

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES POSTOPERADOS
INMEDIATOS DE CLIPAJE DE ANEURISMA CEREBRAL UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO DE AREQUIPA, 2022**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

ANA LUZ TEJADA RAMOS

CALLAO, 2022

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| ● Dr. HERNAN OSCAR CORTEZ GUTIÉRREZ | PRESIDENTE |
| ● MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO | SECRETARIA |
| ● LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | MIEMBRO |

ASESORA: Dra. Juana Gladys Medina Mandujano

Nº de Libro: 07

Nº de Folio: 390

Nº de Acta: 166-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:

10 de agosto de 2022

Resolución de Sustentación: N°179-2022-D/FCS

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mi esposo y mis hijos quienes me dieron su pleno apoyo en el logro de mis metas.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarme salud

A mis amados padres, por guiarme desde el cielo

A mi esposo y mis hijos que me brindaron su apoyo en el logro de esta Meta
importante para mi

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I	6
1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	6
CAPÍTULO II	8
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. <i>Antecedentes del estudio</i>	8
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	10
2.2. <i>Bases Teóricas</i>	
.....11	
2.2.1. Teoría Virginia Henderson	11
2.2.2. Teoría de Dorotea Orem A	13
2.3. <i>Bases Conceptuales</i>	14
2.3.1. Aneurisma Cerebral	14
2.3.1.1. Epidemiología	15
2.3.1.2. Clasificación de los Aneurismas	16
2.3.1.3. Localización de los Aneurismas	17
2.3.1.4. Factores de Riesgo y Etiopatogenia	17
2.3.1.5. Signos y	
Síntomas.....	
..... 17	
2.3.1.6.. Enfermedades Asociadas	18
2.3.1.7. Complicaciones de los Aneurismas	19
2.3.1.8. Puebas Diagnósticas	20
2.3.1.8. Tratamiento de los Aneurismas	21
CAPÍTULO III	22

3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN	
PROBLEMÁTICA PLAN DE INTERVENCIÓN	22
3.1.1. Valoración	22
3.1.2. Motivo de Consulta:	22
3.1.3. Enfermedad Actual:	22
3.1.4. Antecedentes	23
3.1.5. Examen Físico:	23
3.1.6. Exámenes Auxiliares:	25
3.1.7. Indicación Terapéutica	26
3.1.8. Valoración según Modelo de Clasificación de Dominios y Clases	26
3.1.9. Esquema de Valoración	28
3.2. <i>Diagnóstico de enfermería</i>	29
3.2.1. Diagnóstico de Enfermería según dato Significativo:	29
3.2.2. Esquema de Diagnostico de Enfermería	30
3.3. <i>Planificación</i>	31
3.3.1. Esquema de Planificación	31
3.4. <i>Ejecución y evaluación</i>	39
3.4.1. Registro de Enfermería, SOAPIE:	39
4. CONCLUSIONES	42
5. RECOMENDACIONES	42
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
7. ANEXOS	48

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas cerebrales son conocidos desde el siglo XIX a través de las autopsias realizadas en Europa, principalmente en Inglaterra y Francia, también en EE.UU. y algunas en Noruega. En 1885, Sir Víctor Horsley operó un aneurisma que comprimía el quiasma óptico y ligó las 2 carótidas en el cuello. El paciente falleció algunos años más tarde y la lesión fue descrita como un "gran quiste de sangre" (1)

Los Aneurismas en la actualidad se ha tornado una enfermedad frecuente dentro de las vasculopatías cerebrales, los cuales para su intervención requiere de un equipo multidisciplinario preparado y especializado a fin de dar pasos fijos, exactos libre de riesgos para la recuperación de los pacientes, en este tipo de pacientes los retrasos ocasionan complicaciones irreversibles de los cuales debemos proteger a los pacientes.

El manejo inicial de los pacientes con aneurismas incluye una valoración exhaustiva, brindar reposos absoluto a los pacientes minimizando esfuerzos, en la atención de sus necesidades a fin de evitar un resangrado lo cual sería un evento con alta probabilidad de muerte, de igual manera los esfuerzos deben ir dirigidos a la preparación inmediata para la intervención Quirúrgica oportuna y exitosa, estabilizando hemodinámica mente al paciente y gestionando los exámenes, insumos, recetas necesarios para la intervención.

La atención por parte del personal de salud es vital, con diferentes maneras de atención, en las etapas el paciente con Aneurisma debe recibir una Atención de Enfermería libre de riesgos de complicaciones las cuales en su mayoría de veces son irreversibles o mortales.

El presente trabajo académico para optar el Título de la segunda especialidad en Cuidados Quirúrgicos, titulado “**CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES POST OPERADOS INMEDIATOS DE CLIPAJE DE ANEURISMA CEREBRAL EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA, 2022**”, se desarrolló en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa dado que en ésta institución, el 100% de estos pacientes en el Post Operatorio inmediato pasan a la UCI del HRHDA por ser pacientes Neuro críticos y requieren terapia y cuidados intensivos, Después del estado de Emergencia por COVID 19 al iniciarse la atención de pacientes no COVID 19 desde setiembre del 2021 a diciembre del 2021 de los pacientes no covid atendidos en UCI del HRHDE el 15% fueron pacientes post operados. De clipaje de Aneurisma.

La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa está ubicada en el primer piso de esta Institución en el ala Izquierda, tiene una capacidad de 24 unidades equipadas para atención de pacientes críticos.

El desarrollo del plan de cuidados es para pacientes Post Operados inmediatos de Clipaje de Aneurisma Cerebral y fue ejecutado prospectivamente con pacientes que Ingresan a UCI post operado inmediatos con esta Patología.

El presente trabajo académico, se encuentra dividido en tres capítulos:

Capítulo I: Se describe la situación problemática como un espacio de interrogantes que viabilice el planteamiento y resolución de los problemas encontrados.

Capítulo II: Se detallan los antecedentes internacionales y nacionales, el cual conectaran la introducción con el tema de investigación, asegurando el flujo lógico que analicen el problema.

Capítulo III: Se desarrolla el Proceso de Atención de Enfermería, con la finalidad de prestar una atención asistencial de manera racional, lógica y sistemática, centrado en evaluar de manera sincrónica los progresos y cambios en la mejora de un estado del bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados del enfermero.

Finalmente, el presente trabajo académico permite conocer de manera precisa los mecanismos para conseguir una mejor atención adecuada a los pacientes con Aneurismas cerebrales, la cual debe ser una atención oportuna que permita alcanzar la recuperación óptima mitigada de complicaciones que puedan ser previstas, y brindar al paciente un egreso con el mínimo de discapacidades.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La ruptura de un aneurisma constituye un evento catastrófico por ser una de las causas más comunes de muerte súbita. Muchos pacientes con Hemorragia subaracnoidea (HSA) mueren antes de llegar al Hospital descubriéndose el 15% y no alcanzan atención médica. Esto depende de la oportunidad de su traslado y de las variaciones de establecimientos médicos, en sus niveles de atención. Todavía hay un importante riesgo de muerte para el paciente que llega con vida al hospital, un 30% corren el riesgo de morir dentro de las 48 horas después del sangrado (2) y no es raro que puedan ser referidos para atención neuroquirúrgica, aun después de las 48 ó 72 horas de haber presentado el cuadro con signos inequívocos de HSA.

La hemorragia subaracnoidea no traumática representa cerca del 5% a 10% de todos los accidentes vasculares cerebrales. En la literatura podemos encontrar muchas divergencias, sin embargo, se puede decir que la gran mayoría de las hemorragias subaracnoideas no traumáticas se deben a aneurismas cerebrales. La incidencia real de los aneurismas cerebrales es desconocida, pero se estima que puede padecerlo entre el 1 y el 6% de la población¹. La hemorragia subaracnoidea de origen aneurismático afecta entre 8 y 9 personas por 100.000 habitantes cada año, la edad promedio es de 54 años en mujeres y 47 en varones²⁻⁴. La mitad de estos pacientes fallece y un tercio de los sobrevivientes quedan con secuelas⁵. La relativa juventud de estos enfermos y su pérdida de productividad genera cada vez mayor interés en las autoridades del área de la salud pública a nivel mundial (3)

Cuando se rompe un aneurisma, lo típico es que se produzca una hemorragia subaracnoidea el nombre indica que la rotura se localiza bajo la membrana aracnoides-, un tipo de ictus que supone alrededor del 5% de todos los casos, explica el vocal de un grupo de estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la

Sociedad Española de Neurología (SEN). Según los datos del Hospital General de Albacete, alrededor del 13% de las personas que sufren este tipo de hemorragia fallece, el 60% sigue vivo y sin síntomas, y el 27% restante queda con alguna secuela. Por mucho que se pueda mejorar, esta estadística es todo un logro teniendo en cuenta que hace no demasiado tiempo, solo unas dos décadas, la mitad de las personas fallecía (4)

En cuanto a la incidencia de los Aneurismas cerebrales se ha podido establecer en estudios prospectivos recientes, encontrándose en Sud América una incidencia de 10,5 por 100.000 personas al año La incidencia real de los aneurismas cerebrales es desconocida, pero se estima que puede padecerlo entre el 1 y el 6% de la población¹. La hemorragia subaracnoidea de origen aneurismático afecta entre 8 y 9 personas por 100.000 habitantes cada año, la edad promedio es de 54 años en mujeres y 47 en varones²⁻⁴. La mitad de estos pacientes fallece y un tercio de los sobrevivientes quedan con secuelas. La relativa juventud de estos enfermos y su pérdida de productividad genera cada vez mayor interés en las autoridades del área de la salud pública a nivel mundial (5)

A nivel Nacional El Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) precisó que, de acuerdo a la estadística a nivel mundial, se estima que en el Perú puedan registrarse 3 000 casos de aneurismas al año. Indicó que es más frecuente en mujeres y a partir de los 50 años. (6)

A partir de setiembre de 2021 en Arequipa en la Unidad de cuidados Intensivos del Hospital Honorio Delgado de Arequipa se reinició la atención de pacientes Críticos No covid, obteniéndose que de setiembre a diciembre 2021 se atendieron 69 pacientes de los cuales el 15% fueron post operados de Clipaje de Aneurismas. Y de ellos el 60% fueron de sexo femenino (7).

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1 Antecedentes Internacionales

HERNÁNDEZ A. F. (MÉXICO, 2011) realizó un Estudio de Investigación comparativo sobre el grado de discapacidad y mortalidad de la Embolización contra Clipaje en el tratamiento de Aneurismas Cerebrales, en el Hospital General de México el objetivo fue comparar cual de los dos métodos de tratamiento de Aneurismas produce mayor discapacidad y mortalidad, en el estudio analizó 90 casos del Servicio de Neurocirugía de pacientes tratados por Aneurisma Cerebral desde marzo 2006 hasta abril 2010 los cuales los dividió en 2 grupos: el primer grupo los que fueron tratados con Terapia Endovascular cerebral (45) y el segundo grupo operados de craneotomía mas clipaje de Aneurisma (45) en los cuales se comparó la Morbilidad y Mortalidad con escalas Universales obteniéndose los siguientes Resultados: de los 45 casos que fueron tratados por clipaje hubo 33 sobrevivientes (73%) y 12 fallecidos (26%) de los 45 casos solo 3 no tuvieron ninguna secuela y 33 tuvieron cierto grado de discapacidad. En el caso de pacientes tratados con Embolización hubo 43 sobrevivientes (96%) y 2 fallecieron (4%);de los sobrevivientes solo 15 tuvieron discapacidad y los 28 restantes no tuvieron ningún signo de discapacidad.. concluyendo que en la población Mexicana la Técnica de embolización de aneurismas cerebrales es una técnica innovadora que ofrece menor riesgo en el tratamiento de Aneurismas con un riesgo de 2.8 de presentar discapacidad y mortalidad. (8)

GALLARDO J. V. (ARGENTINA CÓRDOBA, 2016) realizó un protocolo sistematizador de Cuidado de Paciente Neuro crítico, paciente con clípeo de

Aneurisma Cerebral La autora elaboró una guía de procedimientos Enfermeros ante pacientes con Neuropatologías severas que requieren atención inmediata dentro de la Unidad de Cuidados intensivos para lo cual se requiere una observación y valoración continua de los signos y síntomas en este tipo de pacientes para evitar riesgos o complicaciones que prolonguen su internación; La finalidad de este trabajo fué realizar una guía de procedimientos o recomendaciones para un buen manejo de las medidas generales y específicas que requiere un paciente con clipeo de aneurisma cerebral por medio de craneotomía para la prevención y disminución de complicaciones. Con esta guía de recomendaciones se pretendió obtener una disminución o reducción en la variabilidad y conocimientos que desconocían los profesionales de Enfermería de UTI con el equipo interdisciplinario

Al realizarlo socializarlo y ejecutarlo llegó a las siguientes conclusiones: La sistematización de cuidados protocolizadas permite al enfermero dar un enfoque rápido y seguro sobre su accionar. Son una serie de pautas a seguir que permite optimizar el cuidado del paciente en estado crítico logrando así unificar criterios entre los profesionales, tanto el de reciente ingreso como aquellos especializados en el área, permitiendo una mejora en la calidad de trabajo y atención del paciente

El clipaje electivo de un aneurisma no roto requiere metas fisiológicas precisas y vigilancia para evitar complicaciones potencialmente devastadoras. El clipaje quirúrgico luego de hemorragia subaracnoidea se suma a la consideración de un paciente con posibles efectos multisistémicos que requieran un cuidadoso manejo peri operatorio. En ambas situaciones se puede ayudar a un excelente desenlace garantizando: que no haya un incremento agudo del aneurisma para evitar la ruptura o una hemorragia; presión de perfusión cerebral adecuada para evitar la isquemia cerebral; volumen reducido para una buena exposición quirúrgica, y finalmente, rápido despertar del paciente para poder realizar una evaluación neurológica temprana (9)

CASTILLO J. GARCIA E. CHEVARRÍA S. (México 2018) desarrollaron un PAE situadas en la práctica clínica durante el período post operatorio de una paciente sometida a clipaje de aneurisma en el cual se utilizó el modelo de patrones Funcionales de Marjory Gordon para la recolección de datos se utilizó la taxonomía de NANDA NIC y NOC, llegaron a las siguientes conclusiones: el cuadro secundario a la ruptura de un aneurisma es grave y devastador para la familia y el sistema sanitario, por tanto una adecuada atención de Enfermería a éste problema es de mucha importancia (10)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

NICOLAS N. (AYACUCHO 2019) realizo su investigación sobre “Hallazgos de vasculopatías Encefálicas estructurales diagnosticados por angiotomografía en adultos con cefalea de 30 a 60 años durante el periodo 2015 a 2018 en el Hospital de Ayacucho ESSALUD” el estudio fue descriptivo retrospectivo de corte transversal, la investigadora hizo revisión de solicitudes de estudio e informes tomográficos de 92 casos encontrando que los aneurismas son los mas comunes con 88 casos (95.7%) y MAV con 4 casos (4.3%), el sexo mas afectado es el femenino 56 casos (69%), el aneurisma mas frecuente es el de Arteria Cerebral Media 45 casos (48.9%) seguida por la arteria Comunicante Anterior (26.1%), la conclusión del estudio revela que de todas las vasculopatías encefálicas los Aneurismas son los mas frecuentes produciendo una alta morbimortalidad (11).

SAN BARTOLOMÉ M. (LIMA,2009) Realizó un estudio descriptivo cualitativo titulado “Vivenciando la Hospitalización por Aneurisma Cerebral un Enfoque Fenomenológico Heideggeriano” el cual tuvo como objetivo conocer las vivencias del ser que adolece de Aneurisma Cerebral durante su hospitalización en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins ESSALUD, de febrero a noviembre 2008; los sujetos fueron pacientes que habían recibido tratamiento para Aneurisma algunos Clipaje y otros Terapia Endovascular con Glasgow de 15 puntos, para el estudio la investigadora utilizó la técnica de Entrevista Estructurada Profunda de 10 preguntas y la Observación Participativa; los resultados obtenidos fueron

sometidos a un análisis siguiendo el modelo fenomenológico el cual se inicia en la descripción de lo vivido, llegando a las siguientes conclusiones: Los entrevistados se sienten fortalecidos y beneficiados por el acercamiento a Dios y mantienen su Fe y creencias; al conocer el riesgo de una posible ruptura del Aneurisma, que significaría la muerte, les causa Angustia; la mayoría de ellos se sintieron comprendidos por los otros seres de su entorno; Varios de ellos solicitaron mayor comprensión por parte de Médicos y Enfermeras; La Cefalea que sufrieron como parte del cuadro en algunos fue leve y en otros la peor de su vida; a la mayoría de los entrevistados el ambiente de UCI les provocó incomodidad, luz, ruidos, frío del aire acondicionado, reposo obligado, insomnio por estímulos luminosos. y todos ellos se sintieron más cómodos en la unidad de cuidados generales (12)

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Teoría de Virginia Henderson

El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación de enfermería (13).

Estructura de la Valoración de Enfermería según el modelo de Virginia Henderson

- **Necesidad de respirar normalmente:** Además se especifica la necesidad de controlar algunos aspectos como la temperatura ambiental, la humedad, sustancias irritantes u olores. Referente al masaje cardíaco y al control de oxigenación.
- **Necesidad de comer y beber adecuadamente:** La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc.
- **Necesidad de eliminar por todas las vías:** La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

- **Necesidad de moverse y mantener la debida postura:** Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.
- **Necesidad de dormir y descansar:** Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.
- **Necesidad de seleccionar la ropa adecuada y a vestirse y desvestirse:** Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.
- **Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites adecuados (máximo 37,2 grados):** Se trata de ajustar mediante el uso de ropas adecuadas y la modificación de la temperatura ambiente.
- **Necesidad de mantenerse limpio, aseado y proteger la piel:** Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.
- **Necesidad de evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas:** Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de sí mismo y las personas que le rodean.
- **Necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores o sensaciones:** Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.
- **Necesidad de practicar su religión:** Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores del paciente. Se tratará como secreto profesional.
- **Necesidad de trabajar en algo que de la sensación de utilidad:** Aceptación del rol de cada uno.
- **Necesidad de jugar o participar en diversas formas de recreo:** Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad: Afán que conduce al desarrollo normal de la salud. La orientación o la educación forman parte de los cuidados (14)

En el caso de los pacientes Operados de clipaje de Aneurisma esta teoría conforma el cimiento de los cuidados puesto que son pacientes de dependencia III en donde se ven afectadas todas las necesidades básicas las cuales deben ser atendidas plenamente por el Equipo de Salud

2.2.2 Teoría General de la Enfermería: Dorotea Orem A.

Para **Orem** el objetivo de la **enfermería** radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".

Dorothea Orem presenta su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener (15).

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

- Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
- Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el

sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.

- Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Los pacientes post operados de Clipaje de Aneurisma una vez intervenidos Quirúrgicamente, tienen déficit de autocuidado, que conforman un Sistema Totalmente compensador, de manera que como Enfermeras constituimos personal idóneo para contrarrestar dicho déficit y brindar un Cuidado integral a este tipo de pacientes a fin de que se vean cubiertas y satisfechas todas sus necesidades básicas Fisiológicas para optimizar su recuperación exitosa.

2.3 BASES CONCEPTUALES

2.3.1 Aneurisma cerebral

Un aneurisma cerebral (también conocido como aneurisma intracraneal o intracerebral) es una enfermedad Cerebrovascular en la cual la pared de la Arteria se debilita ocasionando una dilatación o abultamiento (como un balón) localizado el cual se llena de sangre. El aneurisma saliente puede presionar un nervio o tejido cerebral circundante, también puede romperse, derramando sangre en el tejido circundante (llamado hemorragia subaracnoidea). Los aneurismas cerebrales pueden producirse en cualquier lugar del cerebro, pero la mayoría está ubicada junto al bucle de arterias que pasan entre la parte inferior del cerebro y la base del cráneo (16).

Los aneurismas cerebrales constituyen un importante problema de salud pública por la elevada morbimortalidad que conllevan y por el gasto sociosanitario que genera su tratamiento.

2.3.1.1 Epidemiología

- Aproximadamente 6 millones de personas en los Estados Unidos tienen un aneurisma cerebral no roto (1 de cada 50 personas).
- Los aneurismas cerebrales son más comunes en mujeres que en hombres (proporción de 3:2).
- Aproximadamente el 10-15 por ciento de los pacientes diagnosticados con aneurisma cerebral tendrán más de un aneurisma.
- Los aneurismas cerebrales ocurren más comúnmente en adultos de 35 a 60 años, pero también pueden ocurrirles a los niños. La mayoría de aneurismas se desarrollan después de los 40 años y no presentan síntomas.
- Aproximadamente el 15 por ciento de los pacientes con un aneurisma cerebral roto (hemorragia subaracnoidea) mueren antes de llegar al hospital. La muerte ocurre debido al sangrado rápido y severo en el cerebro.
- Los aneurismas cerebrales rotos causan la muerte en alrededor del 40 por ciento de los pacientes. De aquellos pacientes que sobreviven, casi la mitad tendrán algún tipo de discapacidad permanente. (17)
- Los aneurismas cerebrales pueden producirse en cualquiera persona, a cualquier edad. Son más comunes en adultos que en niños y levemente más comunes en las mujeres que los hombres. Las personas con ciertos trastornos heredados también corren mayor riesgo. Todos los aneurismas cerebrales tienen potencial de ruptura y causan sangrado dentro del cerebro (17)

2.3.1.2 Clasificación de los Aneurismas cerebrales

De acuerdo a su morfología pueden ser:

- a. **Aneurisma sacular:** se presenta como abultamiento en la pared arterial en forma de cereza, la mayoría se origina en las bifurcaciones de las Arterias (donde se estrecha el Torrente Sanguíneo), o en saco de la pared arterial, casi siempre está unido al vaso por un cuello bien definido de pequeño diámetro, La mayoría de ellos se desarrollan en la vida debido a cargas de tensión hemodinámica sobre las bifurcaciones arteriales y pueden contribuir a su desarrollo la Hipertensión arterial, el tabaquismo y el Alcoholismo.
- b. **Aneurisma fusiforme:** se caracteriza por ser una dilatación de toda la pared de la arteria, de forma alargada y usualmente tortuosa, que varía en diámetro y longitud, no posee un cuello definido, y afecta sobre todo a la circulación posterior, no ocurre en una bifurcación, sino que compromete a todo un segmento del vaso principal puede estar parcialmente trombosado, y ocasionar cuadros de compresión sobre otros vasos, sobre los nervios craneales, o sobre el parénquima cerebral.
- c. **aneurisma disecante:** se describe como una laceración o disección en el lado interior de la pared arterial, cuando se produce un desgarro a lo largo de la capa interna que recubre a la arteria, lo que permite el ingreso de sangre al resto de la pared y la formación de un hematoma intramural, al punto de distender un lado, o bloquear el flujo sanguíneo a través de la arteria. (17)

Los aneurismas también se clasifican por tamaño:

- a. Muy pequeño: menor de 3mm.
- b. Los aneurismas pequeños tienen menos de 11 milímetros de diámetro,
- c. Los aneurismas más grandes tienen de 11 a 25 milímetros y
- d. Los aneurismas gigantes tienen más de 25 milímetros de diámetro. (16)

2.3.1.3 Localización de Los Aneurismas:

- a. En el Polígono de Willis o arterias de la base del cráneo: allí se desarrollan el 85% de los aneurismas cerebrales y afectan la Arteria Carótida Interna.
- b. Circulación Posterior o Vertebrobasilar: la más frecuente se da en el complejo de la Arteria comunicante Anterior con un 35 a 39%
- c. La Bifurcación de la Arteria Cerebral Media con 20% .
- d. La bifurcación de la Arteria Basilar y el resto de Arterias de Circulación Posterior con un 5%

2.3.1.4 Factores de riesgo y Etiopatogenia

- a. Factores Externos: Tabaquismo, alcoholismo, anticoagulantes, anticonceptivos.
- b. Lesiones Vasculares: Inducidas Hemodinámica mente, Aterosclerosis, Vasculopatía, trauma, infección, adicción a sustancias adictivas (cocaína).
- c. Debilidad Innata de la Pared Arterial.
- d. Anomalías Genéticas: Enfermedad de la Colágena, Riñones Poliquísticos, MAV
- e. Hipertensión Arterial, Trauma craneal, (17)

2.3.1.5 Signos y Síntomas

La mayoría de los aneurismas no ocasionan síntomas hasta que se rompen; cuando se rompen, se asocian con morbilidad y mortalidad significativa. Los aneurismas pequeños, cuando mantienen su tamaño, generalmente no ocasionan [sintomatología](#). Sin embargo, los aneurismas grandes y gigantes que continúan creciendo pueden ocasionar compresión del [tejido nervioso](#) o de los [pares craneales](#). Los signos de un aneurisma que no se ha roto incluyen, entre otros:

- Cefalea
- Cambios súbitos en la conducta
- Parálisis de un párpado ([ptosis](#))
- Pérdida del equilibrio o la coordinación

- Pérdida de la visión ([amaurosis](#))
- Problemas en el pensamiento o en el procesado del pensamiento
- Trastornos de la [memoria de corto plazo](#)
- Trastornos [perceptuales](#)
- Visión doble ([diplopía](#))

Las manifestaciones de un aneurisma intracraneal roto son:

- Alteración Súbita de la Conciencia
- Confusión
- [Coma](#)
- [Crisis convulsivas](#)
- Cefalea súbita intensa
- Cuello rígido o dolor intenso en el cuello
- Aletargamiento / somnolencia
- [Fotofobia](#) (sensibilidad a la luz)
- [Hemiplejía](#)
- Náusea y vómito
- Pupilas dilatadas
- Trastornos en el habla ([afasia](#))
- Visión doble o borrosa (18)

2.3.1.6 Enfermedades asociadas

Algunas enfermedades genéticas están asociadas a un mayor riesgo de formación de aneurismas cerebrales. Riñones poliquísticos, Displasia fibromuscular, Síndrome de OslerWeber-Rendu, Coartación de la aorta, Síndrome de Moyamoya, Síndrome de Marfan, Síndrome de Ehlers-Danlos, Pseudoxantoma elástico, Deficiencia de Alfa1-antitripsina, Lupus eritematoso sistémico, Anemia falciforme, Neurofibromatosis tipo 1, Esclerosis tuberosa.

Algunas de estas enfermedades son raras, otras son relativamente comunes. Debemos prestar especial atención a la enfermedad poliquística renal, que es un desorden común, que acomete a 1 de cada 400 personas y aumenta el riesgo de aneurismas cerebrales hasta siete veces. (19)

2.3.1.7 Complicaciones de los aneurismas

Los aneurismas pueden estallar y sangrar dentro del cerebro, causando complicaciones serias como el accidente cerebrovascular hemorrágico, daño nervioso permanente, o ambos. Una vez que estalla, el aneurisma puede estallar otra vez y volver a sangrar dentro del cerebro, pudiendo producirse aneurismas adicionales. Comúnmente, la ruptura puede causar una hemorragia subaracnoidea, sangrado en el espacio entre el cráneo y el cerebro. Una complicación retardada pero seria de la hemorragia subaracnoidea es la hidrocefalia, donde la acumulación excesiva de líquido cefalorraquídeo en el cráneo dilata las 5 vías del líquido llamadas ventrículos que pueden hincharse y comprimir el tejido cerebral. Otra complicación luego de la ruptura es el vasoespasma, donde otros vasos sanguíneos cerebrales se contraen y limitan el flujo sanguíneo a áreas vitales del cerebro. Este flujo sanguíneo reducido puede causar un accidente cerebrovascular o daño tisular (20)

2.3.1.8 Pruebas Diagnósticas

Las pruebas generalmente se obtienen luego de una hemorragia subaracnoidea para confirmar el diagnóstico de un aneurisma. La angiografía es una prueba con medio de contraste usada para analizar las arterias o venas. Una angiografía intracerebral puede detectar el grado de estrechamiento u obstrucción de una arteria o vaso sanguíneo en el cerebro, la cabeza o el cuello, y puede identificar 6 cambios en una arteria o vena tal como un punto débil, como un aneurisma. Se usa para diagnosticar el accidente cerebrovascular y para determinar con exactitud la ubicación, el tamaño y la forma de un tumor cerebral, aneurisma, o vaso sanguíneo que ha sangrado. Esta prueba generalmente se realiza en la sala de angiografía de un hospital. Luego de la inyección de un anestésico local, se

introduce un catéter flexible dentro de una arteria y se avanza por el cuerpo hasta la arteria afectada. Una pequeña cantidad de colorante de contraste (que se resalta en las radiografías) se libera en el torrente sanguíneo y se deja que viaje hacia la cabeza y el cuello. Se toma una serie de radiografías y se anotan los cambios, si los hubiera. La tomografía computarizada (TC) de la cabeza es una herramienta de diagnóstico rápida, indolora y no invasiva que puede revelar la presencia de un aneurisma cerebral y determinar, para aquellos aneurismas que han estallado, si ha pasado líquido al cerebro. A menudo, este es el primer procedimiento de diagnóstico indicado por un médico luego de la sospecha de una ruptura. Las radiografías de la cabeza se procesan en una computadora como imágenes transversales bidimensionales, o "tajadas," del cerebro y el cráneo. Ocasionalmente se inyecta un colorante de contraste en el torrente sanguíneo antes de la prueba. Este proceso, produce imágenes nítidas y más detalladas del flujo sanguíneo y las arterias cerebrales. La TC generalmente se realiza en un centro de pruebas o entorno hospitalario ambulatorio. Las imágenes por resonancia magnética (IRM) usan radioondas generadas por computadora y un campo magnético poderoso para producir imágenes detalladas del cerebro y de otras estructuras corporales. La angiografía por resonancia magnética (ARM) produce imágenes más detalladas de vasos sanguíneos. Las imágenes pueden verse como tridimensionales o cortes transversales bidimensionales del cerebro y los vasos. Este procedimiento es indoloro y no invasivo pueden mostrar el tamaño y la forma de un aneurisma no roto y pueden detectar el sangrado en el cerebro. Puede solicitarse un análisis de líquido cefalorraquídeo si se sospecha una ruptura del aneurisma. Luego de la aplicación de un anestésico local, se extrae una pequeña cantidad de este líquido (que protege el cerebro y la médula espinal) del espacio subaracnoideo, ubicado entre la médula espinal y las membranas que lo rodean, con una aguja quirúrgica y se examina para detectar cualquier sangrado o hemorragia cerebral. En los pacientes con sospecha de hemorragia subaracnoidea, este procedimiento generalmente se hace en un hospital (21).

2.3.1.9 Tratamiento de los Aneurismas

El tratamiento dependerá de si el aneurisma está intacto o si se ha roto. En el primer caso, se realiza un **clipaje** (colocación de grapas) o una reparación endovascular (se repara el vaso lesionado). En caso de que el aneurisma se haya roto, es necesario un tratamiento inmediato que puede ser hospitalización en la UCI, reposo absoluto, drenaje ventricular cerebral, fármacos y medicamentos (21).

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE INTERVENCIÓN EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

PROCESO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ANEURISMA CEREBRAL

3.1.1 Valoración

Paciente: J P P
Sexo: Masculino
Estado civil: Soltero
Edad: 22 años
Hora: 17:20 horas
Historia Clínica: 00064578
Situación: En actividad
Fecha 20 de enero
Datos de filiación:

3.1.2 Motivo de Consulta:

Paciente ingresa al servicio de Emergencia acompañado de un familiar en un vehículo particular, con pérdida de conciencia

3.1.3 Enfermedad Actual:

Paciente de sexo masculino de 22 años traído por familiar al servicio de emergencia de su domicilio por presentar pérdida súbita de conciencia la cual se evidencia hasta el ingreso, según referencia del familiar el paciente en la mañana había referido un discreto dolor de cabeza lo cual lo asociaron al resfrío que

presentaba, luego durante el día se pasó en la computadora haciendo sus trabajos académicos; por la tarde estuvo estornudando frecuentemente y cuando ella vino a darle un antigripal lo encuentra desmayado razón por la que pide ayuda y lo trae al Hospital.

En Emergencia el paciente despierta, obnubilado quejumbroso, se coge la cabeza con la mano izquierda, se observa que la derecha tiene déficit motor (paresia) PA 90/50mmHg FC 110 x minuto Saturación 88-89%;

Se toma muestras para exámenes de Urgencia AGA, Hbina, Hcrito. Hg, TP TPT, Recuento de Plaquetas, IC a Neurocirugía quien al evaluarlo solicita ANGIOTEM de urgencia. Se le instala vía EV y se infunde CINA al .09% a chorro 200cc, Oxígeno por mascarilla con Bolsa de Reservorio a 10 Lxpm, cabecera 45°, analgesia en infusión continua. Fentanilo 50MG mas 90cc de CINA al 9/000 por bomba de infusión a 5cc/hora.

Pasa a la Unidad de trauma shock

El informe de Angiotem muestra Aneurisma cerebral roto de comunicante anterior izquierda, se inician preparativos para SOP. Paciente es intervenido al día siguiente de su ingreso por EMG, 12m, en el Post operatorio inmediato pasa a UCI, donde se aplica el presente plan.

3.1.4 Antecedentes

- Antecedentes perinatales: Parto normal
- Antecedentes familiares: Padres vivos
- Antecedentes personales:
 - o RAM alergia: Madre niega
 - o Antecedentes patológicos: No refiere
 - o Cirugía: ninguna
- Antecedentes Socioeconómicos y culturales: solventes

3.1.5 Examen Físico:

Paciente Post operado inmediato de Clipaje de Aneurisma de Arteria

Comunicante Anterior Izquierda, es traído de SOP a UCI bajo efecto de Sedoanalgesia con RASS -5, con Ventilación Mecánica

conectada a Tubo Orotraqueal N° 8 , altura 22 en comisura labial derecha. Modo ventilatorio Asistido Controlado por Volumen con Fio2 de 0.80% PEEP de 8, FR 14 Volumen de 450.

Presenta zona operatoria frontotemporoparietal izquierda cubierta con Tensoplast seco y limpio en zona Con sonda orogástrica a gravedad, Catéter Venosa Central en subclavia Derecha recibiendo Clna al 0.9% por pasar 800cc; e iniciando 1 paquete globular, presenta sonda vesical conectada a bolsa colectora, fluyendo orina clara.

Hemodinamia:

Presión arterial Sistólica:	81mmHg
Presión arterial Distólica:	43mmHg
PAM	56mmhg
Frecuencia cardiaca:	118 por minuto
Frecuencia respiratoria:	Con VM 14 por minuto
Temperatura:	35°C
Sat. O2	90%
ETCO2	32

Exploración Céfaló Caudal

Cabeza: Normocéfalo, simétrico, con herida operatoria en zona fronto-temporo parietal izquierda cubierta con Tensoplast seco y limpio.

Ojos: edema y equimosis parpebral, Pupilas mióticas difícil precisar hiporeactivas a la luz, anisocoría (derecha en 1mm Izquierda en 1.5mm)

Nariz: Mediana, alineada y simétrica sin lesiones. Vías aéreas permeables.

Boca: Mucosas orales deshidratadas con SOG a gravedad fluyendo contenido gástrico ligeramente porraceo en poca cantidad. Tubo Orotraqueal altura 22.

Piel: Pálida, fría

Cuello: Normal

Tórax: Cilíndrico regular y asimétrico, respiración con apoyo ventilatorio

Abdomen: A la palpación abdominal blanda.

Genito urinario: Normal. Con sonda foley N° 14 fluyendo orina clara

Valoración Neurológico:

- Pupilas anisocóricas mióticas e 1mm/1.5mm, hiporeactivas a la luz
- Glasgow no valorable por sedación
- Escala de Sedación RASS: - 4
- Función Motora no valorables por estado de sedación

3.1.6 Exámenes Auxiliares:

Hemograma	Valor Encontrado	Hemograma	Valor Encontrado
Leucocitos	5,690	TPT	32.6seg
Hematíes	5,21	INR	1.02
Hemoglobina	10.0	Abastionados	--
Hematocrito	33.0	Segmentados	77
Linfocitos	14	Monocitos	3
Tiempo de protrombina	13.7seg.	Eosinófilos	2
Llenado capilar	>2"	Basófilos	--

Bioquímica de la Sangre	Valor Encontrado	AGA	Valor Encontrado
Glucosa	143	PH	7.45
Urea	20	PCO2	31.6
Creatinina	0.67	PO2	64
Sodio	120	HCO3	22.0
Cloro	101	ETCO2	23
Potasio	3.02	SAT.O2	90

Orina	Valor Encontrado
Color	Amarillo
Aspecto	Transparente
Densidad	1020
PH	5.0
Leucocitos	2.5 x C

3.1.7 Indicación Terapéutica

- NPO x 12 Hrs luego iniciar tolerancia gástrica con líquidos claros a 10cc /horay a las 18 horas Presubin 20cc/hr x SOG
- ClNa al 0.9% 125cc/hr
- Ceftriaxona 1 gr cada 12 horas EV
- Vancomicina 1 gr cada 12 horas EV
- Omeprazol 40 mgr cada 24 hrs EV
- Norepinefrina 4mgr + 100cc Dextr0sa 5% 5cc/hora, titular para PAM 80-85mmHg
- Midazolam 50mg + 100cc de ClNa 10cc/h Titular a RASS -5
- Fentanilo 5mg + 100cc de ClNa a 10cc/h,
- Propofol 20mg. A 10cc/hr
- Bromuro de Vecuronio 4mg. + 100cc de ClNa 0.9% a 4cc/hr
- Solución Hipertónica al 7% en infusión de 10cc/hr

3.1.8 Valoración según Modelo de Clasificación de Dominios y Clases

DOMINIO II. NUTRICIÓN

Clase 1. Ingestión: NPO, SOG a gravedad

Clase 4. Metabolismo: glucosa 143 mg/dl

Clase 5. Hidratación: recibiendo CLNA 9% 1000 cc por CVC

DOMINIO III. ELIMINACIÓN

Clase 1. Función urinaria: con catéter urinario

Clase 4. Función respiratoria: con apoyo ventilatorio, por Hipoxemia (PaO₂ baja 64 en el AGA)

DOMINIO IV. ACTIVIDAD Y REPOSO

Clase 1. Reposo/sueño: Reposo forzado,

Clase 2. Actividad/ejercicio: reposo absoluto

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: Hipotenso, taquicárdico, con ventilación Mecánica

Clase 5. Autocuidado: por su estado con déficit de autocuidado para alimentación, eliminación vestido e higiene.

DOMINIO IX. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 3. Estrés neuro-comportamental: Hipotensión Arterial y por ende, hipoperfusión tisular.

DOMINIO XI. SEGURIDAD PROTECCIÓN

Clase 1. Infección: presenta vías invasivas

Clase 2. Lesión Física: sin moverlo hasta que se estabilice

Clase 6. Termorregulación: piel fría T° 35°C

DOMINIO XII. CONFORT FÍSICO

Clase 1. Confort Físico

3.1.9 Esquema de Valoración

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Paciente en Post Operatorio Inmediato de Clipaje de Aneurisma,
- Inestable hemodinámicamente, Hipotenso taquicárdico
- con apoyo de Ventilación Mecánica a Tubo Orotraqueal, Hipoxemia (PaO2 64)
- Anisocoria e hiporeactividad pupilar
- En reposo gástrico, con SOG a gravedad con contenido porraceo
- Glucosa 143mg/dl, recibiendo CINA al 0.9% por CVC
- Electrolitos: Hipocalemia, Hiponatremia
- con diversas Vías Invasivas,
- piel fría e hipotermia.
- en reposo absoluto

INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES

Coordinación con:
Laboratorio, Area de Imagenología y el Equipo de Neurocirujanos e
Intensivistas

D I A G N Ó S T I C O S



3.2 Diagnósticos de enfermería

Características Definitorias

- Post operado inmediato de Clipaje de Aneurisma
- Intubado
- Apoyo de ventilación Mecánica
- Hipoxemia: PaO2 64, Hbina baja 10
- Taquicardia, hipotensión arterial, PAM baja
- Anisocoria, hiporeactividad pupilar a la luz
- Presencia de múltiples vías invasivos
- Hipokalemia, Hiponatremia.
- Reposo Gástrico
- Hiperglicemia
- Piel Fría, Temperatura baja
- Resultado de TEM cerebral: edema Cerebral

3.2.1 Diagnóstico de Enfermería según datos Significativos:

- Riesgo de shock
- Deterioro del intercambio Gaseoso (00030)
- Disminución de la Capacidad Adaptativa Intracraneal (00049)
- Riesgo de Perfusión Tisular Cerebral ineficaz (00201)
- Riesgo de desequilibrio de volumen de Líquidos (00025)
- Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195)
- Hipotermia (00006)
- Riesgo de nivel inestable de Glucemia (00179)
- Riesgo de infección (00004)
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c (00047) (22)

3.2.2 Esquema de Diagnostico de Enfermería

Problema	Factor Relacionado	Evidencia	Diagnóstico
Hemodinamia inestable	Pérdidas sanguíneas intraoperatorias	Hipotensión, Taquicardia, piel fría	Riesgo de Shock
Gasometría arterial alterada	Disminución de Oxígeno en sangre arterial	Resultado de PO2 DE 64 Hbina 10mmg	Deterioro del intercambio Gaseoso r/c disminución de Oxígeno en sangre e/p valor de 64: de PO2.
Edema cerebral	Signos de HTEC	Resultado de TEM postoperatoria, Anisocoria	Disminución de la Capacidad Adaptativa Intracraneal r/c retención de líquidos en el parénquima cerebral e/p signos de Hipertensión Endocraneana: anisocoria e hiporeactividad pupilar,
Hemodinamia inestable	Disminución de PAM. taquicardia	Anisocoria e hiporeactividad pupilar	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c disminución de la PAM y taquicardia
Hipokalemia e hiponatremia	Sangrado severo en el intraoperatorio	Resultados de electrolitos séricos alterados	Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c sangrado severo en el intraoperatorio.

Falta de termorregulación	Periodo intraoperatorio largo Pérdidas sanguneas	Piel fría T° 35	Hipotermia r/c periodo intraoperatorio prolongado y perdidas sanguíneas e/p piel fría, T° 35°C
Múltiples vías Invasivas	Procedimientos Invasivos	Presenta CVC, SOG, Sonda Vesical, TOT, línea Arterial.	Riesgo de infección r/c Procedimientos invasivos (CVC, sonda vesical, línea Arterial, TOT.

3.3 Planificación

3.3.1 Esquema de Planificación

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo NOC (23)	Intervención De Enfermería NIC (24)	Evaluación
Código 00205 RIESGO DE SCHOCK	Código 0401 Estado circulatorio Código:0416 Perfusión Tisular Celular	Código: 4120 Manejo de líquidos <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo el Estado Hemodinámico basal y su evolución mientras se infunde fluidos. • Infundir 2 retos de fluidos con CINA de sodio y Poligelina de 300cc cada uno. • Administración de fluidos intravenosos Poligelina a Temperatura ambiente estrictamente cuantificados • Registros precisos de ingresos y egresos a horario • Manejar triple H: hipervolemia, hemodilución, Hipertensión • Aumentar la perfusión tisular cerebral 	<ul style="list-style-type: none"> • Se logró obtener PAM > de 75mmHg. A las tres horas de su ingreso

		<p>Código: 4250 Manejo del shock</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de líquidos coloides y cristaloides • Monitoreo Del estado respiratorio y cardiaco • Transfusión de Plasma 4 Unidades • Transfusión de Unidad de Sangre • Vigilar PAM si mejora • Asistencia a la colocación de incisión de Linea Arterial para monitoreo invasivo de PAM • Si no hay Respuesta a la hipervolemia • Iniciar infusión de inotrópicos: Noradrenalina 8mgr + dextrosa al 5% 100cc administrar a 10cc/hr titulando a PAM > de75mmHg 	
<p>Código 00032</p> <p>Deterioro del intercambio Gaseoso r/c disminución dela Presión Parcial de Oxigeno en sangre arterial e/p PO2 de 64</p>	<p>Código 0402 Estado Respiratorio intercambio gaseoso</p> <p>Código 0403 Estado Ventilación</p>	<p>Código: 3350 Monitorización Respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auscultación de campos pulmonares, ver el pasaje adecuado del pasaje del murmullo vesicular Y presencia de secreciones • Evaluar la efectividad de la ventilación Mecánica con los parámetros programados • Monitorear Saturación de Oxígeno • Monitorear TCO2 mantener en valores normales • Toma de muestra para Gasometría estar alerta a cambios bruscos de Sat O2 y TCO2: 35-45mmHg • Evaluación de resultados de Gases Arteriales • Reajustar Parámetros ventilatorios de ser necesario 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente estuvo 6 días con TOT luego de lo cual le hicieron una Traqueostomía con Ventilación Mecánica 10 días, toleró destete ventilatorio a los 15 días retomó su Patrón Respiratorio Fisiológico y se le retiró canula de traqueostomía.

		<ul style="list-style-type: none"> • Aspiración de secreciones a circuito cerrado según sea necesario <p>Código 3300 Manejo de ventilación invasiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorear los parámetros ventilatorios y la Rpta, del Paciente • Vigilar la eficacia de la ventilación Mecánica en el estado Fisiológico del paciente. • Monitorear el buen funcionamiento del ventilador Mecánico • Cambiar los filtros higroscópicos y antibacterianos del circuito ventilatorio cada 24 horas • Verificar operatividad del circuito ventilatorio • Mantener sedación óptima RASS-4 ó -5 a fin de que el paciente esté plenamente acoplado al ventilador. • Coordinar con el Médico para iniciar destete ventilatorio • Evaluar la Respuesta del paciente a los modos de destete ventilatorio incluido el destete total <p>Código 3180 Manejo de vía aérea artificial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar lavado de manos y aplicar medidas de bioseguridad • verificar que el globo de neumotaponamiento esté en 20 – 30 mmHg • Realizar siempre primero la aspiración de cavidad oral a fin de evitar se aspire todo el biofilm existente • Preoxigenar al Paciente • Introducir la sonda sin aspirar al sentir el tope 	
--	--	---	--

		<p>retirar 3cm, ocluir la válvula y retirar la sonda aspirando.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No permanecer mas de 10 segundos en vía aérea • Volver a Oxigenar al 100% • Realizar la permeabilidad de la sonda con agua estéril • Repetir si es necesario luego que el paciente haya recuperado la saturación óptima 	
<p>CODIGO 00049</p> <p>Disminución de la Capacidad Adaptativa Intracraneal r/c retención de líquidos en el parénquima cerebral r/c presencia de signos de Hipertensión Endocraneana</p>	<p>Código: 0406 Perfusión Tisular Cerebral</p>	<p>Código: 2540 Tratamiento del edema cerebral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo del estado Neurológico comparándolo al basal • Manejo de la Perfusión tisular Cerebral • Monitorización los signos Vitales. • Disminución de estímulos externos • Sedación con RASS -5 • Posición semifowler con cabecera a 45°evitándose flexión de cuello. • Se evita maniobras de Valsalva • Mantener PEEP fisiológico en Ventilación Mrcánica • Tomar muestra para Gasometría y dosaje de electrolitos • Administrar de Diuréticos Osmóticos actualmente la Solución Hipertónica al 7% en infusión continua a 10cc /h • Mantener normotermia • Balance Hídrico estricto • Reposición de Pérdidas Urinarias al 30% • Control de PIC a horario • Mantener PIC < A 15mm Hg • Drenaje de LCR paulatinamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente llegó a PIC de 35mmHg, se realizó drenaje de LCR en 3 oportunidades hasta llegar a 15mmHg en el primer día post operatorio • Los subsiguientes días la PIC se mantuvo en niveles normales. • A los 3 días remitió la anisocoria y mejoró la hemodinamia.

		<p>Código 2660 Monitoreo Neurológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destete periódico de la sedación para evaluar estado neurológico • Monitoreo de Pupilas: tamaño, simetría y reactividad a la luz • Monitoreo de reflejo corneal • Monitoreo de fuerza y tono muscular al destete de sedación • Monitorear y vigilar algún déficit motor. • Monitoreo de Patrón Respiratorio • A la extubación evaluación del habla y escala de Glasgow completa • Estar alerta ante signos de Cushing. 	
<p>Código 00201</p> <p>Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c pérdidas sanguíneas intraoperatorias</p>	<p>Código: 0406 Perfusión Tisular Cerebral</p> <p>Código 090908 Tamaño Pupilar</p> <p>Código 090909 Reactividad Pupilar</p>	<p>Código 2550 Mejora de la Perfusión Cerebral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inducir HTA con expansores plasmáticos o agentes vasoactivos o inotrópicos para mejorar la PPC. • Titular infusión de vasoactivos hasta obtener PAM > ó = 75mmHg. • Administrar Agentes Reológicos para hemodiluir la viscosidad de la sangre • Mantener el nivel de Hematocrito para el tratamiento de Hemodilución Hipervolémica • Mantener cabecera a 45° • Evitar flexión del cuello • Mantener el nivel de PCO2 a 25mmHg ó mayor • Administrar Calcioantagonistas. Nimodipino 40mg+ destrosa 250cc a 40cc/hr 	<p>Se logró elevar la PAM a 70mmHg a los 45 minutos de su ingreso a UCI y una PAM entre 75 y 88 mm Hg a las 2 horas de su ingreso</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Administrar Diuréticos Osmóticos y reponer pérdidas urinarias a un 30% • Monitorear la PAM • Monitorear PVC • Monitoreo de PPC • Monitoreo de PIC • Monitorear Patrón Respiratorio PO2, PCO2, Saturación de Oxígeno, Hbina y Gasto Cardíaco. • Balance Hidroelectrolítico Estricto 	
<p>Código 00195</p> <p>Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c Pérdidas sanguíneas intraoperatorio</p>	<p>Código Equilibrio Hídrico</p> <p>Código Hidratación</p>	<p>Código 2000 manejo de Electrolitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorear valores de electrolitos • Mantener registros de ingresos y egresos • Administrar soluciones que tengan electrolitos a flujos constantes • Tomar muestras para dosaje de electrolitos séricos • Valorar pérdidas de electrolitos por drenajes • Monitorizar la Respuesta del paciente a la Terapia de electrolitos. • Vigilar la aparición de arritmias cardíacas. • Monitorear niveles de Potasio Sérico al estar recibiendo el paciente Diuréticos Osmóticos. <p>Código 2080 Manejo de líquidos y electrolitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener muestras para dosaje de Na K, proteínas, BUN • Administrar retos de Potasio por vía EV Central lento. • Reposición de Sodio con solución Hipertónica al 7% • Monitorear resultados de laboratorio después de administrar retos 	<p>Se logró elevar el Potasio y Sodio a valores normales a las 5 horas post operatorias con la administración de 3 retos de Potasio e infusión EV continua de Solución Hipertónica al 7 %.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear el estado hemodinámico • Mantener los electrolitos dentro de parámetros normales 	
Codigo 00006 HIPOTERMIA	CODIGO: 0800 termorregulación	Código: 3800 Tratamiento de la Hipotermia <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de la T° • Aplicar calor pasivo: Abrigar al paciente con mantas térmicas • Retirar ropa húmeda del paciente • Aplicación de calentamiento externo activo: Bolsas de agua caliente protegidas con tela, luz radiante local. • Monitoreo signos asociados con Hipotermia leve: taquipnea, escalofríos HTA y diuresis • Monitoreo de signos asociados a Hipotermia Moderada: Arritmias auriculares, Hipotensión, coagulopatía e hiporeflexia. • Signos de la Hipotermia Grave: oliguria, ausencia de reflejos neurológicos, edema pulmonar y anomalías acidobásicas. • Monitoreo el color y T° de la piel. Código 3900 Regulación de la Temperatura <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de la T° cada hora • Instaurar Monitoreo de T° A monitor • Monitoreo Hemodinámico • Iniciar tratamiento Nutricional vía Parenteral a fin de brindar calorías 	El paciente logró mejorar su T° corporal a 36.7°C a las 3 horas Post Operatorias.

		<ul style="list-style-type: none"> Regular el aire acondicionado 	
Código: 0004 Riesgo de infección	Código: 1902 Control de riesgo	<p>Código: 6540 Control de Infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> Se aseguró una técnica adecuada de cuidados de herida Administración de Antibioticoterapia indicada: Ceftriaxona 1 gr EV cada 12 horas por 5 días y Vancomicina 1 gr EV cada 12 hrs por 5 días. Prácticas de precaución Universal: lavado de manos <p>Código 6550 Protección contra las infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantener normas de Asepsia para el paciente Observar signos y síntomas de infección Inspeccionar zona de enrojecimiento <p>Código 2440 Mantenimiento de Dispositivos de Acceso Venoso</p> <ul style="list-style-type: none"> Observar si hay oclusión en los catéteres. Mantener Técnica aséptica siempre que se manipule los catéteres Cuidados con CVC: curación, manejo con guantes estériles, cambiar equipos ,volutros cada 24 horas Observar si hay signos y síntomas asociados a invasión de microorganismos. <p>Código 1876 Cuidados del Catéter Urinario</p>	<ul style="list-style-type: none"> El paciente no se Infectó en UCI, pese a tener Múltiples vías invasivas

		<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la permeabilidad del catéter. • Mantener el circuito cerrado sonda, conexión bolsa. • Mantener la bolsa colectora de orina a una superficie superior de la vejiga. • Medidas de Bioseguridad en el manejo de catéter vesical 	
--	--	--	--

Fuente: NANDA-North American Nursing Diagnosis Association

3.4 Ejecución y evaluación

3.4.1 Registro de Enfermería, SOAPIE:

S Paciente joven post operado inmediato de aneurisma es traído de SOP bajo efecto de sedo analgesia.

O Paciente Post operado inmediato de Clipaje de Aneurisma de Arteria Comunicante Anterior Izquierda, es traído de SOP a UCI bajo efecto de Sedo analgesia con RASS -5, con Ventilación Mecánica conectada a Tubo Orotraqueal N° 8 , altura 22 en comisura labial derecha. Modo ventilatorio Asistido Controlado por Volumen con Fio2 de 0.80% PEEP de 8, FR 14 Volumen de 450. Según reporte anestésico presentó sangrado de 3000cc, y le transfundieron en el intraoperatorio 4 paquetes Globulares y 6 unidades de plasma.

Presenta zona operatoria frontotemporoparietal izquierda cubierta con Tensoplast seco y limpio; con sonda orogástrica a gravedad, Catéter Venosa Central en subclavia Derecha recibiendo Clna al 0.9% por pasar 800cc; e iniciando 1 paquete globular, presenta sonda vesical conectada a bolsa colectora, fluyendo orina clara.

A Riesgo de shock r/c pérdidas sanguíneas intraoperatorias.

Deterioro del intercambio Gaseoso r/c disminución de Oxígeno en sangre Arterial e/p valor Laboratorial de PO2 64.

Disminución de la Capacidad Adaptativa Intracraneal r/c retención de

líquidos en el parénquima cerebral e/p signos pupilares alterados

Riesgo de Perfusión Tisular Cerebral ineficaz r/c disminución de PAM y frecuencia cardiaca

Riesgo de desequilibrio de volumen de Líquidos r/c pérdidas de sangre en el intraoperatorio

Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c sangrado severo en el intraoperatorio

Hipotermia r/c periodo intraoperatorio prolongado y pérdidas sanguíneas considerables e/p piel fría y T° 35°C

Riesgo de nivel inestable de Glucemia r/c incremento de la Glucosa sérica

Riesgo de infección r/c con Procedimientos invasivos

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/p agentes Mecánicos presión

P Mejorar el Estado circulatorio

Lograr mejor perfusión tisular celular

Lograr mejorar el intercambio gaseoso

Optimizar el estado ventilatorio

Mejorar la perfusión tisular cerebral

Estabilizar la reactividad y simetría pupilar

Mejorar el equilibrio hidroelectrolítico

Lograr una Termorregulación adecuada

Disminuir el riesgo de infección

I Manejo adecuado de Líquidos

Administración de líquidos con sus registros respectivos

Manejo del shock

Aumento de la Perfusión Tisular celular

Transfusión de Sangre y Hemoderivados

Monitoreo Hemodinámico

Monitoreo Respiratorio

Manejo de ventilación Invasiva

Manejo de vía Aérea Artificial

Administrar tratamiento para el edema cerebral

Monitoreo Neurológico

Mejorar la Perfusión Tisular Cerebral

Manejo de electrolitos

Tratamiento de la Hipotermia

Control de las infecciones

Mantenimiento de dispositivos de acceso Venoso Arterial

Cuidados con Catéter Urinario.

E Paciente logra mejorar Hemodinamia y estabilizarse PAM mayor de 75mmHg a las 3 horas de su ingreso

Su Patrón respiratorio mejoró y se logró un mejor intercambio gaseoso según resultado de Gasometría a las 2 horas de su ingreso, permaneció con Ventilación Mecánica 5 días, toleró bien el destete y extubación al 6 día recobra su patrón respiratorio fisiológico.

La anisocoria e hiperactividad remitió al 3er día post operatorio

Electrolitos estabilizados a las 24 horas de su ingreso con retos de sodio y

Potasios administrados.

Temperatura Estabilizada a las 12 horas de postoperatorio inmediato

Paciente no desarrollo ninguna infección pese a las múltiples vías invasivas

que tuvo. Ni tuvo lesiones por presión.

4 CONCLUSIONES

- 4.1 Los Aneurismas constituye una Patología a la cual todos somos vulnerables.
- 4.2 Una persona nunca sabe si tiene un Aneurisma sinó hasta que se rompe.
- 4.3 Es Importante una atención adecuada y oportuna ante un paciente con Aneurisma a fin de Evitar las complicaciones y secuelas que son irreversibles.
- 4.4 A penas se Diagnostica la Enfermedad se debe preparar al Paciente para una Cirugía de Urgencia.
- 4.5 En el Manejo de Enfermería es Básico el Monitoreo Neurológico, Hemodinámico y Respiratorio e ir estabilizando al paciente para que entre a SOP en las mejores condiciones posibles.
- 4.6 Al estabilizar al paciente se evitará un Vasoespasmo complicación frecuente que trae consigo muchas secuelas Neurológicas.
- 4.7 En el post Operatorio Inmediato de los pacientes con Clipaje de Aneurisma es importante la acción inmediata de Enfermería basada en conocimiento Científico a fin de evitar Secuelas.

5. RECOMENDACIONES

- 5.1 Estabilizar al paciente con Aneurisma antes de que surjan complicaciones y Secuelas esto es mantener PAM mayor a 75mm Hg Frecuencia Cardiaca estable, Buen intercambio Gaseoso, y Estado Neurológico Estable.

- 5.2 Establecer guías de Atención en Pacientes con Aneurismas a fin de no perder el tiempo en el tratamiento.
- 5.3 Monitorear Estado Hemodinámico a fin de detectar cualquier alteración y corregirla oportunamente.
- 5.4 Evaluación Neurológica continua a fin de prevenir y detectar complicaciones a fin de actuar oportunamente.
- 5.5 Monitorear Intercambio Gaseoso y Patrón Respiratorio a fin de actuar rápido en la estabilización del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rocca U. Aneurismas cerebrales. Revista de Neuropsiquiatría del Perú. 2001 diciembre;(4).
2. Gonzales Ignacio. Manejo de los Aneurismas Cerebrales. In Marco G. Paciente en estado Crítico. 3rd ed. Colombia: CIB; 2003. p. 521.
3. Requejo F. Edad, sexo y tipo de Aneurismas tratados en un centro Endovascular Público en Buenos Aires. Revista Argentina de Neurocirugía. 2010; 36.
4. A M. La mayoría de las personas que tiene un Aneurisma no lo sabe hasta que se rompe. EL PAIS. 2019 marzo.
5. C. RJV. Características demográficas y Epidemiológicas de Aneurismas Intracraneales en un Hospital. CAMBIO. 2018;(2): p. 60-61.
6. Gob.pe. Estadístico. Perú: MINSA; 2018.
7. Intensivos UdC. Ingresos y Egresos de Pacientes Arequipa HRHDd, editor. Arequipa; 2021.
8. A. H, inventor; GRADO DE DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD DE LA EMBOLIZACIÓN contra el Clipaje en el tratamiento de los Aneurismas. México. 2011.
9. J G. Protocolo Sistematizador de. In Cuidado de Paciente Neurocrítico con Cliepo de Aneurisma Cerebral. Argentina; 2016.

10. Castillo J GGyEE. Desarrollo de PAE situado en la Práctica Clínica de una Paciente sometida a Clipaje de Aneurisma Cerebral. In. México; 2018.
11. N. N. Hallasgos de Vasculopatías Encefalopáticas Estructurales Diagnosticadas por Angiotomografía en adultos con cefalea de 30 a 60 años del 2015 al 2018 en el Hospital Ayacucho ESSALUD. In. Ayacucho Perú; 2019.
12. M. SB. In Martins VIHpACFHER.. Lima Perú; 2009.
13. C. H. El Modelo de Virginia Henderson en la Práctica de Enfermería España; 2016.
14. Necesidades Básicas de Virginia Henderson. Enfermería Actual. 2021.
15. S. S. Teoría de Déficit de Auto Cuidado de Dorotea Orem. Gaceta Médica Espirituana. 2017 setiembre; 19(3).
16. USA UIHHSSNN. Aneurisma Cerebral. 2022..
17. I. G. Manejo de Aneurismas Cerebrales Epidemiología. In W. VHR. Paciente En Estado Crítico. 3rd ed. Medellin ; 2003. p. 521.
18. Libre WLE. internet. [Online].; 2016. Available from:
19. Research FfMEa. Signos y síntomas en Aneurismas Cerebrales. MAYO CLINICAL. 2019.
20. ANEURISMAS CEREBRALES BARCELONA NEUROCIRUGÍA. IMECBA. .

21. Aneurisma Cerebral Complicaciones. Middlesex Health. 2022 junio;(disponible [https://middlesexhealth.org>enfermedadesyafecciones](https://middlesexhealth.org/enfermedadesyafecciones)).
22. Aneurisma Cerebral diagnóstico y tratamiento. MAYO CLINIC. 2021;(disponible en [https://www.mayoclinic.org>es-es/dic/20361595](https://www.mayoclinic.org/es-es/dic/20361595)).
23. INC NI. Diagnósticos Enfermeros. 12th ed. EEUU: ELSEVIER; 2021-2023.
24. M. MSSEJ. Clasificación de Resultados de Enfermería. 6th ed. Italia: Elseviere; 2018.
25. G. BHB. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7th ed. España: ELSEVIER; 2018.

ANEXOS

PALABRAS CLAVE

1. **HSA:** Hemorragia Subaracnoidea, es el sangrado acumulado bajo la meninge Aracnoides, por ruptura de arterias cerebrales, o de un aneurisma.
2. **ANEURISMA CEREBRAL:** Dilatación de la pared arterial en forma de balón la cual se dilata y adelgaza llegando a romper.
3. **CLIPAJE DE ANEURISMA:** es el tratamiento quirúrgico electivo cuando el aneurisma se ha roto, consiste en la colocación de un clamp en el cuello del aneurisma a fin de que no vuelva a sangrar.
4. **PAM:** Presión Arterial Media, es la presión ideal para lograr una adecuada perfusión tisular

EL EQUIPO DE ENFERMERAS DE UCI HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA



ENFERMERAS UCI HRHDA

2022





**ATENDIENDO MI PACIENTE
NEUROQUIRÚRGICO**

**EL CUIDADO HUMANO ES LO QUE
ENNOBLECE A ENFERMERÍA**



