aérea. 3786.02 Monitorizar los signos vitales.	040209 Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO ₂) (+2) 5 (N) 040214 Equilibrio entre ventilación y perfusión (+1) 4 (L)

3786.03

Retirar al paciente de la fuente de calor, trasladándolo a un ambiente más frío.

3786.04

Aflojar o quitar la ropa.

3786.05

Aplicar métodos de enfriamiento externos (p. ej., bolsas de hielo en el cuello, el tórax, el abdomen, el cuero cabelludo y las axilas, así como una manta de enfriamiento en la ingle).

3786.06

Mojar la superficie del cuerpo del paciente y abanicarle.

3786.07

Administrar líquidos i.v. usando soluciones enfriadas, según corresponda.

3786.08

Aplicar métodos internos de refrigeración (p. ej., lavado gástrico, vesical, peritoneal o torácico con suero helado), según corresponda.

3786.09

Obtener los valores de laboratorio de los electrolitos séricos, análisis de orina, enzimas cardíacas, enzimas hepáticas y hemograma completo, monitorizando los resultados.

3786.10

Monitorizar la presencia de hipoglucemia.

Tabla 3

Plan de cuidados del diagnóstico enfermero: (00201) Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz

Diagnóstico de enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervención de enfermería NIC	Evaluación del logro NOC
Datos subjetivos: No evaluable	0406 Perfusión tisular: cerebral	Mejora de la perfusión cerebral	
Datos objetivos: al examen: P/A: 115/ 60 mmhg, PAM: 78 mmhg, paciente con soporte de NAD a 8 cc/hr, 00201	Indicadores: 040617 Presión arterial media (3) M Diana Mantener a: 3 Aumentar a:4 040620	2550.01 Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos y mantener dichos parámetros dentro de ese rango.	
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz factor de riesgo lesión cerebral.	Reflejos neurológicos alterados (3) M Diana Mantener a: 3 Aumentar a: 4	2550.02 Inducir una hipertensión mediante la expansión del volumen o con agentes inotrópicos o vasoconstrictores, según prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos y mantener/optimizar la presión de perfusión cerebral (PPC). 2550.03 Administrar y ajustar la dosis de los fármacos vaso activos, según prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos. 2550.04 Administrar expansores del volumen intravascular, según corresponda (p. ej. coloides, hemoderivados y cristaloides). 2550.05 Monitorizar el tiempo de protombina (PT) y tromboplasma parcial (TTP). 2550.06 Administrar agentes reológicos (p. ej., manitol en dosis bajas o SSHH) según prescripción.	

-
- 2550.07
Mantener la glicemia dentro del rango de referencia.
- 2550.08
Consultar con el médico para determinar la posición óptima del cabecero de la cama (30 o 45 °) y controlar la respuesta del paciente a la posición de la cabeza.
- 2550.09
Evitar la flexión del cuello y la flexión externa de la cadera/rodilla.
- 2550.10
Mantener los niveles de Pco2 a 30 a 40 mmhg.
- 2550.11
Administrar vasopresina, según prescripción.
- 2550.12
Administrar analgésicos, según corresponda.
- 2550.13
Administrar anticoagulantes, según prescripción.
- 2550.14
Administrar fármacos trombolíticos, según prescripción.
- 2550.15
Monitorizar el estado neurológico.
- 2550.16
Calcular y monitorizar la presión de perfusión cerebral (PPC).
- 2550.17
Monitorizar la presión media arterial (PAM).
- 2550.18
Monitorizar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo, profundidad de las respiraciones; niveles de PO2 pCO2, PH y bicarbonato).
-

Realizar balance hídrico estricto.

2550.19

Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular (niveles de PaCO₂, SaO₂ y hemoglobina y gasto cardiaco), si están disponibles.

2550.20

Monitorizar los valores de laboratorio para ver si han producido cambios de oxigenación o de desequilibrio ácido básico, según corresponda.

2550.21

Administrar paquete globular de acuerdo al grupo sanguíneo, según indicación médica.

2540

Tratamiento de edema cerebral

2540.01

Monitorización de signos vitales.

2540.02

Cuidar las conversaciones dentro del perímetro auditivo del paciente.

2540.03

Evitar la flexión del cuello o la flexión extrema de la cadera/rodilla.

2540.04

Elevar la cabecera de la cama, mantener la alineación de la cabeza, cuello, tronco.

2540.05

Disminuir los estímulos ambientales.

2540.06

Administración de anticonvulsivante, si está indicado.

-
- 2540.07
Observar los cambios del paciente en respuesta a los estímulos.
- 2540.08
Vigilar los valores de laboratorio: osmolaridad sérica y urinaria, niveles de sodio y potasio.
- 2540.09
Observar si presenta la triada de Cushing.
- 2540.10
Continuar con sedoanalgesia previa indicación médica.
- 2540.11
Comprobar presencia de reflejos tusígenos y nauseosos.
- 2540.12
Control de tomografía cerebral previa coordinación con médico.
-

Discusión

El estudio se realizó de acuerdo al caso clínico en un paciente adulto de 30 años, con diagnóstico médico de POI de craneotomía por hematoma epidural de la Unidad de Cuidados Intensivos. Consiste en mencionar las intervenciones de enfermería que se elaboraron, de forma global y ordenada, para poder resaltar y confrontar las dificultades que se presentan. El producto nos da a entender las metas que se programan desde un inicio, para mejorar las atenciones que el paciente requiere y, de esta manera, poder repercutir con la disminución de las complicaciones que conlleva esta patología en el paciente crítico, realizando las cantidades correspondientes. Los posteriores resultados nos señalan la proporción del rendimiento que se espera al ejecutar las intervenciones y actividades de enfermería.

Según el estudio de los datos conseguidos en el primer diagnóstico de enfermería: deterioro del intercambio de gases en las intervenciones, se dieron un 80 % en el paciente, mientras el 20 % está en proceso. Según la definición NANDA: deterioro del intercambio de gases es cuando existe un exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono.¹⁰ El hematoma extradural o epidural puede ocasionar un deterioro neurológico mucho más rápido, comprometiendo el deterioro de la conciencia conjuntamente con la hipertensión endocraneana, sin embargo, hay casos particulares en la que el paciente no presenta daños cerebrales considerables, que va desde 1 a 2 días conocido como “tiempo libre de petit”, presentando después un deterioro significativo de la conciencia poniendo en riesgo la respuesta terapéutica oportuna.³

Según el estudio de los datos conseguidos en el segundo diagnóstico de enfermería: hipertermia, en las intervenciones se dieron un 90 % en el paciente, mientras el 10 % está en proceso. Según NANDA internacional define a la hipertermia como la temperatura corporal central superior al rango diurno a causas del fallo de la termorregulación.¹⁰ Los hematomas epidurales son causas de ingreso a emergencias neuroquirúrgicas más importantes en sala de urgencias, de las cuales puede tener como consecuencias secuelas considerables e irreversibles, aunque existen factores determinantes

como cantidad de sangrado o hematomas, estado de conciencias, desviación de la línea media que se evidencia en la toma de tomografía cerebral. Va a depender del daño, continuar con una craneotomía descompresiva o continuar con el tratamiento farmacológico.⁵

Según la comparación de los antecedentes del tercer diagnóstico de enfermería: riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz en las intervenciones, se dieron el 50 %, mientras que el otro 50 % está en proceso. NANDA internacional define el riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz como: susceptible de disminución de la circulación tisular cerebral, que puede comprometer la salud.¹⁰ Se considera un hematoma epidural a la ruptura de un vaso sanguíneo en la zona epidural, causando un sangrado en el espacio entre la duramadre y el cráneo rígido, estas son causas de traumatismos graves. Cuando el sangrado es masivo produce una acumulación de líquido o hematoma, ocasionando presión en el cerebro conocida como hipertensión endocraneana, que puede causar una injuria cerebral si no se resuelve a tiempo.⁶

Conclusiones

El proceso de atención de enfermería (PAE) es el empleo del método científico en el ejercicio asistencial del personal de enfermería, lo que permite al profesional poder brindar los cuidados necesarios y óptimos que estén al alcance de las posibilidades, analizando de forma sistemática, lo que significa importante en el cuidado del paciente crítico que se ha sometido a una intervención quirúrgica complicada y, de esta manera, se pueda alcanzar las metas programadas y poder disminuir las complicaciones que pueda ocasionar esta patología.

Se pudieron reconocer tres diagnósticos de enfermería principales. Los objetivos planteados se consiguieron en su gran mayoría del primer al tercer diagnóstico. En el primer diagnóstico enfermero: (00030) Deterioro del intercambio de gases, el 20 % de metas propuestas no se consiguieron y el 80 % fueron parcialmente cumplidas. En el segundo diagnóstico: (00007) Hipertermia, el 70 % de metas se lograron, mientras un 30 % fueron relativamente logrados. En el tercer diagnóstico: (00201) Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz, el 50 % de metas se lograron, mientras un 50 % fueron relativamente logrados, ya que la complejidad de su estado hace que se cumplan los objetivos a largo plazo.

Referencias

1. Sierra Enrique, León Mairianny, Rodríguez Eglys, Pérez Letier. Caracterización clínico-quirúrgico, neuroimagenológico y por neuromonitorización del trauma craneoencefálico en la provincia matanzas. Cuba. Revista médica electrónica. [internet].2019 [citado 2022 ene 10] disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2621/html_607
2. S. Lubillo, J. Blanco, P. López, I. Molina, J. Domínguez, L. Carreira, J. Manzano. Papel de la craneotomía descompresiva en el enfermo crítico, España. Rev. Medicina Intensiva [internet]. 2018 marzo [citado 2022 ene 10] disponible en: <https://medintensiva.org/es-papel-craniectomia-descompresiva-el-enfermo-articulo-S0210569109706850>
3. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo encéfalo craneano. Guía de práctica clínica. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa departamento de neurocirugía. Lima, Perú [internet].2019 ene. [citado 2022 ene 10] disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resoluci%C3%B3n_Directoral_No43-2019-DG-HEJCU_Guía_de_Practica_Clinica_Traumatismo_.PDF
4. José L. León, Abel P. Carranza, Wesley Alaba, Rolando Lovatón. Craneotomía descompresiva como tratamiento primario de la hipertensión intracraneal por traumatismo encefalocraneano, Departamento de Cirugía, Hospital Cayetano Heredia. Lima-Perú [internet].2021 set. [citado 2022 ene 11] disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v38n3/1728-5917-amp-38-03-199.pdf>
5. Diego Muñoz, Santiago Moreno. Resolución espontánea de un hematoma epidural traumático en 17 horas de evolución. Chile, Rev chilena de neurocirugía [internet] 2021 ene. [citado 2022 ene 10] disponible en: <https://revistachilenadeneurocirugia.com/index.php/revchilneurocirugia/article/view/226>

6. Patricia Flatley. Hematoma epidural. EEUU. MedlinePlus Biblioteca Nacional de Medicina [internet]. 2020 feb [citado 2022 ene 10] disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001412.htm>
7. Gabriel Castelluccio, Gonzalo Bertullo, Martín Fernández, Edgardo Spagnuolo. Complicaciones de la craneotomía descompresiva. Reporte de caso y revisión de la literatura, revista argentina de neurocirugía [internet]. 2017 [citado 2022 ene 11] disponible en: <https://aanc.org.ar/ranc/items/show/229>
8. Enrique Sierra. Controversias sobre la craneotomía descompresiva en la hipertensión intracraneal traumático. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias [Internet]. 2019 [citado 16 Ene 2022] Disponible en: <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/655>
9. D. Hernandez, Z. Dakoff, M. Baccanelli, L. Camputaro, A. Gallesio, A. Rabadan. Craneotomía descompresiva en adultos en Argentina en el Servicio de Terapia Intensiva - Servicio de Neurocirugía. Revista intensiva [internet]. 2019 ene. [citado 2022 ene 10] disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/download/87/15/>
10. Herdman H, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Duodécima edición. Estados Unidos: Elsevier; 2021.
11. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Séptima edición. Estados Unidos: Elsevier, 2018.
12. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Sexta edición. Estados Unidos: Elsevier, 2018.

Correspondencia

jackelineantonio87@gmail.com

Fecha de recepción: **12/3/2022**

Fecha de aceptación: **23/3/2022**