





INFORME DE CASO

Atención de enfermería en paciente posquirúrgico mediato de craneotomía evacuatoria

Nursing care in postoperative patients with evacuation craniotomy

Jeannette Mercedes Acosta-Núñez ^{1*}, María José Vásquez-Guerrero ¹, Catherine Dayenara Chávez-Coronado ¹, Erick Alexander Super-Cholota ¹

¹ Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: pg.docentejman@uniandes.edu.ec

Recibido: 31 de octubre de 2024

Aprobado: 7 de febrero de 2024

RESUMEN

Introducción: el traumatismo craneoencefálico es una patología, que se caracteriza por una alteración cerebral en consecuencia de un impacto externo en la cabeza que altera al menos uno de los siguientes puntos: alteración de la conciencia, cambios neurológicos, producto de la fuerza externa que causa daño estructural, que comprometen el cuero cabelludo, el tejido cerebral y los vasos sanguíneos encargados de irrigar todo este tejido. **Objetivo:** estandarizar el proceso de atención de enfermería en un paciente post quirúrgico inmediato de una craneotomía Evacuatoria para disminuir la morbi-mortalidad. **Presentación del caso:** paciente masculino de 74 años nacido y residente de Pelileo el familiar del paciente refiere que desde hace 1 mes presenta síndrome vertiginoso (mareo, náuseas) presuntamente debido a múltiples caídas desde su propia altura, desde hace 8 días

presenta disartria y disminución en la fuerza del hemicuerpo derecho, deterioro de la memoria por lo que acude a la farmacia donde le dan medicación sin prescripción médica que no específica por varias ocasiones y al no encontrar mejora alguna, acude al Hospital General Docente Ambato. **Discusión del caso:** dentro de las estrategias de manejo de las guías Enhanced Recovery After Surgery para los pacientes sometidos a craneotomías electivas se promueve introducir de forma rápidamente progresiva la alimentación oral de líquidos a las 6 horas de la cirugía y sólidos a las 12 horas de la cirugía. **Consideraciones finales:** Se estandarizó un plan de cuidados de enfermería, individualizado, para un paciente con traumatismo craneoencefálico, fundamentados en la mejor evidencia científica.

Palabras clave: Atención de Enfermería, Enfermería de Cuidados Críticos, Terminología Normalizada de Enfermería, Cuidados Posoperatorios, Craneotomía, Traumatismos Penetrantes de la Cabeza.

ABSTRACT

Introduction: head trauma is a pathology characterized by a brain alteration as a result of an external impact on the head that alters at least one of the following points: alteration of consciousness, neurological changes, product of the external force that causes structural damage, which compromise the scalp, brain tissue and blood vessels responsible for irrigating all this tissue.

Objective: to standardize the nursing care process in an immediate post-surgical patient of an evacuation craniotomy to reduce morbidity and mortality. **Case presentation:** 74-year-old male patient born and resident of Pelileo. The patient's relative reports that for 1 month he has had vertiginous syndrome (dizziness, nausea) presumably due to

multiple falls from his own height. For 8 days he has had dysarthria and decreased strength in the right side of the body, memory impairment, so he goes to the pharmacy where they give him medication without a prescription that he does not specify on several occasions and when he does not find any improvement, he goes to the Ambato General Teaching Hospital. **Case discussion:** among the management strategies of the Enhanced Recovery After Surgery guidelines for patients undergoing elective craniotomies, the rapid progressive introduction of oral feeding of liquids is promoted 6 hours after surgery and solids 12 hours after surgery. **Final considerations:** an individualized nursing care plan was standardized for a patient with head trauma, based on the best scientific evidence.

Key works: Nursing Care; Critical Care Nursing; Standardized Nursing Terminology; Postoperative Care; Craniotomy; Head Injuries, Penetrating.

Cómo citar este artículo:

Acosta-Núñez JM, Vásquez-Guerrero MJ, Chávez-Coronado CD, Super-Cholota EA. Atención de enfermería en paciente posquirúrgico mediato de craneotomía evacuatoria. Gac Med Est [Internet]. 2025 [citado día mes año]; 6(1):e601. Disponible en: <http://www.revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/601>

INTRODUCCIÓN

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es una patología, que se caracteriza por una alteración cerebral en consecuencia de un impacto externo en la cabeza que altera al menos uno de los siguientes puntos: alteración de la conciencia, cambios neurológicos, producto de la fuerza externa que causa daño estructural, que comprometen el cuero cabelludo, el tejido cerebral y los vasos sanguíneos encargados de irrigar todo este tejido⁽¹⁾.



El TCE afecta 1,5 millones de personas anualmente, es la causa neurológica de muerte más común en el adulto joven y tiene un segundo pico de mortalidad en el adulto mayor de 60 años. Si tenemos en cuenta que el mundo actual ha sumado un nuevo reto a su desarrollo: el envejecimiento de sus poblaciones y se estima que para el 2025 se habrá sextuplicado el número de adultos mayores, lo que significa el 14% del total de habitantes en el planeta, la resultante será el incremento de la incidencia del TCE en el anciano ^(2,3)

El traumatismo craneoencefálico está considerado como una de las causas principales de morbimortalidad a nivel mundial y también como un problema de salud pública. La hipertensión intracraneal es la causa más frecuente de muerte y discapacidad en pacientes con lesión cerebral que requieren procedimientos especializados para reducir daños secundarios. ⁽⁴⁾ En Latinoamérica, posee una tasa mucho más alta que la media mundial, producto de la demora de la atención de los servicios de salud. ⁽⁵⁾

Una de estas intervenciones es, por ejemplo, la disposición terapéutica de la cabeza en diversos grados de elevación de la cabecera de la cama, siendo una manera sencilla de prevenir lesiones secundarias ⁽⁶⁾. El objetivo es estandarizar el proceso de atención de enfermería en un paciente post quirúrgico inmediato de una craneotomía Evacuatoria para disminuir la morbi-mortalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 74 años nacido y residente de Pelileo el familiar del paciente refiere que desde hace 1 mes presenta síndrome vertiginoso (mareo, náuseas) presuntamente debido a múltiples caídas desde su propia altura, desde hace 8 días presenta disartria y disminución en la fuerza del hemicuerpo derecho, deterioro de la memoria por lo que acude a la farmacia donde le dan medicación sin prescripción médica que no especifica por varias ocasiones y al no encontrar mejora alguna, acude al Hospital General Docente Ambato, en donde se decide su ingreso.

Instrucción: Primaria, Ocupación: Albañil, Antecedentes patológicos personales: No refiere, manifiesta alcoholismo. Antecedentes quirúrgicos: Hernioplastia inguinal izquierdo hace 3 años. Enfermedad actual: La que presenta en ese momento.

Examen físico medico: Paciente vigil, afebril, hidratado, desorientado en tiempo y espacio, con un Glasgow de 10/15, Pupilas anisocorias (pupila derecha, pupila izquierda, foto reactivas a la luz, mucosas orales semihúmedas, Tórax expansibilidad conservada, Cardiopulmonar normal, Abdomen suave y depresible a la palpación no doloroso. Extremidades disminución de la fuerza del Hemicuerpo Derecho.

Ingreso de enfermería: Paciente de 74 años que ingresa al área de Cirugía; consciente, orientado, facies pálidas, mucosas orales semihúmedas, con apoyo de oxígeno para saturar hasta el 90%, cuello y tórax simétrico, abdomen suave y depresible a la palpación no doloroso, extremidades simétricas sin presencia de edemas, presenta disminución de

la fuerza en brazo y pierna derecha, con vía periférica permeable. Al momento se toman signos vitales; Tensión Arterial: 109\58 mmHg, Frecuencia Cardiaca: 62 lpm, Frecuencia Respiratoria: 20 rpm, Saturación de Oxígeno: 95%, Temperatura: 36,2°. Escala de Morse y Norton riesgo alto.

Diagnóstico Médico: Hemorragia cerebral, el plan de tratamiento; Resolución quirúrgica, mediante craneotomía evacuatoria, realizada el 26/09/2023 en centro quirúrgico, bajo anestesia general. Retorno sala de cirugía con

Evaluación Respectiva de los Sigüientes Dominios

Tabla 1: Evaluación de las Dominios según la metodología NANDA ^(7, 8)

DOMINIO	CLASE	ANÁLISIS DE CASO
1. Promoción de la Salud	Conciencia a cerca de la Salud	Sin alusiones a este punto
	Manejo de la salud	Educar a los familiares sobre la condición actual del paciente. Para despegar las dudas de los familiares y mitigar la creación de mitos y suposiciones erróneas.
2. Nutrición	Ingestión	Nada por vía oral 8 horas antes de la intervención quirúrgica, 5 horas después de la intervención quirúrgica se inicia una dieta líquida por 8 horas, de acuerdo con la tolerancia se inicia dieta blanda.
	Digestión	Diuresis por medio de sonda vesical. Gasto urinario de 1,5 ml/kg/hora. Deposiciones ausentes.
	Absorción	Sin alusiones a este punto
	Metabolismo	Sin alusiones a este punto
	Hidratación	El paciente está sujeto a una hidratación intravenosa de cloruro de sodio al 0.9%.
3. Eliminación /Intercambio	Función urinaria	Requiere de utilización de sonda vesical debido a su estado post operatorio. Diuresis de características adecuadas.
	Función gastrointestinal	Sin alusiones a este punto.
	Función tegumentaria	El paciente permanece de cubito supino, todo el tiempo desde el preoperatorio, transoperatorio y post operatorio, por lo que tiene riesgo de adquirir lesiones cutáneas como escaras.
	Función respiratoria	Paciente con apoyo de oxígeno a 2 litros por minuto, debido a que recibe anestesia general, hasta ser compensando.
	Dormir / Descansar	Paciente se encuentra bajo sedo

4. Actividad / Reposo		analgesia. Ramsay 6/6.
	Actividad/ Ejercicios	El paciente sufre deterioro de la movilidad física porque está bajo los efectos de sedación. Escala de Braden 12 puntos (alto riesgo).
	Balance de Energía	Sin alusiones a este punto.
	Respuestas cardiovasculares /pulmonares	Tensión arterial en condiciones normales. Con apoyo de oxígeno, hay un descenso del PEEP, con saturaciones inestables y frecuencias respiratorias controladas.
	Autocuidado	Medianamente compensador, debido a la debilidad muscular del hemicuerpo derecho.
5. Percepción /cognición	Atención	Sin alusiones a este punto
	Orientación	Presenta desorientación, con un Glasgow de 10/15.
	Sensación /percepción	Sin alusiones a este punto
	Cognición	Deterioro Cognitivo
	Comunicación	Disartria
6. Autopercepción		Sin alusiones a este punto
7. Rol /Relaciones	Rol de cuidador	El paciente está bajo cuidado del personal de salud.
	Relaciones familiares	Sin alusiones a este punto
	Desempeño del rol	Sin alusiones a este punto
8. Sexualidad		Sin alusiones a este punto
9. Afrontamiento/tolerancia al estrés		Sin alusiones a este punto
10. Principios vitales		Sin alusiones a este punto
11. Seguridad/ Protección	Infección	Dado la condición del paciente y que es post operatorio, está en riesgo de adquirir una Infecciones Asociadas a la Atención de Salud por el proceso invasivo.
	Lesión Física	El paciente permanece de cubito supino, todo el tiempo de su estancia hospitalaria, por lo que tiene riesgo de adquirir lesiones cutáneas como escaras.
	Violencia	Sin alusiones a este punto
	Peligros del entorno	Sin alusiones a este punto
	Procesos defensivos	Sin alusiones a este punto
	Termorregulación	Sin alusiones a este punto
12. Confort	Confort físico	Sin alusiones a este punto
	Confort del entorno	Sin alusiones a este punto
13. Crecimiento / Desarrollo		Sin alusiones a este punto

Luego de permanecer en espera de la resolución quirúrgica, al tercer día se realizó la operación, siendo exitosa, el paciente pasa a sala de recuperación bajo efectos sedoanalgesia, a nivel cefálico lado izquierdo con presencia de dren de Jackson productivo en

	(09) Co	90003 - Atiende 90004 - Se concentra 90005 - Está orientado 90009 - Procesa la información 90013 - Comprende el significado de las situaciones
(00123) Detención unilateral r/c lesión cerebral m/p desatención de las extremidades del lado derecho	(09) At	91801 - Reconoce el lado afectado como parte integral de sí mismo 91805 - Protege el lado afectado durante el reposo o el sueño 91810 - Estimula la fuerza y destreza del lado afectado 91812 - Mantiene el control postural
(00049) Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal r/c lesión cerebral TCE m/p aumento	(09)	090902 - Función neurológica: Control motor central. 090906 - Presión intracraneal dentro de los límites de la normalidad.



desproporcionado de la presión intracraneal (PIC) tras un estímulo.	Est	090908 - Tamaño pupilar. 090909 - Respuesta pupilar.
(00061) Cansancio del rol de cuidador r/c responsabilidad de cuidados durante las 24 horas del postoperatorio m/p dificultad para completar las tareas requeridas.	(02506) Salud emocional del cuidador familiar	05270 - Apoyo emocional. 05440- Aumentar los sistemas de apoyo. 07040- Apoyo al cuidador principal
(00132) Deterioro de la eliminación urinaria r/c urgencia m/p sedación postoperatoria	(0503) Eliminación urinaria	050301 Patrón de eliminación 050303 cantidad de orina 050304 color de la orina 050301 ingesta de líquidos
(00004) Riesgo de infección	(0703) Estado infeccioso	070307 – Fiebre. 070329 - Colonización en el cultivo de punta del catéter.
(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c lesión tisular m/p hematoma y enrojecimiento de la piel.	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	110104 – Hidratación. 110111 – Perfusión Tisular. 110113 - Integridad de la piel. 110116 – Lesiones de la Mucosa.
(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos TCE m/p evidencia de dolor al usar una lista de verificación estandarizada de dolor que no se puede comunicar verbalmente.	(2102) nivel del dolor	210204 - Duración de los episodios de dolor. 210206 - Expresiones faciales de dolor.

Tabla 3: Ejecución Del Proceso De Enfermería ^(10,11)

NANDA	Taxonomía de Intervención de Enfermería NIC)
(00201) Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c lesión cerebral TCE.	2620 Monitorización neurológica – Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. – Vigilar el nivel de conciencia. – Comprobar el nivel de orientación. – Vigilar las tendencias en la Escala del Coma de Glasgow.

	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, humor, afectos y conductas. - Vigilar los signos vitales: temperatura, presión sanguínea, pulso y respiraciones. - Comprobar el estado respiratorio: niveles de gases en sangre arterial, pulsioximetría, profundidad, forma, - frecuencia y esfuerzo. - Monitorizar los parámetros hemodinámicos invasivos, si procede. - Monitorizar PIC y presión de perfusión cerebral (PPC). - Vigilar el reflejo corneal. - Comprobar el reflejo tusígeno y de náusea.
(00085) Deterioro de la movilidad física. Deterioro sensitivo y motor.	<p>0840 Cambio de posición: neurológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inmovilizar o apoyar la parte afectada (debido al riesgo que presentan por lesión cervical) - Colocar en la posición terapéutica por el riesgo de una lesión de columna cervical - Proporcionar un colchón firme principalmente de soporte cervical - Mantener cabeza y cuello alineados - Colocar y mantener una estabilidad con dispositivo ortopédico - Monitorizar la integridad de la piel.
(00123) Detención unilateral r/c lesión cerebral m/p desatención de las extremidades del lado derecho	<p>2760 Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay respuestas anormales a los tres tipos principales de estímulos: sensoriales, visuales y auditivos. - Evaluar el estado mental guía, la comprensión, la función motora, la función sensorial, el grado de atención - y las respuestas afectivas. - Asegurar que las extremidades afectadas estén en una posición correcta - Supervisar y / o ayudar en la transferencia y la deambulaci3n. Supervisar y / o ayudar en la transferencia y la deambulaci3n.
(00049) Disminuci3n de la capacidad adaptativa intracraneal r/c lesi3n cerebral TCE m/p aumento desproporcionado de la presi3n intracraneal (PIC) tras un est3mulo	<p>2590 Monitorizaci3n de la presi3n intracraneal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar en la inserci3n del dispositivo de monitorizaci3n de la PIC. - Calibrar el transductor - Registrarlas lecturas de la PIC. - Observar si existe infecci3n o liquido vertido. - Colocar al paciente con la cabeza y con el cuello en posici3n neutra evitando la flexi3n de la misma. - -Espaciar los cuidados para minimizar la elevaci3n de la PIC - Mantener los parámetros de la presi3n sist3mica dentro de los márgenes espec3ficos. - Controlar el estado neurol3gico. - Prevenir el desplazamiento del dispositivo
(00061) Cansancio del rol de cuidador r/c responsabilidad de cuidados durante las 24 horas del postoperatorio m/p dificultad para completar las tareas	<p>7040 Apoyo al cuidador principal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. - Determinar la aceptaci3n del cuidador de su papel. - Aceptar las expresiones de emoci3n negativa. - Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.

<p>requeridas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. - Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador. - Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. - Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente. - Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.
<p>(00004) Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo, cirugía.</p>	<p style="text-align: center;">6550 Protección contra las infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. - Limitar el número de visitas, si procede. - Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada. - Inspeccionar existencia de eritema, calor extremo o exudados en piel y mucosas. - Obtener muestras para cultivo, si es necesario. - Utilizar los antibióticos con sensatez. - Mantener asepsia para paciente de riesgo
	<p style="text-align: center;">1870</p> <p>Cuidados del drenaje</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener la permeabilidad del drenaje, si procede. - Mantener el recipiente de drenaje al nivel adecuado. - Proporcionar un tubo lo suficientemente largo como para permitir libertad de movimiento, si procede. - Fijar el tubo, si procede, para evitar presión y la extracción accidental. - Vigilar periódicamente la permeabilidad del catéter - Observar periódicamente la cantidad, el color y la consistencia del drenaje - Vaciar el dispositivo de recogida, si procede. - Administrar cuidados de la piel en el sitio de inserción del tubo, - Fijar el tubo para facilitar la deambulación.
<p>(00132) Deterioro de la eliminación urinaria r/c urgencia m/p sedación postoperatoria.</p>	<p>0580 Sondaje vesical</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar el procedimiento y el fundamento de la intervención. - Reunir el equipo adecuado para la cateterización. - Mantener una técnica aséptica estricta. - Insertar el catéter urinario en la vejiga, si procede. - Utilizar el catéter de tamaño más pequeño, si procede. - Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado - Fijar el catéter a la piel.
<p>(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c lesión tisular m/p hematoma y enrojecimiento de la piel.</p>	<p>3520 Cuidados de las úlceras por presión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar herramienta de valoración de riesgo de úlceras presión establecida (escala de Braden) - Medición de temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras por presión. - Eliminar humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, drenaje de heridas e incontinencia fecal o urinaria. - Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel circundante. - Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad.

<p>(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos TCE m/p evidencia de dolor al usar una lista de verificación estandarizada de dolor que no se puede comunicar verbalmente</p>	<p>1400 Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none">- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.- Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
--	--

DISCUSIÓN DEL CASO

El estudio del caso clínico se da mediante un estudio de campo, que se guía bajo el enfoque cualitativo, se orienta a determinar la atención y cuidados de enfermería en pacientes posquirúrgicos inmediato de una craneotomía evacuatoria.

El análisis del caso se desarrolla a partir de la utilización de Terminología Normalizada de Enfermería Taxonomía NANDA, la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), debido a que comparten una estructura de Dominios y Clases. Los patrones funcionales del NANDA se analizan de acuerdo con lo planteado por Marjory Gordon, realizando así una valoración cautelosa de la condición del paciente en función de establecer un plan de cuidados individualizado y de calidad ⁽⁶⁾

Según Vargas Rodríguez: en el cuidado de los pacientes con TCE, el enfermero tiene un papel crucial en el mantenimiento de la homeostasis cerebral, pues es quien proporciona cuidados permanentes e informa sobre los cambios que se producen en el paciente. Una buena planificación de cuidados previene y reduce el daño cerebral secundario, por lo que disminuye las secuelas posteriores y favorece la recuperación del paciente. El papel del enfermero es considerado fundamental para prevenir complicaciones y favorecer una pronta y rápida recuperación ^(12, 13).

Por otro lado: la valoración neurológica juega un papel muy importante en el proceso de enfermería, por esta razón se hace necesario un examen que sea ordenado, rápido y con el mayor pensamiento crítico. Para Iturriza, existen cinco elementos que constituyen la exploración neurológica: el nivel de conciencia, la función motora, la función pupilar, la función respiratoria y los signos vitales ⁽¹⁴⁾

Es de suma importancia tener muy en cuenta cuales son las intervenciones de enfermería para proporcionar una adecuada recuperación y una disminución de la incidencia en futuras complicaciones, por lo que se detalla a continuación las actividades a realizar en este proceso ^(15, 16) :

- Permanecer en reposo. La cabecera deberá estar ligeramente incorporada, unos 30º-45.
- Postura cefálica, con correcto alineamiento cabeza-cuello, y evitando flexiones.
- Evitar la realización de esfuerzos, que de forma inconsciente hagan que el paciente realice una maniobra de Valsalva: evitar estreñimiento, enseñar a estornudar con la boca abierta, control de episodios de tos, vómitos, evitar sonarse la nariz con fuerza.
- Control de constantes vitales, con especial atención a los cambios en la tensión arterial y temperatura.

Porque: la relación entre la HTA y el daño orgánico/funcional del cerebro parece demostrarse mediante mecanismos que vinculan la presión arterial elevada y el deterioro cognitivo. La HTA afecta las arterias cerebrales a nivel tanto macro como microvascular, produciendo una serie de alteraciones en la función y en la estructura cerebral, además hipoxia e isquemia de la sub-corteza, que de acuerdo a su severidad afecta también la sustancia blanca, generando atrofia y cambios neurodegenerativos, lesiones que se detectaron en el 10 % de los pacientes con déficit cognitivo leve^(15, 17).

Nightingale centró sus estudios en la enfermera y el entorno, hizo énfasis en la responsabilidad de controlar el entorno para proteger a la persona de daños físicos y psicológicos que podían conducirlos a la muerte, es decir, reconoció los aspectos indispensables para lograr una atención con calidad y seguridad de la persona ^(18, 19).

En cuanto a los comprometimientos físicos, los que causaron más inestabilidad en la salud fueron: cambios en el patrón respiratorio, deterioro del intercambio de gases que resultó en una mala perfusión tisular, deterioro de la comunicación verbal, movilidad física deteriorada, volumen de líquido deficiente y deterioro de la integridad de la piel, favoreciendo así el riesgo de infecciones ^(20, 21).

Razón por la cual es importante: Administrar oxígeno a la mayor concentración posible para una saturación de oxígeno del 95% ⁽²²⁾, ya que así se favorece la oxigenación a nivel cerebral promoviendo su pronta recuperación de los tejidos y disminuyendo los índices de deterioro neurológico.

El personal de enfermería curará las heridas diariamente limpiándose, aplicando antiséptico y cubriendo con apósitos una vez al día o cada vez que estos últimos se encuentren manchados o deteriorados ^(23, 24).

Cuando el cerebro sufre edema severo o el espacio intracraneal se ve comprometido por hematomas o masas en crecimiento, el cráneo, a diferencia de otras áreas del cuerpo, no puede expandirse, permaneciendo rígido. Como resultado, la masa cerebral es comprimida contra el cráneo, elevando la presión intracraneal (PIC) de manera

exponencial con el aumento del volumen intracraneal. Esto lleva a una reducción en la perfusión sanguínea, el flujo y la oxigenación cerebral ⁽²⁵⁾

Dentro de las estrategias de manejo de las guías Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) para los pacientes sometidos a craneotomías electivas se promueve introducir de forma rápidamente progresiva la alimentación oral de líquidos a las 6 horas de la cirugía y sólidos a las 12 horas de la cirugía ⁽²⁶⁾

Es importante que en su recuperación se tome en cuenta lo siguiente:

- El manejo ambiental. Debe regular la temperatura, seguridad y confort.
- Prevenir las caídas, manejar el dolor de los pacientes porque recordemos que es el momento donde hay mayor dolor sobre todo en el sitio de la herida quirúrgica.
- Estar atentos de la administración de analgésicos, dosis y a la hora indicada por el médico, bien sean fármacos o fluidos sanguíneos.
- Vigilar los cuidados del sitio de la herida quirúrgica, que no presente complicaciones como sangrados que muchas veces quedan vasos pequeños sangrando o que no haya una dehiscencia de sutura, mantenerla cubierta con apósitos para así evitar complicaciones tardías como las infecciones, seromas y formación de abscesos.
- Vigilar los drenajes aprendiendo su manejo como ver su coloración que les permita diferenciar que tipo de fluido es (sangre, orinas, líquido cefalorraquídeo, líquido peritoneal, contenido gástrico, bilis, saliva) ver siempre la cantidad, atentos con las horas que lleva el drenaje y reportar.
- Vigilar el catéter y volumen urinarios.

Mantener una posición fisiológica del paciente. Una mala posición del paciente puede aumentar la PIC al dificultar el drenaje venoso cerebral. Para favorecer dicho drenaje se recomienda ⁽²⁷⁾.

1. Cabeza en posición neutral, no girada para evitar la compresión de las venas yugulares.
2. Evitar las cintas de sujeción del TOT por debajo de las orejas, se recomienda sujeción tipo diadema o usar cinta adhesiva.
3. Elevación de la cabeza a 30°. Por cada grado que se eleva la cabeza, desciende 1 mmHg la PIC.

4. Una correcta movilización del paciente no supone un aumento de la PIC así, el decúbito lateral con la cabeza alineada no es perjudicial.

De la misma forma es importante: Control de la osmoterapia. Consiste en el empleo de compuestos osmóticos que «secuestran» agua disminuyendo el edema cerebral y por tanto la PIC. Se usan el Manitol 20% (bolo de 150 cc a pasar en 1 hora) y el Suero Salino Hiperosmolar al 7.5% (bolo de 100 cc). Ambos crean un gradiente osmótico que disminuye la PIC y eliminan radicales libres que producen edema cerebral. El Manitol 20% es un diurético osmótico que aumenta la «viscosidad» de la sangre aumentando la disponibilidad de O₂, pero tiene un efecto rebote al ser suspendido ⁽²⁸⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

Los cuidados que se exponen son permanentes y constantes durante el tiempo de permanencia, que brindan seguridad y calidad mediante la monitorización para ir modificando los cuidados de acuerdo con la mejoría o complicaciones subyacentes.

Se estandarizó un plan de cuidados de enfermería, individualizado, para un paciente con TCE, fundamentados en la mejor evidencia científica, que se obtuvo de fuentes bibliográficas.

Durante el tiempo que el paciente permanece en recuperación, la postura corporal y de la cabeza determinan el éxito de los procedimientos neuroquirúrgicos, de esta forma se intenta disminuir la morbimortalidad, así como la estancia hospitalaria

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrero Hernández M, Iglesias Bouzas MI, Martínez de Azagra Garde A, Pérez Suárez E, Serrano González A, Jiménez García R. Factores pronósticos precoces de morbimortalidad en el traumatismo craneoencefálico grave en niños. Experiencia en una unidad de politraumatismo infantil. Med Intensiva. 2022 [cited 2024 Apr 7];46(6):297–304. Dispinibe en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569121000656>
2. Mirna D, González-Villavelázquez L, García-González A. Revista Mexicana de Anestesiología Traumatismo craneoencefálico. Supl 1 Abril-Junio [Internet]. [cited 2024 Apr 7];36:186–93. Available from: <http://www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mx>
3. Mendieta Bermeo EG, Minchala Urgilés RE. Revisión Bibliográfica: Cuidados y Complicaciones Postquirúrgicas Mediatas y Tardías en Adultos. Rev méd Hosp José Carrasco Arteaga [Internet]. 2018 [cited 2024 Apr 7];10(3):235–41. Available from: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/vpp23>



4. Santillán MAB, Cobo KJP, Herrera BPV, Orellana GGR. Traumatismo craneoencefalico y complicaciones en accidentes moticiclisticos con y sin casco Hospital León Becerra Milagro 2018-2020. RECIMUNDO [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 7];5(Especial 1):17–30. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1362>
5. Garcés-Ginarte Mario Javier, Pérez-Ortiz Letier, Vitón-Castillo Adrián Alejandro. Scientific production on crania-encephalic trauma in Cuban student journals. January 2015-June 2021. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2023 [citado 2024 Feb 07] ; 45(1): 112-123. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242023000100112&lng=es.
6. Castillo-Garcia JK, García-Rosas E, Cheverría-Rivera S, Castillo-Garcia JK, García-Rosas E, Cheverría-Rivera S. Atención de Enfermería durante el postoperatorio a paciente sometido a clipaje de aneurisma por ruptura. Enfermería universitaria [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 7];16(1):105–16. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000100105&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Complete classification of NANDA-I Nurse Diagnostics 2015-2017 [Internet]. [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.salusplay.com/blog/diagnosticos-enfermeros-nanda-2017/>
8. Manual NOCS De Utilidad En Atención Extrahospitalaria By Metodologia Enfermera 061 - Issuu [Internet]. [cited 2024 Apr 7]. Available from: https://issuu.com/metodologiaenfermera061/docs/manual_noc_utilidad_en_atencion_extrahospitalaria
9. Complete classification of NANDA-I Nurse Diagnostics 2015-2017 [Internet]. [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.salusplay.com/blog/diagnosticos-enfermeros-nanda-2017/>
10. Moldes-Acanda M, Díaz-López RC, González-Reguera M. La enfermería como modelo de evaluación neurológica del traumatismo craneoencefálico en pediatría. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 7];45(5):877–83. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242023000500877&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Metodología Enfermera G. INTERVENCIONES ENFERMERIA NIC ÚTILES EN LA ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA.
12. Moldes-Acanda M, Caridad Díaz-López R, González-Reguera M. La enfermería como modelo de evaluación neurológica del traumatismo craneoencefálico en pediatría [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 22]. Available from:



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242023000500877&lng=es&nrm=iso&tlng=es

13. Delgado-Deza S, Catalán-Navarro I, Joven-Simón L, Hurtado-Rubio V, Marcos-Blasco L, Duarte-Alvero MB. Cuidados de enfermería al paciente con hemorragia subaracnoidea (HSA) en unidad de cuidados intensivos. Revista Sanitaria de Investigación. [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 7]; 2(4):16. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8055557&info=resumen&idioma=ENG>

14. Cuidados de enfermería en pacientes con traumatismo Encéfalo craneano en el servicio de emergencia del Hospital Espinar, Cusco-2020 [Internet]. [cited 2024 Apr 7]. Available from: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5697>

15. Fernández-De Sevilla EM, Cambra-Lasaosa FJ, Segura-Matute S, Guillén-Quesada A, Palomeque-Rico A. Postoperatorio de tumores cerebrales en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. An Pediatr [Internet]. 2009 [cited 2024 Apr 7]; 70(3):282–6. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-postoperatorio-tumores-cerebrales-unidad-cuidados-articulo-S169540330800074X>

16. Ysabel R, Lits T, Elisa C, Pozo H, Alonzo OM. Papel de la enfermería en pacientes postoperados y la necesidad de adquirir nuevos conocimientos. Revista Conrado [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 7];17(83):327–32. Available from: <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2099>

17. López Peláez Jéssica, Barberena Natalia, Estrada González Catalina. Consecuencias de la hipertensión arterial en las funciones cognitivas. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2022 [citado 2025 Feb 07]; 38(1):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000100019&lng=es.

18. Reconde-Suárez D, Borges-Damas L. Evaluación de la gestión de calidad de los servicios de Enfermería en un Centro de Restauración Neurológ. Salud Uninorte. 2023;36(2):506–11.

19. Shakir M, Altaf A, Irshad HA, Hussain N, Pirzada S, Tariq M, et al. Factors Delaying the Continuum of Care for the Management of Traumatic Brain Injury in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. World Neurosurg. 2023 Dec 1;180:169-193.e3.

20. Caetano da Silva MI, Gomes da Silva RR, Santos Nogueira SH, Lopes SM, Moreira de Alencar R, Rodrigues Pinheiro W, et al. Diagnósticos de enfermería para pacientes con traumatismo craneoencefálico: revisión integradora. Enfermería Global [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 22];20(64):584–628. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000400584&lng=es&nrm=iso&tlng=es



21. Hudak A, Sabini R, Moen M, Rothman D. Acute Management of Moderate to Severe Traumatic Brain Injury. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2024 Mar 22;
22. Sandoval Balarezo GM, Chisag Guamán MM, Sánchez Zurita MA, Quinatoa Caba GG. Actuación de enfermería en traumatismo craneoencefálico penetrante. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*. 2022 Nov 30;3(8):62–70.
23. Zaragoza Molinés L, Villarejo García C, García Cardenal C, Larrosa Sebastián AC, Blasco Alquézar D, Escuder Franco B. Plan de cuidados de enfermería en paciente ante traumatismo craneoencefálico. Caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol 2, N° 10 (Octubre), 2021 [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 22];2(10):38. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8163539&info=resumen&idioma=ENG>
24. Kanaziz KS, Jones HM. Assessing Acute Mild Traumatic Brain Injury via Telehealth. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2024 Jan 1;20(1):104828.
25. Ortiz J, Josué R, Isabel M, Auz O, Javier G, Tayo A, et al. Revisión bibliográfica: cuidados neurocríticos del paciente con craneotomía descompresiva. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2023 Aug 25 [cited 2024 Mar 22];6(4):18692–703. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/62448>
26. Fernández De Sevilla Estrach M, Cambra Lasaosa FJ, Segura Matute S, Guillén Quesada A, Palomeque Rico A. Postoperatorio de tumores cerebrales en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *An Pediatr (Engl Ed)* [Internet]. 2009 Mar 1 [cited 2024 Mar 22];70(3):282–6. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-postoperatorio-tumores-cerebrales-unidad-cuidados-articulo-S169540330800074X>
27. Ruth Ysabel Tavera Lits, Clara Elisa Hernández Pozo, Olga Mireya Alonzo. Papel de la enfermería en pacientes postoperados y la necesidad de adquirir nuevos conocimientos [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 22]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000600327
28. Cristina Pérez. Plan de cuidados del paciente con traumatismo craneoencefálico grave [Internet]. [cited 2024 Mar 22]. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-del-paciente-con-traumatismo-craneoencefalico-grave/>

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Financiación

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.



Contribución de autoría

JMAN, MJVG, CDCHC y EASCH: desarrollaron la idea investigativa, conceptualización, curación de datos, redacción, redacción del borrador original, revisión y edición.

