



**ESPECIALIZACION EN ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL
PACIENTE CRÍTICO**



TRABAJO FINAL INTEGRADOR

**Proceso de Atención de Enfermería:
Paciente pos quirúrgico de neurocirugía**

AUTOR

Lic. Carlos, Cecilia Noemí

Córdoba, 25 Julio del 2016

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer principalmente y desde lo profundo de mi corazón a mi familia.

A mi amado compañero de vida, por creer en mí, apoyándome desde el inicio a alcanzar este propósito, siendo mi fuente de motivación y fortaleza.

A mis pequeños hijos, que con su amor me mantuvieron perseverante en cumplir mis ideales.

Y a las docentes tutoras de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Críticos, la Dra. Cometto, Ma Cristina y la Dra. Gómez Patricia quienes han abierto un nuevo sendero para el crecimiento profesional y me han enseñado que podemos forjar un futuro mejor.

¡Gracias!

INTRODUCCION

El siguiente trabajo es un caso de un paciente pos quirúrgico de neurocirugía, atendido en el Hospital Córdoba durante las prácticas hospitalarias de la Especialidad de Enfermería en el Cuidado del Paciente Crítico, con el que se planifico el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) de acuerdo a los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Conceptualmente encontramos que el proceso de atención de enfermería “es un método sistemático centrado en el paciente para estructurar la administración de la asistencia de enfermería” (Kozier & Erb, 2008, pág. 160).

“Es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y/o la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por lo tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería” (Perez H., 2002, pág. 62)

Se caracteriza por ser dinámico, flexible, continuo, y humanístico. Además, se debe basar en un marco teórico (Perez H., 2002, pág. 63)

Está constituido por una serie de etapas subsecuentes, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación

De esta forma, para concebir y/o aplicar el Proceso de Enfermería, se hace necesario un punto de partida que hace referencia a las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales propias de la profesión. Desde este punto el siguiente trabajo se fundamenta desde los patrones funcionales de Marjory Gordon creados en el año 1973, los cuales son once : cognoscitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones de rol, autopercepción y autoconcepto, creencias y valores y descanso y sueño, que se valoran uno a uno para luego identificar los patrones alterados y así trabajar sobre ellos. (Reina G., 2010)

En este contexto el paciente neurocrítico requiere cuidados que necesitan conocimientos específicos de la fisiopatología del daño cerebral, en ese aspecto enfermería debe integrar los cuidados habituales de cualquier paciente

crítico junto con las características propias de este tipo de pacientes para lograr un plan de cuidados óptimo.

Como se mencionó anteriormente en el siguiente caso se planificó el proceso de atención a una persona femenina de 45 años de edad cursando un post quirúrgico de clipado de aneurisma de la arteria comunicante anterior secundaria a Hemorragia Subaracnoidea.

Se llama aneurisma a toda deformación de la pared arterial. Un aneurisma es siempre consecuencia de una modificación en la estructura de la pared arterial. Los aneurismas que se desarrollan en las arterias intracraneales en su forma común son saculares, es decir, que están constituidos por una dilatación regular y redonda. (Cruz Gómez & Mata Cortez, 2011)

El origen de esta lesión de la pared arterial es muy variado, puede ser aterosclerótica o hipertensiva que es la principal etiología de la mayoría de los aneurismas saculares, probablemente con predisposición genética.

Como se señaló los aneurismas saculares suelen estar ubicados en las principales arterias cerebrales, en los sitios de máximo estrés hemodinámico del vaso. Pueden existir aneurismas en sitios más periféricos, pero tienden a estar asociados a otras causas (infecciones o trauma)

Los aneurismas saculares: tienen tres localizaciones comunes:

- Arteria Comunicante Anterior: 30%
- Arteria Comunicante Posterior: 25%
- Arteria Cerebral Media: 20%

Los aneurismas intracraneales aumentan su volumen por influencia de factores hemodinámicos. Este aumento conduce a una mayor fragilidad de la pared. Por esta razón, una ruptura del aneurisma es la circunstancia de presentación más frecuente. Puede presentarse Hemorragia Subaracnoidea que comprende cefalea súbita intensa y datos de meningismo la cual puede ser acompañada en los peores casos por Hemorragia intracerebral o Hemorragia intraventricular.

Frecuentemente la mayoría de los aneurismas arteriales intracraneales son descubiertos en el adulto con motivo de una ruptura hemorrágica. El 40% de los pacientes mueren tras el primer sangrado.

Trabajos citados

Cruz Gómez, M. d., & Mata Cortez, M. M. (2011). Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente adulto con aneurisma cerebral de la arteria comunicante anterior. *Enfermería Neurológica*, 10(3), 153-158.

Kozier, B., & Erb, G. (2008). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA*. Madrid, España: Pearson Educacion S.A.

Perez H., M. L. (2002). Operacionalización del proceso de atención de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 10(2), 62-66.

Reina G., N. C. (2010). El proceso de enfermería : Instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*, 18-23.

**PROCESO DE ATENCION
DE ENFERMERIA
DE PACIENTE POSQUIRURGICO DE
NEUROCIRUGIA**

VALORACION

Identificación del paciente: NN

Unidad de internación: UTI 2

Institución: Hospital Córdoba

Fecha de ingreso: 02/03/2016

Fecha de valoración: 22/03/2016

Paciente de sexo femenino de 45 años de edad que ingresa al Hospital Córdoba por guardia central el día 02/03/2016 a las 19 45, trasladada por el Servicio de Emergencia Médica (SEM) por derivación del Hospital Florencio Díaz.

En esta última institución había llegado refiriendo cefalea súbita con posterior depresión del sensorio, relajación de esfínteres, y vómito. Se valora Glasgow 5/15 por lo que requiere intubación orotraqueal y se decide derivar a otro centro de mayor complejidad.

En el momento de la admisión del H. Córdoba, ingresa intubada y ventilada con ambú. Se controlan signos vitales

FC: 75 FR: VENTILADA TAM: 80 SAT: 97%

Se realiza TAC cerebral donde se objetiva Hemorragia Subaracnoidea (HSA) con inundación ventricular, edema difuso, signos precoces de hidrocefalia. Luego de valoración, neurocirugía coloca drenaje interventricular por hidrocefalia secundaria HSA.

Ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva 2° piso el mismo día, con diagnóstico de HSA (HH 4 Y F4)¹ con drenaje ventricular.

A la fecha de valoración 22/03/2016, la paciente lleva 20 días de internación, cursando su primer día posquirúrgico de clipado de Aneurisma de la arteria comunicante anterior derecha secundaria a Hemorragia Subaracnoidea

Control de signos vitales

FC: 97 FR: 18 TA 161/94 SAT: 97% T 36.9

¹ Escala de Hunt y Hess clasifica la severidad de una hemorragia subaracnoidea no traumática, la Escala de Fisser se usa para estimar el riesgo de vasoespasmio.

Medicación actual:

- Goteo : 8 mg de Noradrenalina (NAD) + 50 ml de Dx. 5%
 - Ranitina 50 mg cada 8 hs.
 - Fenitoina 100mg cada 8 hs.
 - Kaon 10 ml cada 8 hs.
 - Nifedipina 60mg cada 4 hs.
 - Ketorolac 1 ampolla cada 8 hs.
 - Omeprazol 20mg cada 24 hs.

1.- PATRÓN PERCEPCIÓN DE SALUD - MANEJO DE SALUD

Su estado de salud general es de regular a mala. De pronóstico incierto, se espera evolución favorable.

La paciente hasta el día previo a la cirugía conocía su diagnóstico. Pos operatorio se la encuentra con dificultad para emitir palabras. Comprende y responde con gemidos o mediante el tacto. No presenta apertura ocular espontánea.

Presenta acceso venoso central yugular derecho bilumen. Colocado el 22/03 en quirófano.

Alteración cutánea: se le observa coloración de piel rosa pálido de turgencia flexible e hidratada.

Presenta traqueotomía con tubo curvo de plástico (cánula de traqueotomía flexible, "Traqueoflex")

Riesgo de caídas (escala de Crichton) total 5 puntos. Determinación del grado de riesgo: ALTO RIESGO

Requiere medios de sujeción por riesgo a caídas y/o pérdida accidental de acceso venoso o sonda vesical

2.- PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO

Paciente que ha perdido peso desde el ingreso.

Precisa goteo de noradrenalina para mantener tensión arterial media (TAM) con indicación médica de 8 mg de NAD + 50 ml de Dx. 5%

Y un plan de hidratación de dextrosa al 5% + 2k a 42 gotas por minuto
Se alimenta por sonda nasogástrica con suplemento nutricional: FEBRINI.

3- PATRON ELIMINACION

Intestinal: Deposiciones con una frecuencia de una vez al día, de características normales, no presenta estreñimiento, diarrea, ni prurito anal. Por imposibilidad de comunicarse, hace necesario el uso de pañales.

Urinario: paciente con catéter vesical Foley nº 16 (colocada el 19/03) a bolsa colectora. Se recambian por protocolo cada 7 días.

Balance de ingresos –egresos de las últimas 24 horas:

I: 2750 E: 2450 B: +300

Piel y mucosas: Sudoración profusa por momentos.

4.- PATRON ACTIVIDAD – EJERCICIO

Paciente en posición decúbito obligado por tratarse de un post quirúrgico.

Presenta movilización voluntaria de miembros superiores. Escasa movilidad de miembros inferiores.

Se le colocan vendaje en miembros inferiores para prevención de trombosis venosa.

Mantiene férula para mejorar postura de pie equino

Se mantiene con apoyo de oxígeno suplementario a 2 litros por Traqueoflex, colocado el día 10/03, presenta buena dinámica y frecuencia respiratoria.

Requiere KTR y aspiración frecuente por presentar abundantes secreciones espesas amarillas.

5.- PATRÓN SUEÑO – DESCANSO

No descansa adecuadamente ya que se encuentra en una sala única con otros pacientes. Además de factores propios del ambiente de una internación en terapia: los ruidos de los monitores, la luz, los controles cada dos horas.

6. - PATRÓN COGNITIVO – PERCEPTUAL

La paciente se encuentra despierta. Con dificultad para emitir palabras, comprende y responde con gemidos o mediante el tacto

Nivel de conciencia: alerta

Conducta: demandante e inquieta

Habla: no verbal

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

No se puede realizar esta valoración.

8. PATRÓN ROL – RELACIONES

Nivel de dependencia de la persona: Física: TOTAL. Paciente que es dependiente del cuidado enfermero.

Convive con su marido y una hija menor. La hija mayor está casada y vive en otro hogar. Las relaciones familiares no presentan problemas de interés.

Percepción de la relación: satisfactoria.

La familia manifiesta sentimientos de ansiedad y miedo respecto al pronóstico de la paciente. Le realizan visitas diariamente

9.- PATRÓN SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

No se pudo valorar este patrón

10.- PATRÓN DE ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Previo a la cirugía refirió temor al pos operatorio.

La paciente se encuentra internada hace 20 días en UTI, se la observa intranquila.

11.- PATRÓN VALORES – CREENCIAS

No se pudo valorar este patrón

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- Riesgo de isquemia cerebral relacionado a disminución de la perfusión cerebral por vasoespasmo (PATRON 2)
- Alto riesgo de infección asociado a catéter venoso central (PATRON 1)
- Alto riesgo de lesión cutánea relacionado con puntos de presión en tiempo prolongado (PATRON 4)
- Riesgo de Trombosis Venosa Profunda relacionada con inmovilización prolongada post operatoria.(PATRON 4)
- Riesgo de caídas debido al deterioro de la movilidad física.(PATRON 1)
- Riesgo de lesión cutánea relacionada con la permanencia de la cinta de sujeción del Traqueoflex (PATRON 2)
- Alteración del descanso y sueño relacionado al ambiente de internación. (PATRON 5)

PLANIFICACIÓN

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	ACCIONES DE ENFERMERIA
<p>Riesgo de isquemia cerebral relacionado a disminución de la perfusión cerebral por vasoespasmó</p>	<p>Mantener una buena perfusión cerebral y disminuir posibilidad de vasoespasmó.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar en forma continua control de signos vitales y presión venosa central (PVC) • Aplicar, controlar y valorar terapia triple o doble H (hipervolemia, hipertensión y hemodilución) según indicación médica. • Controlar tensión arterial (TA): mantener presión arterial media (PAM) óptima. Evitar hipo- hipertensión severa. • Administrar inotrópicos y/o vasopresores según indicación médica. • Administrar fármacos vasodilatadores como nifedipina (calcioantagonista) según indicación médica. • Evitar administrar diuréticos. • Realizar balance de ingresos - egresos • Realizar estricto control de líquidos y electrolitos, • Evitar la hipovolemia, y hemoconcentración. • Evitar la hiponatremia y la sobrecarga de líquidos, administrar soluciones isotónicas.

<p>Alto riesgo de infección asociado a catéter venoso central</p>	<p>Prevenir infección del catéter venoso central</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Efectuar correcto Lavado de manos en los 5 momentos • Mantener una correcta fijación del catéter para evitar deslizamientos por el punto de inserción • Realizar curación del catéter venoso central mediante técnica aséptica • Inspeccionar en busca de signos de infección • Desinfección de las conexiones con alcohol al 70% previo uso para medicación • Limitar todas la manipulaciones posibles • Control de cambio del sistemas de perfusión cada 72 horas
<p>Alto riesgo de lesión cutánea relacionado con puntos de presión en tiempo prolongado</p>	<p>Prevenir y Evitar lesiones cutáneas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar la piel diariamente y mantenerla limpia, seca e hidratada. • Controlar la coloración de la piel en puntos de apoyo. • Movilizar y rotar de posición al paciente cada dos horas. • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. • Mantener la piel hidratada mediante colocación de cremas humectantes. • Colocar elementos con superficie de alivio de la presión

		(almohadones, y colchones de aire).
Riesgo de Trombosis Venosa Profunda relacionada con inmovilización prolongada post operatoria	Mejorar la circulación de miembros inferiores.	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar medias de compresión intermitente • Aplicar vendaje elástico de compresión gradual en las extremidades inferiores. • Iniciar profilaxis con heparinas de bajo peso molecular según indicación medica • Realizar cambios posturales cada 2 horas, • Evitar no masajear de la zona.
Riesgo de caídas debido al deterioro de la movilidad física	Evitar caídas accidentales.	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar medios de sujeción • Mantener siempre barandas laterales de la cama levantadas. • Rotar de posición al paciente de manera frecuente • Identificar y valorar estado cognoscitivo
Riesgo de lesión cutánea relacionada con la permanencia de la cinta de sujeción del traqueoflex	Mantener la piel integra sin lesiones	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar a diario que la cinta de sujeción no este ajustada. • Controlar presencia de humedad alrededor del cuello. • Realizar higiene y aseo de la zona. • Colocar gasas entre la cinta y la piel para evitar presión o roce. • Efectuar curación del ostoma controlando presencia de secreciones, exudados o signos de infección.

Alteración del descanso y sueño relacionado al ambiente de internación.	Lograr que el paciente concilie el sueño y descanse.	<ul style="list-style-type: none">• Procurar un ambiente confortable nocturno (bajar luces, disminuir ruidos externos)• Proporcionar al paciente una posición decúbite que le resulte cómoda y la relaje.
---	--	--

BIBLIOGRAFIA

1. Alcázar, Pedro P., González, Alejandro, & Romance, Antonio. (2008). Tratamiento endovascular del vasospasmo cerebral inducido por hemorragia subaracnoidea aneurismática. *Medicina Intensiva*, 32(8), 391-397. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008008800004&lng=es&tlng=es.
2. Cruz Gómez, M. d., & Mata Cortez, M. M. (2011). Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente adulto con aneurisma cerebral de la arteria comunicante anterior. *Enfermería Neurológica*, 10(3), 153-158.
3. Guerrero López, F., Linde Valverde, C.M. de la, & Pino Sánchez, F.I. (2008). Manejo general en Cuidados Intensivos del paciente con hemorragia subaracnoidea espontánea. *Medicina Intensiva*, 32(7), 342-353. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008007700004&lng=es&tlng=es
4. Guillén Fonseca, Martha. (1999). Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(1), 10-16. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100002&lng=es&tlng=es.
5. Herdman T.H (2012) NANDA international versión en español. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. Barcelona. Elsevier España SL
6. Kozier, B., & Erb, G. (2008). FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA. Madrid, España: Pearson Educacion S.A.

7. Miranda Hernández, José Luis, Pérez Nellar, Jesús, Scherle-Matamoros, Claudio, González González, Justo, de Jongh Cobo, Enrique, & Hierro García, Daniel. (2014). Atención a pacientes con "grados buenos" de hemorragia subaracnoidea aneurismática en la unidad de ictus. *Revista Cubana de Medicina*, 53(3), 239-253. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000300002&lng=es&tlng=es.
8. Morgenstern, L. B., Hemphill, J. C., Anderson, C., Becker, K., Broderick, J. P., Connolly, E. S., & Mitchell, P. H. (2010). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage a guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*, 41(9), 2108-2129.
9. Perez H., M. L. (2002). Operacionalizacion del proceso de atencion de enfermeria. *Revista Mexicana de Enfermeria Cardiologica*, 10(2), 62-66.
10. Reina G., N. C. (2010). El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*, 18-23. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
11. Rivera, M, Contreras, F, de la Parte, M, Méndez, O, Colmenares, Y, & Velasco, M. (2000). Aspectos Clínicos y Terapéuticos de las Trombosis Venosas y Arteriales. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 19(2), 71-81. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642000000200002&lng=es&tlng=es.
12. Ropper Allan, Samuels Martin (2011) Adams y Víctor Principios de neurología novena edición. Mc Graw Hill. México D.F.

13. Tamez-Montes, D., Ramírez-Barríos, L. R., Román Garza-Mercado, Á. R., de León, M. P., Villarreal-Reyna, G., & Peña-Ramírez, D. (2012). Tratamiento microquirúrgico de los aneurismas intracraneales rotos. *Arch Neurocién (Mex)*, 17(1), 39-41.

14. Villarreal-Reyna, G. (1999) Aneurismas Intracraneales. VII Congreso Nacional de Neuroradiología. México, D.F