

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSOPERADOS DE
CLIPAJE DE ANEURISMA CEREBRAL DEL HOSPITAL NACIONAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO-2020**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

SIOMARITH DEL CASTILLO GONZALES

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI PRESIDENTE
- DRA. NOEMI ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA VOCAL

ASESORA: DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 97-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 14 de Abril del 2020

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

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	6
DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	6
CAPITULO II	11
MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes del estudio	11
2.2. Bases teóricas	15
2.3 Marco conceptual	18
CAPÍTULO III	
3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	
Plan de cuidados de enfermería	28
3.1. Valoración	40
3.2. Diagnóstico de enfermería	41
3.3. Planificación	43
3.4. Ejecución y evaluación	52
4. CONCLUSIONES	54
5. RECOMENDACIONES	57
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
7. ANEXOS	64

INTRODUCCIÓN

En la última década los aneurismas cerebrales han alcanzado relevancia por lo que representa una alta cantidad de muertes rápidas, ya que en el caso de romperse ocasionan hemorragias severas lo que conlleva a un shock hipovolémico, por lo tanto, sería la causa de fallecimiento. El presente trabajo académico surge de las experiencias vividas como enfermera asistencial en el servicio de neurocirugía 8B del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, entre los años 2010 hasta la actualidad, en tanto, se observa que los enfermos que se encuentran en hospitalización en el área de neurocirugía 8B, presentan problemas y complicaciones que muchas veces son desapercibidos por la falta de experiencia, especialistas en el cuidado quirúrgico y conocimientos en la fisiopatología del paciente neuroquirúrgico.

Lo que motivó a desarrollar este trabajo académico es que los pacientes post operados de clipaje de aneurisma a diferencia de otros pacientes quirúrgicos necesitan de una atención especializada que ayuden en las diferentes técnicas de neuro monitorización actualmente disponibles, se observa con frecuencia tres grandes complicaciones neurológicas que pueden amenazar su vida y deben prevenirse o tratarse precozmente: resangrado, vasoespasmo e hidrocefalia. Pudiendo aparecer además otras complicaciones neurológicas ya que la lesión intracerebral ocurre en al

menos un tercio de los pacientes y deben potencialmente ser evitables para esto se requiere un reconocimiento rápido y evacuación inmediata

La experiencia se desarrolló en Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) es un centro para brindar los cuidados y el resguardo de la salud logrando satisfacer las diversas necesidades de la comunidad, ya que la atención sanitaria es especializada en niveles altos donde se registra atenciones según prestaciones de salud en emergencia un total de **(85377 pacientes) y Hospitalizados con un numero de (17185) en el periodo de año 2019**, cuenta con el servicio de Neurocirugía unidad orgánica que utiliza un enfoque multidisciplinario para ofrecer servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de pacientes con trastornos neuroquirúrgicas, recibe pacientes referidos de todo el Perú que compromete el sistema nervioso generalmente por traumatismos, tumores cerebrales, aneurisma cerebral roto y no roto, malformaciones arteriovenosas, accidentes cerebro vasculares hemorrágicos, hidrocefalia. Cuenta con 29 camas, de las cuales 5 camas están asignadas en el ambiente de Unidad de Intermedios (UTI) y 24 disponibles para la hospitalización, divididas en zona para mujeres y varones; 2 enfermeras son responsables por turno de 12 horas cada una se hace cargo de lado 15 pacientes con grado de dependencia II y III los 14 Pacientes son atendidos por una enfermera de grado III y IV. Evidenciándose que en el año 2019 se realizaron un total de 455 operaciones de craneotomías programado y electivo (ver anexos). Dichos pacientes necesitan ser ingresados al área de

cuidados intensivos de forma frecuente una vez que ha salido de la operación neurológica, ya que se necesitan controlar las diversas complicaciones que llegasen a presentarse después de la operación, sin embargo, ingresan al servicio de neurocirugía provenientes de la emergencia, unidad de recuperación post anestésica de emergencia (URPAE y unidad de recuperación programados (URPA). evidenciando las dificultades para el personal de enfermería.

Como profesional de Enfermería cumplo el rol dedicada a la atención primordial en el mantenimiento de la autorregulación cerebral, brindando un cuidado humanizado e informando los cambios que puede presentarse en un paciente en estado crítico debido al compromiso neurológico dichos pacientes no pueden mantener su autocuidado, por las situaciones sobre agregadas que pueden producirse en estas patologías tales como la triada de Cushing, disminución de Glasgow, déficit motor, etc. Los cuidados multidisciplinarios y la cooperación entre enfermería y neurocirujanos son necesarios para el manejo postoperatorio, siendo la comunicación clara y frecuente entre el equipo para su pronta recuperación y optimizar los resultados.

El objetivo principal de este trabajo académico es ejecutar la planificación del cuidado individual del afectado durante el periodo transcurrido luego de haber realizado la operación en el servicio de neurocirugía del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión sometidos a la operación de reparación neuróloga. Por lo tanto, es fundamental centrar los esfuerzos en el período

que transcurre del postoperatorio porque sería el momento indicado de evaluar al enfermo y su evolución en la intervención, así como identificar los hallazgos realizados por el personal de enfermería, ya que la enfermera está encargada de la atención y cuidado directo del paciente y tiene que afrontarse a situaciones como tomar decisiones y realizar actividades cada vez más complejas adquiriendo conocimientos teóricos, para que su trabajo en el departamento de cuidados salga a la luz con excelentes resultados al momento de que los enfermos sean hospitalizados y así poder lograr incorporar las experiencias a fin de que sirva como guía al equipo de Enfermería del servicio de Neurocirugía 8B.

CAPITULO I

DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA.

Las aneurismas son dilataciones de las arterias cerebrales los cuales se pueden localizar en distintos niveles. En tal sentido, es una patología que en la inmensa mayoría de los pacientes no produce ningún tipo de síntomas, sobre todo en los análisis cerebrales, por eso es importante que los pacientes mayores de 65 años con algún tipo de factor de riesgo cerebral, fumadores e hipertensos se realicen pruebas diagnósticas no invasivas como es una ecografía para valorar si presentan dilataciones que precisan seguimiento o tratamiento definitivo, entre las causas de los aneurismas no están claras, puesto que hay múltiples teorías. (1)

Hoy en día existen varias opciones quirúrgicas en los aneurismas cerebrales, ya que hace años la única alternativa era una cirugía abierta más o menos agresiva y en función de la localización de la ruptura y desde hace ya unos 15 años se dispone de la posibilidad de tratamientos menos agresivos. Es importante recalcar que no todos los aneurismas, en el caso cerebral, la cual es la patología más frecuente son susceptibles de tratamientos quirúrgicos ni a todos los pacientes se les debe realizar esta técnica como única alternativa, en donde hay situaciones en que es mejor realizar la intervención quirúrgica sobre todo en pacientes muy jóvenes.

No obstante, la aneurisma cerebral son dilataciones de cualquier arteria cerebral que debilita las paredes de las arterias y que en cualquier

momento pueden reventar. Esto puede ser un problema y que compromete directamente la vida, así mismo es difícil encontrar esta enfermedad ya que no dan síntomas, sino que de casualidad cuando un sujeto va a hacerse un examen por ejemplo migraña y que éste lanza una tomografía con reconstrucción se encuentra un globito por propagación en cualquier parte del cerebro internamente, es por ello que es importante frecuentar al médico para descartar algunas anomalías.

El clipaje de aneurisma se considera como un procedimiento de cirugía existente que se utiliza para la reversión de aneurismas cerebrales que se hayan roto o no, y que de igual forma representa un gran riesgo para el sujeto y su integridad sanitaria, todo ello se debe a que la recuperación del enfermo debe estar al día, por lo que se necesita un gran equipo que colaboren con las demandas del sujeto que ha sufrido la intervención. (3)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Enfermedad cerebro vascular (EVC) es casi una de las principales muertes a nivel mundial, en donde 4.95 millones se presentan en países con beneficios de nivel medio y bajo, por lo que se visualiza una tasa de incidencia en periodo de dos años de forma porcentual del 10 al 22%, no obstante, dicha tasa puede tener una reducción del 80% si se modifican las fases de riesgos. (4)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (5) establece que el grupo interdisciplinario se conforma con el fin de salvaguardar la salud del individuo, así como de mantener con vida al sujeto y poder controlar los

posibles riesgos, de igual forma deben sanar y aliviar las afecciones físicas. No obstante, el trabajo representa diversas dificultades, ya que realizar la intervención profesional no necesariamente va dirigida al paciente porque es necesario tener el tacto necesario para comunicarse con los familiares en el momento de dar malas noticias, por lo tanto, conlleva habilidades sociales para poder tratar con el enfermo y sus allegados. En los Estados Unidos (6) todos los casos que se presentan de aneurismas corren el riesgo de romperse lo que puede causar un derrame en el área cerebral. Los estudios realizados con anterioridad muestran que 10 de cada 100.000 sujetos tienen el riesgo de ruptura de aneurisma porque sufren afecciones de hipertensión o en caso contrario abusan de sustancias ilícitas, así como del alcohol y de los cigarrillos.(7)

En Latino América se ha identificado en la población por lo menos el 4% de las personas puede padecer de aneurisma cerebral, de igual forma el 2% de estos suelen presentar durante la infancia, otro 4% lo padecen las féminas teniendo un gran porcentaje de ruptura llegando a sufrir derrames, no obstante, el 12% de los afectados llegan a fallecer sin haber llegado al centro hospitalario, mientras que un 45% pierde la vida en el transcurrir de 30 días. Asimismo, el 50% de los individuos que logra sobrevivir, por otro lado, presentar secuelas que son irreversibles durante toda su vida siendo este porcentaje el 60% de fémina, es así que la contabilidad de portadores es de 150.000 personas y estas son sólo las que no han tenido la ruptura de la misma afección. (Soto, 2013), por otro lado, en los estudios realizados

en México se pudo identificar que la mortalidad de las anomalías es la tercera causa que corresponde a la pérdida de la vida teniendo edades comprendidas de 55 a 65 años y es en esas edades de los riesgos aumentan. (8)

En Perú se reportó una incidencia de 6,8 % en las ciudades y el 2,7% en la zona rural en pacientes mayores a 65 años, manifiesta que el 28,6 y 13,7%, conllevan a la mortalidad. El Ministerio de Salud afirma un aumento en las muertes por Accidente Cerebro Vascular Hemorrágico entre los años 2000 y 2006. También se informó una cantidad de pérdidas de vidas en los centros hospitalarios del 20% entre los años 2000 y 2009 en el Hospital Nacional "Cayetano Heredia" creando un problema de salud pública. Estos valores estadísticos son realmente preocupantes teniendo en cuenta como afecta en la vida de los enfermos que sufrieron un stroke cerebral, sumado a ello, el choque financiero que se produce en los centros sanitarios y en la población; ya que el enfermo que acude al centro hospitalario con alguna afectación interna es considerado como un sujeto que gastará dinero para su pronta recuperación. Así mismo es importante recalcar que dicha enfermedad es frecuentada entre las personas con edades mayores a 30 años. Actualmente pocos hospitales públicos cuentan con las herramientas y el personal calificado para adelantar el procedimiento. A nivel de Lima la estimación realizada es que por cada 100 mil pobladores 10 de ellos padecen de la anomalía del aneurisma cerebral aumentando su incidencia de acuerdo a las edades, siendo así que el 80% de ellos son producidas

por individuos de 40 a 65 años. De igual forma el 15% de los individuos que padecen la afección tienen edades de 20 a 40 años y sólo un 5% de los casos la padecen los sujetos de 20 años y menos. (9)

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión han llegado casos que se han dado números de 75 emergencias vasculares mensualmente, desglosándose como hemorrágicos el 40% e isquémicos el 60%. Por otra parte, el 80% de las hemorragias de aneurismas son operadas y sus cuidados dentro del centro sanitario son cesados, por lo que se le da el alta al paciente a un 60%. Al año ingresan un promedio de 780 pacientes con patologías cerebrales, siendo los más frecuentes, en orden de prioridad: los aneurismas, malformaciones arteriovenosas (MAV), hemorragias subaracnoideas y tumores. Pero una de las patologías que se trata frecuentemente en nuestro hospital son los aneurismas cerebrales, que representan casi un 70%, de los ingresos al servicio y que en su mayoría son quirúrgicos. El profesional capacitado para atender al paciente es el encargado de los cuidados postoperatorios y es de vital importancia evitar las complicaciones por la manipulación quirúrgica cerebral.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes del estudio.

2.1.1 Antecedentes Internacionales.

CASTILLO GARCIA Jorge, 2019,⁽¹⁰⁾ México realizo un estudio sobre “Atención de Enfermería durante el postoperatorio a paciente sometido a clipaje de aneurisma por ruptura” cuyo **Objetivo:** Reconocer y solventar las distintas necesidades de los sujetos que padecen de enfermedades cerebrovasculares. **Metodología:** Se llevaron a cabo diversas fases para el cuidado post operatorio por parte de las enfermeras y que se centraron en la reparación aneurismática que se hizo en la práctica hospitalaria del paciente afectado, es así que se pudo utilizar los patrones funcionales denominados por Marjory Gordon con el fin de recolectar los datos necesarios, al igual que también fue utilizado la taxonomía NANDA-NIC-NOC. **Resultados:** Se dio a conocer cuál fue la planificación para el cuidado de la paciente en la intervención que hará el grupo de enfermeros, por lo tanto, las dimensiones serán evaluadas a través de la estructura el procedimiento y el resultado obtenido. **Conclusiones:** Cuando un individuo padece de las enfermedades cerebrovasculares repercute directamente al entorno familiar y en primera instancia tiene que ver con el sistema hospitalario al que se acude, es así que es fundamental que el personal de enfermería preste una atención óptima para el mejoramiento del paciente.

GARCÍA GARCÍA Ismael, 2018,⁽¹¹⁾ España, “Cuidados enfermeros en las personas con traumatismo craneoencefálico severo”. **Objetivos:** Conocer las intervenciones en el control de la presión intracraneal. **Metodología:** Revisión bibliográfica. **Resultados:** Las medidas de tratamiento incluyen la valoración inicial, el mantener los valores de PAM y la estabilidad hemodinámica, asegurar una adecuada posición, dar apoyo nutricional, administrar sedación, administración de solutos hiper osmolares e hiperventilación moderada. De persistir la HTIC, se debe aplicar las siguientes medidas: inducir hipotermia terapéutica, coma barbitúrico y la descompresión a través de la craniectomía. **Conclusiones:** Las intervenciones enfermeras eficaces y de calidad son indispensables para la adecuada evolución del paciente con TEC severo

MATA DELGADO Sonny Hannali,2018⁽¹²⁾, Ecuador “Proceso Cuidado Enfermero en Paciente Postoperado de Clipaje de Aneurisma cuyo fue **Objetivo:** Diseñar una planificación para los cuidados de enfermería utilizando la taxonomía NANDA-NIC-NOC para evaluar la recuperación de la intervención quirúrgica de la ruptura aneurisma de acuerdo a la fisiología de la enfermedad y todo dependiendo la intervención clínica realizada. **Metodología:** Se valoró los distintos patrones de la salud del enfermo post operado una vez realizado la reparación del aneurisma utilizando la intervención necesaria. **Conclusiones:** El paciente que sufría de aneurisma se ha visto como uno de los grandes retos para el personal de enfermería, ya que cumplir y solventar las necesidades del paciente

conlleven a tener una disciplina rigurosa, por lo tanto, el papel que cumple debe ser ejecutado eficientemente de acuerdo a una planificación donde el cuidado que se le da al sujeto debe ser individualizado.

WANG YOUN, Liu, 2018⁽¹³⁾, China. “La seguridad y la eficacia de una nueva recuperación neuroquirúrgica mejorada después del protocolo de cirugía para la craneotomía electiva” el **Objetivo:** Crear nuevas ideas de forma protocolar para las operaciones de craneotomía para que ocurra una intervención neuroquirúrgica de forma efectiva dentro de la institución hospitalaria. **Metodología:** Un ensayo controlado aleatorizado prospectivo. **Resultados:** Se pudo identificar beneficios que resultan ser de significación porque al manejar los postoperatorios convencionales estaría asociado a la reducción de la estancia clínica del paciente, por lo que presenta una rapidez en la recuperación y que tampoco se ve el aumento de las complicaciones en la intervención quirúrgica de la craneotomía. **Conclusiones:** La mayor asociación a la enfermedad cerebrovascular como factores de riesgo fueron la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la edad avanzada, seguidos por el tabaquismo y alcoholismo. En contraste a con un control inadecuado de estas patologías.

HERRERA LÓPEZ José Luis y Colab, 2017⁽¹⁴⁾, Ecuador. “Cuidados de enfermería en traumatismo craneoencefálico y su relación con las oportunidades de mejora”. **Objetivo:** Analizar los factores que intervienen como causantes del TEC. **Metodología:** Estudio bibliográfico, descriptivo y de campo. **Resultados:** Se diseñó un plan que sirve como guía para los

cuidados clínicos que se necesitan para brindar la mejor atención y que favorezcan la sanidad del individuo. **Conclusión:** se debe realizar nuevos esquemas “flujogramas” para el personal en los servicios hospitalarios, como guía para la realización de procedimientos y cuidados especiales que el paciente necesita para su pronta recuperación ⁽¹⁵⁾

ALVES DE OLIVEIRA Serra, Y COLS 2015⁽¹⁵⁾ España, en su investigación “**Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato de Craneotomía**”, cuyo **objetivo:** Crear un modelo de cuidado que se ofrecen al enfermo luego de la cirugía; **Metodología:** La investigación cuantitativa se encarga de establecer los resultados de forma numérica para un mejor entendimiento, por lo tanto, el estudio contó con la participación de 13 enfermeros que laboran en el departamento de recuperación postanestésica. **Resultados:** Se observa la predominancia del cuidado con el sistema respiratorio y cardiovascular. **Conclusiones:** Se identificó fallas en cuanto al uso del sistema de asistencia de enfermería, ya que, los profesionales presentan dificultades con su utilización repercutiendo en los cuidados que realizan a los afectados.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

VALVERDE ZAMBRANO Mario Josué; 2019⁽¹⁶⁾ Lima “Aneurisma Cerebral: Intervención Quirúrgica de Microstent,” **Objetivo:** Evaluar el aneurisma que afecta al cerebro por medio de un método quirúrgico.

Metodología: Estableció un estudio descriptivo, exploratorio, explicativo y de campo. **Resultados:** Se pudo tomar como punto de referencia la aplicación de Microstent, el cual ésta pudo indicar resultados funcionales positivos luego de haber sido aplicada a los enfermos que expresaron que se les aplicara dicho método. **Conclusiones:** Se pudo determinar que gracias al método aplicado denominado Microstent se pudo minimizar el problema que afecta a los enfermos, ya que su mecanismo ha tenido respuestas eficaces al tratamiento aplicado.

LINARES CRISTOBAL Jorge.2018,⁽¹⁷⁾ Lima, “causas no traumáticas en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el hospital nacional Sergio Bernales” **Objetivo:** Encontrar las problemáticas que ocasionan el trauma hemorrágico de los enfermos en dicho centro hospitalario. **Método:** Pudo trabajar bajo una investigación descriptiva, retrospectiva y observacional. Se seleccionó 331 historias clínicas con el diagnóstico de hemorragia intracraneal espontánea. **Resultados:** Encontró que la Hipertensión arterial fue más frecuente ubicándose en el 64.6%, asimismo un 29.9% presentando Diabetes mellitus, por otro lado, un 24.7% con Hipercolesterolemia, un 21.1% con Alcoholismo, sumado a ello, un 12.3% con Tabaquismo y finalmente un 3.1% con Aneurismas. **Conclusión:** La problemática que se notó frecuentemente fue la hipertensión arterial y luego la Diabetes mellitus e hipercolesterolemia, dándonos una idea más realista

sobre la presencia de estas patologías que individualmente y en conjunto pueden desencadenar más raudamente una hemorragia intracraneal.

MOSCOSO APAZA Laura Athenas;2016⁽¹⁸⁾ Lima-Callao “Características de los aneurismas intracraneales mediante angiografía por sustracción digital con reconstrucción tridimensional. Hospital Daniel Alcides Carrión “.

Objetivo: Detallar las particularidades de los aneurismas intracraneales por medio de angiografía por sustracción digital con reconstrucción tridimensional en enfermos que se encuentran en el centro sanitario en estudio. **Metodología:** Trabajó con la investigación descriptiva, retrospectiva y observacional, contando con la participación de 80 sujetos.

Resultados: Se encontró que un 81.3% de los aneurismas eran únicos y un 18.8% múltiples. **Conclusión:** Las particularidades fueron de menor a mediano, ya que se pudieron localizar las arterias maltratadas y así poder dar el tratamiento efectivo.

PEREZ SALINAS Luis Alfredo, 2019⁽¹⁹⁾, Lima-Perú, “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con politraumatismo y TEC leve en el Servicio de Emergencia de un hospital de Lima, 2018”. **Objetivo:** aplicar el PAE en un paciente politraumatizado con TEC leve. **Método:** La aplicación del PAE se realizó a través del modelo de patrones funcionales de Gordon.

Resultados: Se identificaron 10 diagnósticos de enfermería, priorizando 5: deterioro del intercambio de gases, riesgo de perfusión tisular cerebral

ineficaz, dolor agudo, riesgo de UPP y ansiedad. Luego, se ejecutaron las intervenciones de enfermería, ayudando a los pacientes a su mejoría. Finalmente, se realizó la evaluación. **Conclusiones:** de objetivos propuestos, solo se alcanzaron el segundo, cuarto y quinto objetivo.

COASACA-TORRES Juan Amilcar; 2015,⁽²⁰⁾” Complicaciones por rotura de aneurismas cerebrales en pacientes operados “. **Objetivos:** Explicar las causas por las que pueden complicarse la integridad de la salud del paciente recién intervenido al centro hospitalario Sabogal 2015. **Metodología:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. **Resultados:** De 109 pacientes operados, se evaluaron 67 (61.46%) historias clínicas. Fueron 47 mujeres (70.14%) y 20 varones (29.85%), de 22 a 82 años, 35 tenían entre 45 y 65 años (52.23%), 49.25% aneurismas de comunicante posterior, 29.85% aneurismas de cerebral media, 13.43% aneurismas de comunicante anterior, 24.37% vasoespasma global, 7.46% hidrocefalia, 50.74% neumonía intrahospitalaria (NIH). **Conclusión:** Pudo determinar que más féminas que hombres tienen dicha anomalía. Entre las causas: un 13.43% tuvo un resangrado, asimismo, un 22.38% un vasoespasma, seguido a ello solo un 10.44% presentó neumonía intrahospitalaria. Por su lado en el intraoperatorio: un 31.34% presentó rotura del saco aneurismático, también un 53.73% una disección difícil. En tanto, en el postoperatorio: un 26.86% isquemia cerebral tardía,

también sólo el 7.46% un clipaje inadvertido de la arteria pericallosa, asimismo un 25.37% hemiparesia, igualmente la hemiplejia un 11.94%, también el 22.38% afasia, disartria y para finalizar el 85.07% desorden hidroelectrolítico.

2.2 Marco Teórico

MARJORY GORDON⁽²¹⁾ - MODELO DE LATEORÍA VALORACIÓN DE ENFERMERIA CON PATRONES FUNCIONALES.

Nos encontramos en los años 70 con dos grandes potencias Estados Unidos y la Unión Soviética, en esta época también había muchas diferencias de género y las mujeres comenzaron a luchar para tener los mismos derechos que los hombres aun así en medio de este caos encontramos a una enfermera de la cual destaca su modelo de patrones en la actuación de la enfermería.

Fue una profesora teórica que creó una técnica de evaluación de enfermería. Esta técnica es mejor conocida como los 11 patrones fundamentales de Gordon, esta guía ayudaba a los enfermeros a hacer un reconocimiento completo del paciente.

Los patrones funcionales se aplican también en los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente, aquellos que pasan por las etapas operatorias como son el preoperatorio, transoperatorio y post operatoria, se basan en cada característica que presentan, seguido de las necesidades individualizadas que cada paciente requiere.

2.3 Marco Conceptual

Paciente Neuroquirúrgico:

Se le considera distinto a la mayoría de los otros pacientes quirúrgicos. El cerebro tiene un limitado número de respuestas a las lesiones y estas respuestas ocurren en un compartimiento rígido, pueden causar la destrucción de un variable número de neuronas y marcar la diferencia entre una recuperación neurológica completa o un serio déficit neurológico por lo que requiere una cirugía de neuroquirúrgica en un centro hospitalario en el área de cuidados intensivos para poder controlar la conducta de la afección antes y después de someterse a la cirugía, así como poder controlar las complicaciones que puedan llegar a presentarse.(22)

Fisiología

El cerebro constituye solo el 2% de la masa corporal, pero necesita el 15 al 20% flujo sanguíneo total y consume el 20% al 25% del oxígeno total. Está ubicado dentro del cráneo que es un estuche rígido teniendo un tope numérico de respuestas a afecciones, ligeros cambios en la presión sanguínea o en la temperatura que son tolerados con facilidad en la mayoría de los enfermos pueden generar graves alteraciones y marcar la diferencia entre una recuperación neurológica completa y un daño neurológico irreversible. (9)

Cuando aumenta el volumen intracraneal se produce una elevación de líquido céfalo raquídeo (LCR) hacia el espacio subaracnoideo, seguido de un crecimiento rápido de la Presión Intracraneal (PIC). (22)

Reducciones de la presión de perfusión cerebral por debajo de 60mmhg pueden disminuir el flujo sanguíneo cerebral y causar isquemia cerebral. Los aumentos de la presión de perfusión cerebral por arriba de 90 mmHg pueden causar edema vasogénico e incremento de laE presión intracraneal. (23)

Aneurisma.

Es la formación de un coagulo que repercute en deformar la arteria del cerebro e ir creciendo poco a poco hasta ocasionar el clipaje. La patología radica en que sobre todo no da síntomas y que cuando se manifiesta lo suele hacer en forma de las diferentes complicaciones, puesto que, cuando lo son suficientemente grandes pueden romperse y ocasionar un sangrado masivo a nivel cerebral.(24)

✓ Fisiopatología del Aneurisma.

Se presenta una disminución de la elasticidad de la túnica media y adventicia de los vasos sanguíneos cerebrales, la media tiene menos músculo, la adventicia es delgada y la lámina elástica interna es más prominente. Esto, aunado con el hecho de que los grandes vasos sanguíneos cerebrales se encuentran dentro del espacio subaracnoideo con un pequeño soporte de tejido conectivo. Los aneurismas tienden a surgir en áreas curvadas de alguna arteria principal, o en el ángulo entre la misma y una derivación importante de la arteria. (23)

Etiología de los aneurismas:

- Ateroesclerótica o hipertensiva: Es una de las primeras causas etiológicas que presentan un mayor problema de aneurisma sacular, en donde predomina la genética.
- Predisposición genética: Puede presentarse con el defecto de la capa muscular de la pared de alguna arteria.
- Infecciosa: Porque tiene sus inicios a través de una infección.
- Traumática: Se vincula a otras afecciones.

Factores de Riesgo:

- Edad avanzada (45 años en adelante) y sexo femenino.
- Antecedentes familiares de aneurisma.
- Consumo de drogas.
- Presión arterial elevada Clasificación.

Signos y Síntomas:

- Dolores de cabeza, cuello.
- Desorientación, torpeza y desmayo.
- Ojos semicerrados.
- Migrañas que las acompañan las náuseas.
- Dificultad para realizar algún movimiento corporal.
- No poder comunicarse adecuadamente.

Clasificación:

- **Pequeños: De menos de 12 mm de diámetro (78%)**
- **Grandes: De 12 a 24 mm de diámetro (20%)**
- **Gigantes: De más de 24 mm de diámetro (2%)**

Tabla 1, Escala fotográfica de Fisher

Grado	Definición
1	Sin sangre identificada por tomografía computada.
2	Depósito difuso o capa delgada de sangre en las láminas verticales (fisura interhemisférica, cisterna insular, cisterna ambiens) menor a 1 mm.
3	Coagulo localizado o depósito difuso mayor de 1 mm en las láminas verticales.
4	Sangre difusa o no HSA pero con sangre intracerebral o intraventricular.

Tabla 3. Escala tomográfica de Fisher.

TABLA 2. Escala de Hunt y Hess.

GRADO I	Ausencia de síntomas, cefalea leve o rigidez de nuca leve
GRADO II	Cefalea moderada a severa, rigidez de nuca, paresia de pares craneanos
GRADO III	Obnubilación, confusión, leve déficit motor
GRADO IV	Estupor, hemiparesia moderada a severa, rigidez de descerebración temprana o trastornos neurovegetativos
GRADO V	Coma, rigidez de descerebración.

Fuente: Elaboración propia

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Tomografía computarizada.
- Angiografía.
- RMN
- Punción lumbar.
- Angiotomografía.
- Angioresonancia.

Complicaciones.

Cuando se rompe un aneurisma cerebral tiene efectos contraproducentes, ya que el derrame causa riesgos a las células dañándolas o matándolas, por otro lado, el cráneo sufre presiones interiores afectando el oxígeno y el suministro de sangre que llega al cerebro interrumpiendo sus funciones, así como también se puede perder la vida en el proceso.

Resangrado. Es una vez que el individuo ha sufrido de aneurisma y haber ocurrido la ruptura y se haya operado, este tiene un alto porcentaje de resangrado, aunque en la primera semana el riesgo es poco, la mayor probabilidad es cuando se cumplen los 6 meses ya que el riesgo es de un 50% mientras que si el individuo llegase a cumplir el año sin ningún problema el porcentaje es del 3% de resangrado.

Vasoespasmio. Una vez roto el aneurisma dentro del cerebro los vasos sanguíneos llegan a minimizarse severamente, lo que puede causar un trastorno impidiendo el flujo sanguíneo, lo que causa es que se dañe o se pierdan más células dentro del cerebro.

Hiponatremia. En la práctica clínica es bastante habitual que se encuentre con pacientes que tienen cifras de sodio menores de 135 mililitros, ante un paciente con hiponatremia es importante conocer las circunstancias que han generado el bajo incremento de sodio, así como la importancia de normalizar de nuevo dichas cifras y las medidas de tratamiento disponibles para hacerlo. La gravedad de la hiponatremia reside en su capacidad para

producir edema cerebral, entonces, se manifiesta clínicamente como un continuo que va desde la confusión hasta el coma.

- **Accidente cerebrovascular.**
- **Hemorragia subaracnoidea.**
- **Convulsiones, epilepsia.**

Clipaje de Aneurisma.

Se considera como un procedimiento de cirugía existente que se utiliza para la reversión de aneurismas cerebrales que se hayan roto o no, y que de igual forma representa un gran riesgo para el sujeto y su integridad sanitaria, todo ello se debe a que la recuperación del enfermo debe estar al día, por lo que se necesita un gran equipo que colaboren con las demandas del sujeto que ha sufrido la intervención.

Clipado precoz del aneurisma



Figura 1: Cuidados de Enfermería del paciente postoperatorio mediato de clipaje de aneurisma.

La Monitorización directa del paciente por parte de los enfermeros es trascendental para evaluar el progreso de las complicaciones intracraneales, reduciendo la morbimortalidad de los pacientes sometidos a intervenciones neuroquirúrgicas.

✓ **Acción oportuna y tratamiento de las complicaciones precoces y tardías que se presenten.**

- Evaluación neurológica (GLASGOW y tamaño pupilar.)
- Tener la parte donde se apoya la cabeza prominente de 30-45° para así ayudar en el retorno venoso.
- Permanecer siempre con la cabeza y cuello en una posición neutral.
- Control de funciones vitales Calcule y valore (PAM)
- Valorar si paciente precisa intubación según (Glasgow= inferior o igual a 8)
- Tener una ventilación formidable para así pasar el oxígeno adecuadamente y prever una hipercapnea.
- Diuresis horaria (sondaje vesical).
- Evitar actividades que aumenten la PIC (maniobra de valsalva, girar la cabeza y el cuello que afecta las venas yugulares).
- Vigilar signos de alarma alteraciones de líquidos y electrolitos.
- Balance hídrico estricto c/12 horas.
- Estar pendiente de las convulsiones teniendo presente las precauciones.
- Cuidados de la herida y del sitio de incisión: Prevención de complicaciones de las heridas.
- Cuidados del drenaje.
- Cuidados del catéter urinario.

✓ **Valoración de los signos de sangrado.**

El sangrado en los pacientes ocurre por múltiples causas, pero la más frecuente de ellas tiene que ver con la disminución significativa de las plaquetas y la prolongación de los tiempos de sangría, esta situación pone en riesgo al paciente por una modificación de la volemia y por conllevar a un sangrado interno a nivel cerebral aumentando así la presión intracraneal, y el paciente se le van a acentuar considerablemente diferentes complicaciones neurológicas, poniéndolo en riesgo de muerte.

✓ **Control del equilibrio Acido básico.**

El equilibrio ácido base permite que exista una mejor distribución de los líquidos a nivel extra-celular e intra-celular, previniendo así el edema cerebral, una modificación del estado ácido-base en el paciente puede hacer que esté presente insuficiencia respiratoria, comprometiendo la perfusión de oxígeno a nivel cerebral.

✓ **Prevención de Enfermedades trombo embolicas, signos de focalización neurológicas y aparición de signos de aumento de la presión intra-craneal (PIC).**

Además del monitoreo que realiza el personal especializado del área de manera directa a través de la observación, se hace un monitoreo electrónico donde se realiza un registro del electrocardiograma, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura, gases arteriales donde se

mida Co₂, Po₂, Ph sanguíneo, presión arterial, aumento de la PIC, estos ayudan a la detención de complicaciones en este tipo de pacientes.

✓ **Conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad.**

- Mantener las barandas de la camilla siempre levantadas.
- Hacer constantemente cambios de la posición en la que se encuentra el enfermo y conservando una postura correcta de su cuerpo.
- Mantener siempre acolchadas las zonas en las que se ejercen presión con el objetivo de prevenir futuros daños en la articulación muscular.

**3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE
MEJORAMIENTO EN RELACIÓN CON LA SITUACIÓN
PROBLEMÁTICA.**

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA.

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombre: Nora simoretti calvo Alegría.

Edad: 55años

Sexo: Femenino

Etapas de la Vida: adulta

Lugar de Nacimiento: Chiclayo

Fecha de Nacimiento: 11.05.1965

Grado De instrucción: secundaria completa

Ocupación: Su casa

Estado Civil: Casada

Número de hijos: 03

Religión: católica

Domicilio: Mz B lote 2 Praderas del Cerro Cachito, Ventanilla.

Fecha de Ingreso: 20/02/2020

1.2. Motivo de consulta.

Paciente de 55 años edad que se dirige a emergencia acompañada de familiar por presentar cefalea de gran intensidad 8/10 tipo pulsátil que no mejora con la administración de analgésicos, acompañado de rubicundez,

náuseas y vómitos, dificultad para respirar, diplopía y pérdida del estado de conciencia por 10 segundos y que al recuperar la conciencia se encuentra desorientada en tiempo, no así en espacio y persona, familiar refiere que es hipertensa hace 8 años atrás. Es llevado para THEM cerebral donde el médico neurocirujano evidencia Hemorragia subaracnoidea (HSA) Fisher III a nivel temporo-Parietal derecho, con línea media ligeramente desviada. Cual confirma la presencia de aneurisma cerebral roto, por lo cual se hospitaliza para tratamiento quirúrgico. Dado su problema de salud, la paciente es hospitalizada en el Hospital de tercer nivel de prestación de cuidados intensivos para recibir una cirugía.

1.3. Enfermedad actual.

- Aneurisma sacular de 7 x3 mm de arteria comunicante posterior izquierdo.
- Hemorragia subaracnoidea (HSA) Fisher III a nivel temporo-Parietal izquierdo.

1.4. Antecedentes

✓ Antecedentes perinatales:

- Paciente ha presentado 3 gestaciones, sus partos fueron normales, 1 aborto G4P3013, no uso de drogas, grupos sanguíneo B Rh (+)
- Sangrados menstruales a la edad de 11 años, no hace ingestas de tratamientos para prevenir embarazos futuros, en el cual a lo largo

de su vida tuvo 3 gestaciones todos por partos naturales y sin abortos, llegándole a sus 45 años la menopausia.

✓ **Antecedentes familiares:**

- Padre: Insuficiencia renal, Cáncer Renal con metástasis cerebral.
- Madre: TBC a los 35 años de edad con tratamiento completo.
- Hermana: Artritis reumatoide, diabetes, hipertensión arterial
- Hijo: Aparentemente sano

✓ **Antecedentes personales:**

- Hipertensión arterial crónica con tratamiento: Enalapril 20 mg.
- Quirúrgicos: Cesárea (1992), Colecistectomía (2015). Hipotiroidismo hace 1 año.
- Alergias: No refiere.
- Alcohol: No consume.
- Tabaquismo: No consume.

✓ **Antecedentes socioeconómicos y culturales:**

Vive en casa de sus padres con sus hijos y sus 3 hermanos, la vivienda es echa de concreto armado, también la vivienda cuenta con todos los servicios de primera necesidad. No cuenta con animales domésticos. Es católica cree mucho en Dios.

Nota de ingreso a Neurocirugía.

Paciente de 55 años, sexo femenino confusa, pupilas anisocorias ojo derecho con 4 mm, ojo izquierdo con 2mm foto reactivas a la luz, persiste cefalea intensa y vértigo llegando al vomito explosivo más o menos 200 CC. Se le realiza Panangiografía cerebral en la Unidad de Neuro intervencionismo para confirmar diagnostico medico evidenciando en el informe: Aneurisma sacular roto de 6 x 2 .mm de la arteria comunicante posterior derecha.

Se curso las interconsultas del Anestesiólogo, cardiólogo y neumólogo quienes responden en la interconsulta de manera favorable para que se pueda llevar a cabo la intervención quirúrgica. Paciente ingresa a sala de operaciones programada con el diagnostico pre operatorio de Clipaje de Aneurisma roto de la arteria comunicante posterior derecha, dicha cirugía se programó para una duración aproximada de 12 horas, al terminar el acto operatorio paciente pasa al servicio de la Unidad de Recuperación Post Anestésica del cuarto piso hemo dinámicamente inestable con apoyo ventilatorio de mascara de reservorio fio2 99% a 15 litros por minuto, neurocirujano deja indicaciones médicas y pase al servicio de neurocirugía en condiciones estables y al alta de anestesiología.

Primer día de post operada paciente pasa a piso de neurocirugía mujeres a la unidad de intermedios (UTI) donde se encontró con pronóstico favorable estable recibiendo cuidados de enfermería post operatorios según protocolo de fluidoterapia y fármacos, así como diversos cuidados de enfermería para prevenir complicaciones futuras.

Debido a la hemorragia subaracnoidea paciente presento en el acto quirúrgico una pérdida de 500 CC. de sangre por lo que fue necesario transfusiones de dos unidades de paquetes globulares (PG) y dos unidades de plasma fresco congelado (PFC).

Durante el examen físico paciente se encuentra en posición de decúbito supino despierta con tendencia al letargo, mucosas orales secas, palidez en la piel, fría al tacto, turgencia de la piel disminuida, persistiendo las náuseas por lo que continua con sonda nasogástrica número 14 a gravedad, en región frontotemporal se observa un drenaje Jackson Pratt con contenido hemático más o menos 50cc. Presenta catéter venoso central de tres lúmenes cubierto con Tegaderm limpio y seco no equimosis ni enfisema subcutáneo, a la auscultación crepitantes bilaterales en ambas bases, abdomen blando depresible no dolorosa a la palpación con cicatriz subcostal derecha antigua, portadora de una sonda Foley número 12 conectada a bolsa colectora, flujo urinario de 100cc hematúrica.

1.5. EXAMEN FÍSICO CEFALO-CAUDAL.

- **Cabeza:** Normo cefálica, cuero cabelludo sin lesiones bien implantado, presencia de canas en región frontal.
- **Cráneo:** Redondeado y simétrico de consistencia uniforme, ausencia de deformidades por traumatismo, herida operatoria cubierta con IOBAN.

- **Cara:** Facie intranquila, decaída, asimetría facial, hemiplejía de lado derecho.
- **Ojos:** Pupilas anisocóricas, pupila derecha de 4mm, pupila izquierda de 2mm, reactivas a la luz, movimientos oculares normales, conjuntivas pálidas, diplopía.
- **Nariz:** Tabique nasal sin desviaciones, fosas nasales permeables, con apoyo de oxígeno dispositivo de máscara de Venturi alto flujo al 35% de FI02 a 9 litros Xj.
- **Oídos:** de implantación normal, sin salida de secreciones.
- **Boca:** Con presencia de lesión en comisura labial de lado izquierdo, piezas dentarias incompletas, usa placa dentaria superior.
- **Cuello:** Tensión cervical, sin adenopatías.
- **Tórax:** Simétrico, expansibilidad torácica completa, bradipneico. Ruidos cardiacos rítmicos, taquicardia.
- **Abdomen:** Depresible no doloroso a la palpación, sin visceromegalias, presencia de cicatriz de cesárea.
- **Miembros superiores:** simétricos, no edemas, no nódulos, disminución de la fuerza en miembro superior derecho. **Miembros inferiores:** simétricos, no edemas, con várices.
- **Estado Neurológico:** Glasgow 14/15, desorientada en tiempo, no así en espacio y persona.

1.6. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES.

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

- **Clase 2: Gestión de la Salud**

Paciente se siente preocupada por su salud, debido a que no mueve muy bien el brazo izquierdo, su aspecto físico, buena higiene y en general es acorde a su edad. No tiene ningún hábito tóxico. Toma medicamentos para su hipertensión, enalapril 10 mg V.O. c/12 horas, no acude regularmente a valoración médica, refiere hasta cuándo estaré hospitalizada.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

- **Clase 1: Ingestión**

Se visualiza disminución de los reflejos del proceso de deglución, Paciente con prótesis dental, mucosa oral semihidratada, llenado capilar de 2 segundos, lengua saburral, piel y mucosidad seca, también presenta una palidez leve, se coloca una nueva sonda nasogástrica numero 16 sonda para así pasar la dieta enteral por bomba cada 6 horas a 300 ml/hora.

- **Clase 4. Metabolismo:**

Paciente presenta glucosa 180 mg/dl, hemoglobina 9 mg/dl, hematocrito: 27 %,

- **Clase 5. Hidratación:**

Resultados de electrolitos **Na:** 125 mmol/l, **K:** 3.6 mmol/l, **Cl:** 99 mmol/l, **Ca:** 2.2 md/dl.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

- **Clase 1. Función urinaria:**

Presenta Sonda vesical tipo Foley a circuito cerrado obteniendo una diuresis clara con un gasto urinario de 1.4 ml/kg/hr (poliuria).

Laboratorios: urea: 24 mg/dl, creatinina: 0.7 mg/dl, ácido úrico: 6.3 mg/dl, densidad urinaria 1010.

- **Clase 2. Función gastrointestinal:**

El paciente presenta estreñimiento no ausencia de movimientos peristálticos mientras se encuentra en reposo.

- **Clase 4. Función respiratoria:**

Se evidencia en el momento con dispositivo de Venturi con fio2 al 35% sin tolerar destete de oxígeno. Por lo que continua con oxigenoterapia, Reporte de Gasometría arterial Día 30/01/20: valores de PH: 7.3 PCO2:35 mmHG PO2:73 mmHG y HCO3: 18, iniciando manejo terapéutico de acidosis metabólica. Adicionalmente, con reportes de hemoglobina: 9.2g/dl, hematocrito: 27%., a la auscultación crepitantes bilaterales en ambas bases, vías aéreas semi permeables por presencia de secreciones bronquiales.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

- **Clase 2: Actividad / reposo**

Con incapacidad para movilización.

Par craneal X: hemiplejía izquierda, no percibe en su totalidad su hemicuerpo izquierdo.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

- **Clase 4. Cognición:**

A la observación paciente con un **Glasgow de 12/15 puntos**, apertura ocular (AO)=3 puntos, respuesta verbal (RV) =3 puntos verbalizan palabras inapropiadas, respuesta motora (RM=5) con déficit motor, en la escala de Hunt y Hess se encuentra en grado 3= confusión o somnolencia, signos neurológicos focales leves.

- **Clase 5. Comunicación:**

A la observación paciente verbaliza palabras incomprensibles paciente con disartria.

Par Craneal	Resultado
I.- Nervio Olfativo	No valorable
II.- Nervio Óptico	Fundoscopia no pudo realizarse por miosis y ptosis palpebral izquierda
III.- Nervio Oculomotor/Motor Ocular Común Troclear/Patético VI.- Nervio Abductor/Ocular Externo	IV.- Nervio Mirada primaria central, pupilas mióticas. Reflejos fotomotor y consensual bilaterales
V.- Nervio Trigémino	Reflejo corneal
VII.- Nervio Facial	Gesticulación disminuida
VIII.-Nervio Vestibuloclear/Auditivo	Presente
IX.- Nervio Glossofaríngeo	Reflejo tusígeno disminuido
X.- Nervio Vago/Neumogástrico	
XI.- Nervio Accesorio	No valorable
XII.- Nervio Hipogloso	Reflejo de deglución disminuido, disartria

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

- **Clase 1. Auto concepto**

Disminución para los movimientos físicos se realiza movilización en cama, por lo tanto, alteraciones neuromusculares afectadas por lo que el individuo ha perdido su fuerza motora.

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

- **Clase 1. Roles de cuidador:**

Se observa mucho apoyo del cónyuge en la continuidad del procedimiento evolutivo de recuperación del enfermo.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

- **Clase 1. Identidad sexual**

Se encuentran mamas normales, blandas, areola íntegra con forma circular, pezones planos. Genitales: adecuado para la edad piel íntegra, sin irritaciones.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

- **Clase 2: Respuesta de afrontamiento**

Preocupados por las complicaciones que se están presentando". Se evidencia ansiedad. pero siempre trata de afrontar sus problemas con una mentalidad positiva.

- **Clase 3. Estrés neuro comportamental:**

Se observa pupilas anisocóricas, pupila derecha de 4mm, pupila izquierda de 2mm, reactivas a la luz, Drenaje subaracnoideo en región frontoparietal derecha tipo Jackson pratt, alteración del estado mental, anomalías del habla, dificultad para deglutir

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

- **Clase 3: Congruencia entre valores/creencias/acciones:**

Familia católica.

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN

- **Clase 6: Termorregulación**

Se observa normo térmico frío al tacto, su temperatura corporal es de 36,7°C. Se encuentra con medios invasivos, se mantiene la cama asegurada para evitar caídas.

DOMINIO 12: CONFORT

- **Clase 1: Confort físico**

Paciente con signos de cefalea intensa Escala de EVA 8 /10, en sedo analgesia.

- Clase 2: Confort Ambiental.

Cubierta con sábana y bata hospitalaria

DOMINIO 13: CRECIMIENTO/DESARROLLO

- **Clase 2. Desarrollo:**

Paciente adulta madura de 55 años de sexo femenino alcanzo su desarrollo normal, se observa que pesa Peso: 47 kg. Talla: 155 cm, se encuentra con bajo de peso para su edad.

V
A
L
O
R
A
C
I
Ó
N

1.7. ESQUEMA DE VALORACION.

FLUJOGRAMA 1

DEFINICION

El Clipaje aneurisma Cerebral intracraneal se considera como un procedimiento de cirugía existente que se utiliza para la reversión de aneurismas cerebrales que se hayan roto o no, y que de igual forma representa un gran riesgo para el usuario y su integridad sanitaria, todo ello se debe a que la recuperación del enfermo debe favorable, por lo que se necesita un gran equipo que colaboren con las demandas del sujeto que ha sufrido la intervención.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

- Antecedentes
- Edad > 55 años, uso de dispositivos de ayuda
- Entorno desconocido, desordenado, iluminación insuficiente, ropa y calzado insuficiente, desorden.
- Alteración de la función cognitiva
- Deterioro auditivo, de la movilidad, de la visión y del equilibrio

INTERVENCIÓN INTERDEPENDIENTE EXÁMENES AUXILIARES:

Rayos X –Tomografía-Resonancia Magnética, Panangiografía

D
I
A
G
N
O
S
T
I
C
O

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio V/Q, E/P AGA anormal, diaforesis

(000132)
Dolor agudo R/C lesivos

Corre el peligro de minimización inefectiva R/C interrupción del flujo arterial.

Déficit de volumen de líquidos R/C

Deterioro de la deglución r /c lesión cerebral (cerebrovascular) M/p: no puede cerrar completamente la boca

PROCESO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

2.1. LISTA DE HALLASGOS SIGNIFICATIVOS

- Dolor de cabeza.
- Escala de Glasgow 12/15
- Deterioro de la conciencia
- Tendencia al sueño
- Debilidad de los músculos requeridos para masticar.
- Deshidratación
- Hiperglucemias
- Nausea y vómitos
- Aumento en demanda de oxígeno
- Debilidad de los músculos requeridos para deglutir.
- Bajo tono muscular.
- Disminución del aporte calórico requerido.
- Alimentación por sonda nasogástrica.
- Hipoactividad prolongada.
- Poca ingesta de líquidos.
- Piel seca poco turgente.
- Alteración metabólica a nivel central: hemorragia subaracnoidea.
- Proceso post - quirúrgico a nivel cerebral.
- Anemia megaloblástica en proceso: Linfocitos 891/mm³
- Ansiedad
- Deficiencia en la movilidad

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS.

1. Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio en la ventiloperfusión e/p esfuerzo respiratorio, palidez, SaO₂ 92% con venturi a 0.35 (00030)
2. Dolor agudo relacionado con lesiones físicas evidenciado por alteración de las funciones vitales, llanto, evaluación del dolor (EVA) 8/10.
3. Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida de líquidos evidenciado por secreciones biliosa por sonda nasogástrica a gravedad 130cc, por dren Jackson pratt disminución de la orina colúrica.
4. Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c disfunción neuromuscular e/p secreciones a nivel bronquial, inmovilización prolongada. (00031)
5. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c deterioro neurológico e/p paciente hipoactivo, presencia de sonda nasogástrica. (00002).
6. Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado con la lesión cerebral evidenciado por aumentos desproporcionados de la presión intracraneal.
7. Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con disminución de los electrolitos (hiponatremia, hipokalemia).
8. Náuseas relacionado a régimen terapéutico (tramal) evidenciado por sensación de nauseosa.
9. Deterioro de la deglución r/c daño neurológico e/p déficit facial, dificultad en pasar los alimentos.

2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIADO POR (CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS)	DIAGNOSTICO ENFERMERO
Deterioro del intercambio de gases 00030	Disminución de ventilación Perforación (V/Q).	Presencia de mascarilla de Venturi a 15 litros con un FIO ₂ : 50% FR: 28 por minuto Spo ₂ : 91% Muestra de Arterial: PH: 7.448 P _{CO2} : 35.3 mmHg Po ₂ : 84.7 mmHg	Deterioro del intercambio de gases R/C Disminución de ventilación Perforación (V/Q). E/P presencia de mascarilla de Venturi a 9 litros con un FIO ₂ : 35%, FR: 28 por minuto, saturación de oxígeno: 89%
PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIADO POR (CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS)	DIAGNOSTICO ENFERMERO
00201 Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal.	Disminución del flujo arterial, Hipertensión Arterial	Disminución del estado neurológico Escala de Glasgow 12/15 puntos. hemiplejía izquierda	Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado con la lesión cerebral evidenciado por aumentos desproporcionados de la presión intracraneal
PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIADO POR (CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS)	DIAGNOSTICO ENFERMERO
Dolor agudo	Lesiones físicas.	Realizar un informe para encontrar el nivel intensivo de los dolores, empleando escalas de (EVA), cambio en parámetros fisiológicos (TA), expresiones musculares en la cara.	Dolor agudo relacionado con lesiones físicas evidenciado por alteración de las funciones vitales, llanto, evaluación del dolor (EVA) 8/10.
PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIADO POR (CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS)	DIAGNOSTICO ENFERMERO
Déficit de la cantidad de líquidos.	Perdida activa de volumen de líquidos.	Mucosa oral semihidratada, Palidez de piel, Disminución de HB, Desequilibrio electrolítico	Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida de líquidos evidenciado por secreciones biliosas por sonda nasogástrica a gravedad 130cc, por dren Jackson pratt disminución de la orina colúrica.

II. FASE DE PLANEACIÓN

a. Priorización de los diagnósticos enfermeros.

1. Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio en la ventilación-perfusión e/p fatiga por esfuerzo palidez marcada, SaO₂ 88% con venturi a 0.35 (00030)
2. Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico evidenciado por cambio en parámetros fisiológicos, diaforesis y expresión facial de dolor, evaluación del dolor (EVA) 8/10.
3. Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa de volumen de líquidos evidenciado por secreciones biliosa por sonda nasogástrica a gravedad 150cc, por dren neurosuc, disminución de la orina colúrica.
4. Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado con la lesión cerebral evidenciado por aumentos desproporcionados de la presión intracraneal.
5. Deterioro de la deglución r/c deterioro neuromuscular m/p sialorrea, cierre incompleto de los labios y dificultad en la deglución.

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	NEUROCIRUGIA	PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA		
DOMINIO . 3 ELIMINACION		CLASE 4 FUNCION RESPIRATORIA		PATOLOGIA:POST OPERADO DE CLIPAJE DE ANEURISMA		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS NOC			
		RESULTADOS CODIFICADOS	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
					ENCONTRADO	ESPERADO
NANDA Deterioro del intercambio de gases R/C disminución de la ventilación perfusión V/Q E/P E/P presencia de mascarera de Venturi a 15 litros con un FIO2: 50%, FR: 28 por minuto, saturación de oxígeno 89%.		DOMINIO 2: Salud Fisiológica	060101 Presión arterial 060102 Presión arterial media. 060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	3 2 2 3	5 4 3 4
		CLASE G: Líquidos y Electrolitos.	060118 Electrolitos séricos 060119 hematocrito			
		RESULTADO: 0601 Equilibrio Hídrico.				
		DOMINIO 2: Salud Fisiológica.	080208 frecuencia cardiaca apical . 080204 frecuencia respiratoria	1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal	3 2 2 3	4 4 3 4
		CLASE: Regulación Metabólica (I)				

	<p>RESULTADO: 0802 Signos vitales.</p>	<p>080210 ritmo respiratorio</p> <p>080211 profundidad de la inspiración</p>	<p>4 Desviación leve del rango normal</p> <p>5 Sin desviación del rango normal</p>		
--	--	--	--	--	--

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	NEUROCIRUGIA	PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA		
DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS		CLASE 3. Estrés neurocomportamental		PATOLOGIA:POST OPERADO DE CLIPAJE DE ANEURISMA		
DIAGNOSTIO DE ENFERMERIA	NOC	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS NOC				
NANDA	RESULTADOS CODIFICADOS	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA		
				ENCONTRADO	ESPERADO	
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal R/C Disminución del flujo arterial, Hipertensión Arterial E/P Disminución del estado neurológico Escala de Glasgow 12/15 puntos. hemiplejia izquierda	0406 Perfusión tisular: cerebral. 38	040613 Presión sanguínea sistólica 040614 presión sanguínea diastólica 040617 presión arterial media 040615 hallazgos en angiograma cerebral .	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	3 2 2 3	5 4 3 4	
	DOMINIO: salud fisiológica (II) CLASE: Neurocognitiva (I) RESULTADO: 0909 Estado Neurológico	0909 estado neurológico 090906Presión intracraneal. 090901 conciencia 090923 orientación cognitiva 090924 capacidad cognitiva	1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal 4 Desviación leve del rango normal	3 1 2 3	4 3 3 4	

				5 Sin desviación del rango normal		
NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	NEUROCIRUGIA	PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA		
DOMINIO	12	CLASE	1 CONFORT FISICO		PATOLOGIA:POST OPERADO DE CLIPAJE DE ANEURISMA	
CONFORT						
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	DE	NOC	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS NOC			
		RESULTADOS CODIFICADOS	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
					ENCONTRADO	ESPERADO

NANDA 00132 Dolor agudo. R/C: agente lesivo biológico E/P: Manifestación de dolor usando escalas estandarizadas (EVA), cambio en parámetros fisiológicos de la presión arterial (TA), dolores faciales.	Salud Percibida	210201 Dolor referido	1.Gravemente comprometido	2	4
	(5)	210204 Duración de los episodios de dolor	2.Sustancialmente comprometido	3	4
	Sintomatología (V)	210206 Expresiones faciales de dolor	3 Moderadamente comprometido	2	4
	(2102) Nivel del dolor.	210208 inquietud	3	3	5
	210005	210209 tensión muscular	4.Levemente comprometido	3	5
	Relaciones sociales.	210301 intensidad del síntoma	5.No comprometido		
	210004 Entorno físico.	210302 frecuencia del síntoma		3	4
	210003 Bienestar Psicológico.	210304 malestar asociado	1 Desviación grave del rango normal	2	4
	210002 Control del síntoma.	210308 movilidad física alterada	2 Desviación sustancial del rango normal	3	4
		210311 estado de ánimo alterado	3 Desviación moderada del rango normal	3	5
		4 Desviación leve del rango normal			
		5 Sin desviación del rango normal			

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	NEUROCIRUGIA	PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA		
DOMINIO 2: NUTRICION		CLASE 5 HIDRATAACION.		PATOLOGIA:POST OPERADO DE CLIPAJE DE ANEURISMA		
DIAGNOSTIO DE ENFERMERIA		NOC	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS NOC			
NANDA		RESULTADOS CODIFICADOS	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
					ENCONTRADO	ESPERADO
Déficit de volumen de líquidos R/C perdida activa de volumen de líquidos E/P piel y mucosas secas		Salud Fisiológica	Hidratación (0602)	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	3	5
		CLASE G: Líquidos y Electrolitos. RESULTADO: 0601 Equilibrio Hídrico.			2	4
		Salud Fisiológica.	Turgencia de la piel Membranas mucosas hidratadas	1 Desviación grave del rango normal 2 Desviación sustancial del rango normal 3 Desviación moderada del rango normal	3	4
		CLASE: Regulación Metabólica (I) RESULTADO: 0802 Signos vitales.			2	3
					3	4

			4 Desviación leve del rango normal 5 Sin desviación del rango normal		
--	--	--	---	--	--

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	NEUROCIRUGIA	PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA		
DOMINIO:2 NUTRICION		CLASE:1 INGESTIÓN		PATOLOGIA:POST OPERADO DE CLIPAJE DE ANEURISMA		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA		NOC	CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS NOC			
		RESULTADOS CODIFICADOS	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
					ENCONTRADO	ESPERADO
NANDA Deterioro de la deglución r/c trastorno neuromuscular e/p sialorrea, cierre incompleto de los labios y dificultad en la deglución.		913.- Estado Neurológico: Función sensitiva/motora de pares craneales Salud Fisiológica Clase J: Neurocognitiva	91308 Deglución	1.Gravemente comprometido	2	4
			91326 Parálisis facial unilateral	2.Sustancialmente comprometido	2	4
			101003 Producción de saliva	3 Moderadamente comprometido	2	4
			101004 Capacidad de masticación	4.Levemente comprometido	2	4
				5.No comprometido		
			101010 Momento del reflejo de deglución	1 Desviación grave del rango normal		
			101501 Tolerancia a la alimentación	2 Desviación sustancial del rango normal	3	4
			101503 Frecuencia de deposiciones	3 Desviación moderada del rango normal	2	4
			101537 Pérdida de peso	4 Desviación leve del rango normal	2	3
				5 Sin desviación del rango normal	3	4

V. EVALUACION

DIAGNOSTICO	RESULTADOS ESPERADOS	ENJUICIAMIENTO DE LA CONSECUICIÓN DE RESULTADOS/INDICADORES
<p>Deterioro del intercambio de gases R/C disminución de la ventilación perfusión V/Q E/P E/P presencia de mascarera de Venturi a 15 litros con un FIO2: 50%,</p>	<p>Paciente presentará una SatO2 de 95 a 100%, PH de 7.34 a 7.45, PCO2 de 33.3 a 44mmhg, PO2 de 78mmhg a 98mmhg al finalizar el turno</p>	<p>La paciente en estudio, en post operatorio mediato, aún bajo los efectos postoperatorios, está en una situación donde los músculos respiratorios no se encuentren con la tonicidad adecuada para poder realizar por si mismos una buena ventilación, disminuyendo el buen intercambio gaseoso, el estado en que se encuentra podría impedir una adecuada liberación de CO2.</p>
<p>Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal R/C Disminución del flujo arterial, Hipertensión Arterial E/P Disminución del estado neurológico Escala de Glasgow 12/15 puntos. hemiplejia izquierda</p>	<p>La paciente evidenciará mejora en la valoración de la escala de Glasgow. -La paciente presentará pupilas isocóricas foto reactivas durante el turno</p>	<p>Las causas de la “alteración del nivel de conciencia en el paciente neuroquirurgico se deben principalmente a lesiones que afecten a los hemisferios cerebrales, directa y ampliamente, o que compriman o destruyan las neuronas del Sistema los cuidados adecuados y prioritarios son aquellos que están destinados a conseguir una adecuada perfusión de los tejidos cerebrales y a evitar un aumento de la presión venosa central el cual dificultará el retorno venoso cerebral llevando al aumento de la presión intracraneal.</p>
<p>Dolor Agudo R/C agente lesivo físico-</p>	<p>Paciente disminuirá dolor después del tratamiento administrado.</p>	<p>La paciente en estudio, presenta dolor, se evidencia por la expresión facial.refieren que un manejo eficiente del dolor post operatorio mejorara las condiciones generales del enfermo,</p>

<p>proceso quirúrgico E/P Expresión verbal EVA 8/10</p>	<p>Resultado esperado: Paciente presentara fascias de alivio y sosiego, según escala de EVA 3</p>	<p>facilitará una recuperación más rápida y disminuirá la estancia hospitalaria, por otro lado su manejo ineficaz se ha asociado con 58 eventualidades potencialmente adversas y a estancias hospitalarias prolongadas.</p>
<p>Déficit de volumen de líquidos R/C perdida activa de volumen de líquidos evidenciado por sonda nasogástrica a gravedad 150cc, por dren jackson</p>	<p>Paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante el turno RE BHE positivo. Mucosas orales hidratadas. Piel turgente. Flujo urinario de 40 a 60 ml x' y de aspecto claro.</p>	<p>El paciente en estudio, presenta piel y mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, que son signos del déficit de volumen de líquidos, evidenciando la presencia del problema, a esto se une el acto compensatorio del riñón manifestado en una disminución de diuresis con el propósito de mantener el volumen; sin embargo, todas estas manifestaciones son provocadas por la pérdida de 150 ml de sangre durante el acto quirúrgico.</p>

3.4 EJECUCION Y EVALUACION

S	Paciente no valorable por encontrarse bajo efectos de anestesia.
O	Paciente presenta alterado el AGA
A	Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios de la membrana alveolo-capilar evidenciado el PCO ₂ , PO ₂ , SatO ₂ , PH se encuentra disminuido debido a un hipo perfusión, hipoxemia leve.
P	Paciente presentara buen intercambio gaseoso al finalizar el turno.
I	<ul style="list-style-type: none">• Cambio de posición elevación de cabecera, alineación corporal, posición semifowler.• Monitoreo del estado de oxigenación continuo.• Valorar signos de cianosis distal, disnea.• Valorar los resultados de AGA• Administración de oxigenoterapia.• Aspiración de secreciones• Registrar lo realizado
E	Objetivo alcanzado, paciente estabiliza valores normales de AGA.

S	Paciente no valorable por encontrarse bajo efectos de anestesia.
O	Se observa al paciente con expresión facial de dolor.
A	Dolor agudo relacionado a agentes lesivos físicos secundarios a la intervención quirúrgica, evidenciado por expresión facial por dolor.
P	Paciente disminuirá dolor después del tratamiento administrado.
I	<ul style="list-style-type: none"> • Se valorar las funciones vitales. • Se valorar el dolor con la escala de EVA. • Se administrar ketoprofeno 100 mg IV C/8horas. • Administrar tramal de 50 mg EV cada 8 horas. • Realizar notas de enfermería. E Objetivo parcialmente alcanzado.
E	Paciente disminuye dolor EVA 8 puntos.

S	Familiar de la paciente refiere que presentó cefalea súbita, vómitos explosivos en repetidas oportunidades y somnolencia, episodios de confusión.
O	Paciente con sedoanalgesia, frecuencia respiratoria 32/min, saturación de oxígeno 89%, frecuencia cardíaca 120/min. Al examen físico con disnea, taquipnea, se auscultan roncales y crepitos
A	Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal R/C Disminución del flujo arterial, Hipertensión Arterial E/P Disminución del estado neurológico Escala de Glasgow 12/15 puntos. hemiplejía izquierda
P	La paciente mejorará capacidad adaptativa intracraneal durante el turno. .
I	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la presencia o ausencia de reflejos (ciliar, corneal, toser, náuseas, Babinski) durante el turno. • Administrar oxígeno manteniendo $SO_2 \geq 95\%$ durante el turno. • Mantener $PaCO_2$ alrededor de 35-40 mmHg durante el turno • Normoventilar y evitar hipoxemia durante el turno • Administrar manitol 20% c/4h, BHE 10. Mantener cabecera 30° durante el turno . • Mantener reposo absoluto durante el turno 12. Evitar maniobras de Valsalva durante el turno. • Monitoreo de PVC, Mantener el equilibrio de en la administración de líquidos • Mejora de la perfusión cerebral, Control neurológico. • Manejo de la hipovolemia. • Manejo de balance de líquidos y electrolitos • Mantener normoglucemias, con valores menores o iguales a 140mg/dl.
E	Paciente mantiene vía aérea permeable con funciones vitales estables un adecuado intercambio gaseoso.

CONCLUSIONES

El clipaje de aneurisma representa los cuidados posoperatorios de enfermería basados en la valoración de recolección de datos objetivo por la enfermera y datos subjetivos del paciente y familia, para recuperar el equilibrio fisiológico, con el mínimo de complicaciones, en cuanto a un sangrado interno teniendo posibles efectos multisistémicas, vasoespasmo e hidrocefalia; por lo que el personal de enfermería debe mantenerse actualizada en los protocolos de atención que requieran un cuidado y manejo post operatorio del paciente neuroquirúrgico

El deterioro del intercambio de gases junto a la discapacidad adaptativa intracraneal del paciente postoperado de clipaje de aneurisma, son una de los diagnósticos de Nanda más identificadas, las cuales se deben a alteraciones en las regiones nerviosas centrales que limitaran la regulación del oxígeno, por lo tanto, los profesionales de enfermería han de mantenerse capacitados para actuar sobre las vías respiratorias teniendo un máximo cuidado en la intervenciones y resultados esperados, manteniendo la higiene y utilizando la los dispositivos adecuados para la Oxigenación y aspiración secreciones.

Relacionado a la teoría de los enfermeros fue necesario considerar la utilización de Marjory Gordon para atender a los pacientes que se encuentran en hospitalización representando una gravedad del paciente crítico, por lo que se necesita que los cuidados de enfermería estén fundamentados de forma teórica y científica.

Se pudo encontrar evidencias que demuestran los distintos planes utilizadas por el personal de enfermería para los cuidados, el cual estos se enfocan en el cuidado posoperatorio por ruptura de aneurisma, no se encuentran

publicaciones en los últimos cinco años. Por ello, el plan de atención de enfermería se hizo posible con la valoración de patrones funcionales alterados que utilizamos los enfermeros para ejecutar un proceso de atención de salud del usuario con la utilización de las taxonomías NANDA-NIC-NOC.

RECOMENDACIONES

Actualizar las guías de intervención de enfermería con el fin de manejar correctamente las intervenciones Nic y Noc que necesita el usuario postoperado de clipaje de aneurisma cerebral por medio de craneotomía para la prevención y disminución de complicaciones. Así los profesionales de Enfermería del área neurocirugía del centro hospitalario Nacional Daniel Alcides Carrión pretende hacer un protocolo para recolectar de forma sistemática la información y así poder agilizar la planificación que se ha hecho para brindar mejores cuidados y atención al usuario y así poder conseguir una mejora en los tiempos de respuestas de atención Neuroquirúrgico.

Es necesario que los enfermeros utilicen un lenguaje enfermero que favorece el desarrollo profesional de la enfermera debido a la importante labor en la salud ya que muchas veces queda ausente por la falta de un registro eficaz que plasme de forma fiel nuestra actividad diaria.

El área de enfermería del centro hospitalario mencionado necesita contar con distintas teorías que serán plasmadas en los manuales de los procedimientos a seguir por el personal que a su vez debe mejorarse y corregirse de forma trimestral para que los cuidados especializados sean amplificados. Determinando los conocimientos y la experiencia de los enfermeros, en los usuarios con varias necesidades que le agobia y así también mejorar la comunicación asertiva con el usuario y familia.

El servicio de Neurocirugía 8B del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión debe continuar con la capacitación del personal y la retroalimentación al equipo con talleres para mejorar en el cuidado de enfermería en los pacientes neuroquirúrgicos.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Acevedo Arguello JC, Baracaldo-Campo HA, Padilla García CI. Propuesta de plan de cuidado a la persona con aneurisma cerebral. Medunab [en línea]. 2012 Abr [consulta: 24 sep 2017]; 15(1): 46-52. Disponible en: MedicLatina
2. Morán Aguilar V, Mendoza Robles AL. Proceso de enfermería: uso de los lenguajes NANDA, NIC y NOC. Modelos referenciales. México: Trillas; 2010. 324 p.
3. Roser GA. Paciente Neurocritico. In: Manual de Enfermería Intensiva. Girona: Documenta Universitaria; 2012.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). “Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud” [Internet]. España. WHO; [fecha de publicación: 2015; fecha de última consulta: 5 de diciembre de 2017]. Disponible en: URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1
2. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. España, INE; [fecha de última actualización: 2017; fecha de última consulta: 5 de diciembre de 2017]. Disponible en: URL: <http://www.ine.es/>
5. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es el organismo especializado de salud del sistema interamericano. Washington D. C., Estados Unidos

6. Doussoulin A, Rivas R, Sabelle C. Egresos hospitalarios por enfermedad cerebrovascular en el período 2001-2010 en el Servicio de Salud Araucanía Sur. Rev. méd. Chile 2016; 144(5): 571-6.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500003> [[Links](#)]
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, 2008. México: INEGI; 2009. [[Links](#)]
8. Secretaria de Salud. Principales causas de mortalidad general, 2008. México: SINAIS; 2010. [Consultado junio 10 2017]. Disponible en: Disponible en: <https://bit.ly/2jz6GXV> [[Links](#)]
9. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000100105
10. CASTILLO GARCIA Jorge, Atención de Enfermería durante el postoperatorio a paciente sometido a clipaje de aneurisma por ruptura. México Enferm. univ [online]. 2019, vol.16, n.1, pp.105-116.
11. GARCÍA GARCÍA Ismael, “Cuidados enfermeros en las personas con traumatismo craneoencefálico severo” España, 2018,
12. MATA DELGADO Sonny Hannali, “Proceso Cuidado Enfermero en Paciente Postoperado de Clipaje de Aneurisma. Ecuador ,2018,

13. WANG YOUN, Liu,. “La seguridad y la eficacia de una nueva recuperación neuroquirúrgica mejorada después del protocolo de cirugía para la craneotomía electiva” China, 2018,
14. HERRERA LÓPEZ José Luis y Colab,. “Cuidados de enfermería en traumatismo craneoencefálico y su relación con las oportunidades de mejora” Ecuador, 2017,
15. ALVES DE OLIVEIRA Serra, Y COLS, en su investigación “Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato de Craneotomía” España, 2015
16. VALVERDE ZAMBRANO Mario Josué; Lima, 2019 “Aneurisma Cerebral: Intervención Quirúrgica de Microstent,”
17. LINARES CRISTOBAL Jorge. “causas no traumáticas en hemorragia intracraneal en pacientes hospitalizados en el hospital nacional Sergio Bernales” Lima, 2018.
18. MOSCOSO APAZA Laura Athenas; “Características de los aneurismas intracraneales mediante angiografía por sustracción digital con reconstrucción tridimensional. Hospital Daniel Alcides Carrión “Lima-Callao, 2016
19. PEREZ SALINAS Luis Alfredo, , “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con politraumatismo y TEC leve en el Servicio de Emergencia de un hospital de Lima, 2018”

20. COASACA-TORRES Juan Amilcar;" Complicaciones por rotura de aneurismas cerebrales en pacientes operados "Lima, 2015,
- 21.** MARJORY GORDON Atención de Enfermería según el modelo de en paciente con esclerosis lateral amiotrófica 2019. ISSN 2603-8358 Ocronos (Ed. electrónica)
22. Rodríguez Hernández, Iyemai El paciente neuroquirúrgico grave. Actuación de enfermería. Enferm. glob. vol.10 no.21 Murcia ene. 2011
23. L DUQUE-ORTEGA - 2015 aneurisma Universidad CES-EAFIT, Medellín-Colombia. Revista CES MEDICINA Volumen 29 No. 2. Julio - diciembre / 2015
24. Dr. Juan M. Riestra - Cirugía de clipaje de aneurisma en arteria cerebral media paso a paso

Anexos

HISTORIA CLÍNICA

I. DATOS GENERALES

SERVICIO	CAMA	NRO HISTORIA CLÍNICA
NEUROCIJISA	8050	1787471

II. ANAMNESIS

PLAJACIÓN

Ap y N	ROJAS LLATAS FLOR	DNI	18522086
Sexo	FEMENINO	FN	11/05/1955
Edad	53	Religión	CATOLICA
Idioma	ESPAÑOL	Estado civil	SOLTERO
Occupación	ANA DE CASA	Grado instruc	SECUNDARIA INCOMPLETA
Domisilia	DIESTRO	L. procedencia	CHICLAYO
L. nacimiento	CHICLAYO		
Dirección	28 DE JULIO 131 PUERTO EDEM CHICLAYO		
Part. Responsable	VANESA CASTELLANO ROJAS	Tel.	823360386
Forma de ingreso	EMERGENCIA 25/02/2020	Fecha ingreso Servicio	13/03/2020
Responsable de H. clínica	Liz Zaldy Ramos Palacios	Fecha de H. clínica	14/03/2020

ANTECEDENTES

Estado basal: Índice Barthel (previo a enfermedad actual) 100

Hábitos nocivos: Alcoholismo / tabaquismo / drogas de abuso: niega

Antecedentes patológicos

HTA: si (hace 5 años - enalapril) TBC: niega

DM: niega Hepatitis: niega

ECV: niega Enf. cardíaca: niega

ERC: niega Alergias y/o RAM: niega

Otros: Hipotirodismo (hace 1 año - levotiroxina), parálisis facial lado derecho (desde hace 10 años)

Intervenciones quirúrgicas: colestectomía (HACE 20 AÑOS)

Antecedentes familiares: niega

ENFERMEDAD ACTUAL

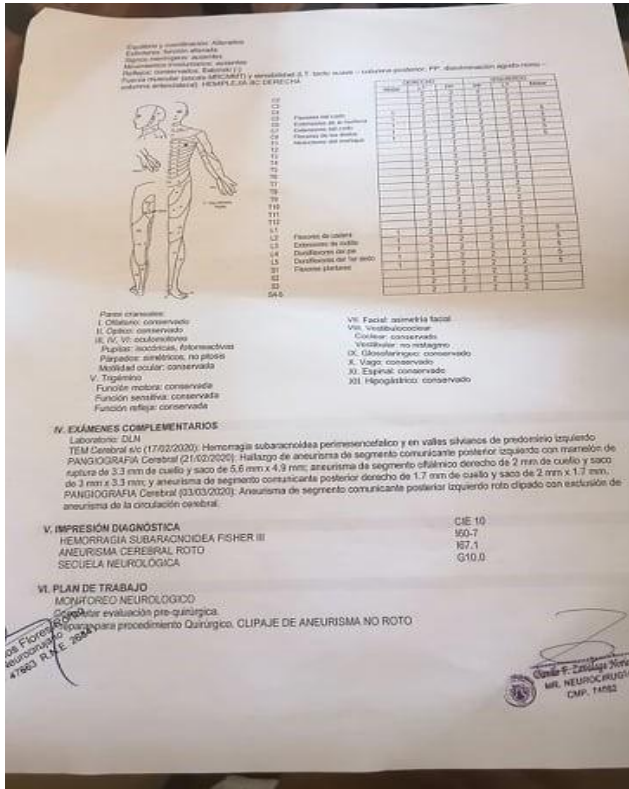
Anamnesis: indirecta T.E.: 11 días F.I.: brazo Curso: progresivo

mRS/KPSS al ingreso: 4/40 Síntomas y signos principales: cefalea intensa, náuseas, vómitos y pérdida de conciencia

Familiar de paciente refiere que inicia malestar con cefalea intensa holocraneana acompañado de náuseas y vómitos, así mismo se asocia a pérdida de conciencia por más de 30 minutos, por tal motivo fue trasladado al Hospital La Mercedes de Chiclayo, donde se le realiza TCM control sínc que muestra hemorragia subaracnoidea Fisher III, posteriormente es referido al HNDAC donde se le diagnostica aneurisma cerebral múltiple (roto y no roto), ingresa a sala de emergencia para cirugía de aneurisma roto, al momento de diagnóstico de segmento comunicante posterior izquierdo roto, pasa a UCI post operación y luego al servicio de neurocirugía para tratamiento definitivo de aneurisma no roto.

BDA





HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
Número de Intervenciones Quirúrgicas por Especialidad en Emergencia
 Año 2019

ESPECIALIDAD	TOTAL	AÑO 2019											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
HNDAC	3034	275	255	313	269	243	##	235	238	228	245	241	237
CIRUGIA GENERAL	1102	100	95	109	90	90	76	83	89	84	97	98	91
TRAUMATOLOGIA	75	4	3	7	6	6	4	4	9	11	7	3	11
CIRUGIA PLASTICA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
UROLOGIA	24	2	4	3	2	0	1	4	1	0	3	4	0
NEUROCIRUGIA	115	12	1	6	11	9	15	16	10	6	9	10	10
ONCOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GINECO-OBSTETRICIA	1717	157	152	188	160	138	159	128	129	127	129	125	125

FUENTE: Informe del Dpto. de Anestesiología-Centro Quirúrgico-HNDAC

ELABORADO: Area de Analisis y Desarrollo-UE-OEI-HNDAC

Número de Intervenciones Quirúrgicas por Especialidad en Electiva

ESPECIALIDAD	TOTAL	AÑO 2019											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
HNDAC	2482	157	174	170	191	198	189	171	169	163	204	162	112
CIRUGIA GENERAL	844	22	32	45	48	62	51	48	49	53	52	39	29
TRAUMATOLOGIA	647	24	36	27	46	56	44	42	29	31	57	33	31
CIRUGIA PLASTICA	196	21	10	20	22	10	10	22	30	20	20	11	10
UROLOGIA	186	32	24	20	23	20	10	14	11	10	13	14	10
NEUROCIRUGIA	299	28	25	20	32	20	35	27	28	21	25	18	21
ONCOLOGIA	152	20	19	10	11	12	14	8	10	12	15	17	9
OTORRINO	174	17	12	18	10	18	19	12	12	17	19	15	11

FUENTE: Informe del Dpto. de Anestesiología-Centro Quirúrgico-HNDAC

ELABORADO: Area de Analisis y Desarrollo-UE-OEI-HNDAC

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS):
tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la **respuesta verbal**, la **respuesta ocular** y la **respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

	4	3	2	1		
OCULAR	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
	5	4	3	2		
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPREENSIBLES		
VERBAL						
	6	5	4	3	2	1
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
				(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	

Exploración

PUPILAS



Según el tamaño

Mioticas - diámetro <2m

Medias - diámetro 2-5m

Midriaticas - diámetro >5m

Según relación
entre ellas

Isocoricas - iguales

Anisocoricas - desiguales

Discoricas - forma irregular

Según respuesta
a la luz

Reactivas - contracción al
foco luminoso

Arreactivas - inmóviles al
foco luminoso