

CRANEOTOMÍA CON DRENAJE SUBGALEAL. MANEJO SEGURO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO



Josefa Lorenzo Navarro
Enfermera Reanimación
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

HOSPITAL UNIVERSITARIO
Virgen de las Nieves

Palabras clave: Craneotomía, drenaje, cuidados postoperatorios, atención de enfermería



Introducción

La craneotomía es una técnica quirúrgica que permite el acceso a la cavidad intracraneal, mediante el retiro de un colgajo óseo, para diversos tratamientos: extirpar un tumor, evacuar abscesos encapsulados, aspirar un hematoma o coágulo, hidrocefalia, curar o mejorar la epilepsia en personas con epilepsia resistente a fármacos, descompresiones terapéuticas, descompresión de la presión intracraneal, excluir de la circulación un aneurisma o extirpar una malformación vascular (MAV)

En la craneotomía es una práctica frecuente la utilización de dispositivos de drenaje, que pueden ser de dos tipos:

- ❑ **Subgaleal o extracraneal:** permite evacuar contenido hemático, con vacío o a caída libre. Se utiliza un drenaje cerrado con aspiración a baja presión, tipo redón
- ❑ **Intracraneal o ventricular:** permite el drenaje de líquido cefaloraquídeo (LCR), mediante un catéter ubicado en el espacio intraventricular y conectado a un sistema recolector externo. Puede ir asociado a un sensor de presión intracraneal (PIC)

Los pacientes portadores de un drenaje subgaleal requieren una estrecha vigilancia por parte del personal de enfermería, así como una correcta manipulación de los dispositivos que portan. Conocer su manejo y mantenimiento ayudará a prevenir y detectar complicaciones que puedan llegar a ser muy graves para el paciente. Entre los riesgos potenciales que pueden presentar los pacientes portadores de drenaje subgaleal se pueden destacar los siguientes:

- ★ Infección
- ★ Hemorragia
- ★ Colapso ventricular
- ★ Salida accidental, rotura, pinzamiento u obstrucción del catéter
- ★ Pérdida de LCR o sangrado por el punto de inserción del catéter

Objetivo

Unificar criterios en la atención al paciente con drenaje subgaleal y describir unas pautas de actuación que sirvan de referencia al personal de enfermería de la unidad postquirúrgica, de manera que el manejo de estos dispositivos entrañe el menor riesgo posible y no repercuta negativamente sobre el paciente

Procedimiento de elaboración

- ★ Revisión bibliográfica con búsqueda en Internet, utilizando los términos: Craneotomía, drenaje, cuidados postoperatorios, atención de enfermería, guías de práctica clínica
- ★ Se coteja la información obtenida con los diferentes profesionales que intervienen en el proceso: neurocirujanos, anestesiistas y enfermeras



Intervenciones generales

- ★ Estancia mínima de 24 horas en la unidad de cuidados postquirúrgicos, antes del traslado a la planta de neurocirugía
- ★ Monitorización continua de constantes vitales (FC, PA, FR y SatO₂) y registro horario. Asegurar que el paciente tenga buena oxigenación y ritmo respiratorio. La hipercapnia aumenta el edema cerebral. Mantener presión arterial media de 90 mmHg
- ★ Monitorización y registro de T^º cada 4H. Mantener T^º < 37°C. La hipertermia aumenta el edema cerebral
- ★ Monitorizar el estado neurológico y registro horario. Vigilar que el estado neurológico sea el adecuado después de revertir la anestesia, a través de la escala de Glasgow, tamaño y reacción pupilar y movilidad de las cuatro extremidades
- ★ Mantener al paciente con elevación de la cabeza a 30 grados para favorecer el retorno venoso, disminuir la PIC y prevenir el broncoaspirado
- ★ La cabeza debe estar alineada con el resto del cuerpo, sin flexión, extensión ni torsión del cuello, para facilitar la circulación de retorno, reduciendo la congestión vascular
- ★ Vigilar la hidratación del paciente mediante balance hídrico exhaustivo. Evitar la sobrehidratación que aumentaría el edema cerebral. Control de diuresis horario, asegurar 1ml/Kg/h
- ★ Mantener niveles de glucemia entre 80-150 mg/dl. Control cada 6 horas
- ★ Control analítico (hemograma, bioquímica y coagulación)
- ★ Profilaxis de trombosis venosa profunda: comprensión neumática intermitente de miembros inferiores y medias elásticas
- ★ Mantener el paciente en un ambiente confortable y tranquilo
- ★ Administrar tratamiento (corticoides, protectores de la mucosa gástrica, antieméticos, analgésicos, anticonvulsivos y antibióticos)

Intervenciones específicas

- ★ Seguir indicaciones del neurocirujano en cuanto al drenaje (con o sin succión)
- ★ Generalmente el drenaje llega con vacío de quirófano y se deja a caída libre una vez se pierde el vacío
- ★ Vigilar que el drenaje no esté comprimido con el cuerpo del paciente y que esté libre de cualquier atrapamiento
- ★ Vigilar la cantidad drenada por hora y el aspecto, aunque se registre por turno. Si el aspecto del líquido drenado cambia de hemático a una apariencia más serosa, puede indicar salida de LCR. NO HACER VACÍO, porque se podría producir colapso ventricular (bradicardia, hipotensión y disminución del nivel de conciencia del paciente) o una hemorragia intracraneal. Si pese a no tener vacío se observa una salida de LCR abundante, se cerrará el drenaje y se avisará al neurocirujano
- ★ Vigilar la presencia de sangrado o LCR en la herida quirúrgica
- ★ Asegurar una correcta fijación del drenaje para evitar salidas accidentales
- ★ Ante una rotura del catéter se pinzará lo más próximo al paciente y se avisará al neurocirujano
- ★ Cuidados de la herida quirúrgica y del punto de inserción del drenaje.
Extremar las medidas de asepsia para prevenir infecciones. La cura debe efectuarse sólo en caso necesario (apósitos manchados con secreción, sangre o LCR)
Previo a su manipulación lavado de manos, alcohol-gel y guantes estériles
Uso de clorexhidina para realizar curas tópicas, no frotar, secar con toques suaves y cubrir con apósitos estériles
Retirada del drenaje a los 3 días máximo y retirada de los puntos de herida quirúrgica a los 8 días.

Bibliografía

- ★ Demetriades AK. Negative pressure suction from subgaleal drainage: bradycardia and decreased consciousness. Acta Neurochir (Wien), 150 (10): 111, 2008 Oct.
- ★ Grille P et al. Manejo del drenaje ventricular externo en la unidad de cuidados intensivos. Guía práctica. Rev. Med. Urug., 2007; 23: 50-55
- ★ Secretaría de Salud. Diagnóstico y Tratamiento del Hematoma Subdural Crónico Traumático en pacientes mayores de 18 años de edad. México; 2009. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>