

GUÍA HSA: ANEURISMA CEREBRAL



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S.



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA – HSA: ANEURISMA CEREBRAL

1. CÓDIGO CIE X: I 67.1

2. DEFINICIONES Y SIGLAS: (EM)

H.S.A.; es una colección sanguínea que se localiza en el espacio sub aracnoideo por rupturas de las arterias y las venas que la atraviesan.

Un aneurisma cerebral es una enfermedad cerebro vascular en la cual una "debilidad" en la pared de una arteria ocasiona una dilatación o "abalonamiento" de un segmento localizado en la pared del vaso sanguíneo. ¹

3. DESCRIPCIÓN O ASPECTOS GENERALES

La Hemorragia Subaracnoidea (HSA) es una emergencia neurológica siendo la causa más frecuente la ruptura espontánea de aneurismas intracraneales, los aneurismas suelen ser asintomáticos antes del sangrado y se distribuyen en las grandes arterias, la mayoría en la circulación anterior, más comúnmente en la unión de la arteria carótida interna con la arteria comunicante posterior, en la arteria comunicante anterior y en la trifurcación de la arteria cerebral media y en menor frecuencia en la bifurcación de la arteria basilar. ²

3.1 ETIOLOGÍA

La hemorragia subaracnoidea puede ser causada por:

- Sangrado a raíz de una malformación arteriovenosa (MAV)
- Trastorno hemorrágico
- Sangrado de un aneurisma cerebral
- Traumatismo craneal
- Uso de anticoagulantes. ³

3.2 FISIOPATOLOGÍA

La rotura de un aneurisma se produce por el aumento de la presión transmural a través de la pared del mismo. La presión intracraneal se opone a la rotura del aneurisma, la disminución de la presión intracraneal aumenta la presión transmural. La rotura de un aneurisma intracraneal produce un aumento del volumen intracraneal por ocupación de la sangre en el espacio subaracnoideo, causando un aumento de la presión intracraneal (PIC), produciendo secundariamente una reducción de la presión de perfusión cerebral (PPC) y disminución del flujo sanguíneo cerebral (FSC).





El aumento de la PIC es el factor que disminuye o detiene el sangrado dentro del espacio intracraneal. La consecuencia clínica es una disminución del grado de conciencia por una posible isquemia cerebral global. ⁴

3.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Dolor de cabeza intenso que comienza súbitamente (síntoma principal).
- Disminución del estado de conciencia y de agudeza mental.
- Fotofobia.
- Cambios en el estado de ánimo y de la personalidad, incluyendo confusión e irritabilidad.
- Dolores musculares (especialmente dolor en el cuello y dolor en el hombro).
- Náuseas y vómitos.
- Déficits motores: hemiplejía o Hemiparesia o parálisis de pares craneales.
- Convulsiones.
- Rigidez de nuca.
- Problemas de visión: visión doble, puntos ciegos o pérdida temporal de la visión en un ojo.
- Ptosis palpebral.
- Pupilas anisocóricas. ³

3.4 EPIDEMIOLOGÍA

Se ha estimado que entre el 1% al 5% de la población mundial, pueden tener un aneurisma y 1 de cada 10,000 sufre HSA por rotura de aneurisma. La incidencia anual de rotura de aneurismas en pacientes con aneurismas conocidos varía entre 1.4% y 2.3%. (6). Es más frecuente en mujeres (56%) que en hombres (44%) (3). El 20% de los pacientes presentan aneurismas múltiples y el 75% tienen 2 aneurismas (12). Hay claro predominio de los aneurismas múltiples en el sexo femenino: 5:1.

Es más frecuente la ruptura de los aneurismas entre los 40 y 70 años, solo el 2% de los aneurismas menores de 5mm de diámetro sangran mientras que el 40% de los aneurismas entre 6 y 10mm ya han sangrado en el momento en que se les descubre.

El 50 a 70% de las hemorragias intracraneales se deben a un aneurisma roto. El 15% de estos pacientes mueren antes de llegar a un hospital. El resangrado ocurre en un 20% de los sobrevivientes dentro de las 2 primeras semanas, 30% en un mes y en 40% en 6 meses. ⁵



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S

En el Perú, según estudios realizados en 731 aneurismas operados en 608 pacientes, existe ligero predominio del sexo femenino, habiéndose presentado en forma predominante entre la quinta y séptima década de vida.⁶

El 2011 en el INCN se reportó 35 casos de H.S.A. siendo sexo femenino (19) y de sexo masculino (16) representando así el 16% de tasa de morbilidad. El mayor grupo etáreo (36%) correspondió a mayores de 50 años y el de frecuencia (10%) entre los 20 y 30 años.⁷

3.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- El exceso de fumar, más de 20/día.
- El consumo excesivo de alcohol.
- La Hipertensión arterial.
- El uso de drogas como la cocaína.
- Enfermedades de tipo genético como riñón poliquístico, síndrome de Marfán, Ehlers-Danlos Tipo IV y enfermedades del colágeno Tipo III.⁸
- Anticonceptivos orales.⁹

3.6 COMPLICACIONES

- Vasoespasmo.
- Resangrado.
- Hidrocefalia.
- Edema cerebral.
- HEC.
- Convulsiones.¹⁰

4. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

- Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal R/C incremento de la PIC: ruptura de aneurisma.
- Dolor agudo R/C agente lesivo biológico: irritación meníngea, Hipertensión Endocraneana.
- Ansiedad R/C cambios en el estado de la salud, función del rol, intervención quirúrgica.





- Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz F/R disminución del flujo sanguíneo cerebral: vasoespasmo cerebral.
- Riesgo de sangrado F/R aumento del flujo de perfusión cerebral: aneurisma.
- Riesgo de desequilibrio electrolítico F/R efectos secundarios con el tratamiento: diurético osmótico, vómitos.
- Riesgo de lesión F/R hipoxia tisular: descarga neuronal anormal.
- Riesgo de estreñimiento F/R restricción de actividad física, cambios en los patrones de alimentación habituales, tratamiento (anticonvulsivantes, opiáceos, bloqueantes de los canales de calcio).
- Riesgo de infección F/R reacción adversa a procedimientos invasivos (CVP, CVC, SNG, SF).

5. OBJETIVO

- Estandarizar el cuidado de enfermería en forma integral, oportuna y segura en pacientes con Hemorragia Subaracnoidea: Aneurisma Cerebral.
- Homogenizar criterios de cuidado que permitan mejorar su estado neurológico basal y disminuir complicaciones.

6. POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes jóvenes y adultos hospitalizados con Diagnóstico de Hemorragia Subaracnoidea: Aneurisma Cerebral.

7. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería.

8. GRADO DE DEPENDENCIA

Grado III.

9. PLAN DE CUIDADOS

Algoritmos.



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S



Algoritmo 1

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LA HSA: ANEURISMA CEREBRAL

VALORACION

- ❑ Hipertensión endocraneana: cefalea intensa, náuseas, vómitos, fotofobia, visión doble, crisis convulsiva, alteración del nivel de conciencia y de pupilas.
- ❑ Expresión verbal del dolor, informe codificado del dolor (escala de EVA), rigidez de nuca, dilatación pupilar, fascie doloroso, cambios en la frecuencia cardíaca, respiratoria y presión arterial.
- ❑ Expresión de temor a intervención quirúrgica, angustia, preocupación, nerviosismo e irritabilidad, confusión.
- ❑ Riesgo a vasoespasmo (4 - 14 días) y de resangrado.
- ❑ Efectos secundarios al tratamiento diurético osmótico.
- ❑ Reposo absoluto terapéutico, deterioro neuromuscular (hemiparesia, hemiplejía), efectos secundarios a tratamiento (anticonvulsivantes, opiáceos, bloqueantes de los canales de calcio).
- ❑ Procedimientos invasivos (CVP, CVC, SNG, SF).

DIAGNOSTICO

Coordine:

Interconsultas:

Neurología
Microneurocirugía
Cardiología (riesgo quirúrgico)
Medicina interna
UCI, Emergencia
Neumología (riesgo neumológico)

Exámenes:

Imagenológico:

TAC cerebral, Resonancia Magnética del encéfalo, Angiotom, Panangiografía, Radiografía de Pulmones

Laboratorio:

Hemograma, glucosa, perfil de coagulación, VIH, electrolitos, urea, creatinina, examen de orina, inmunología, grupo sanguíneo y factor RH.

INTERVENCIÓN
INTERDEPENDIENTE

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal
00049

Dolor agudo
00132

Ansiedad
00146

Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz
00201

Riesgo de sangrado
00206

Riesgo de desequilibrio electrolítico
00195

Riesgo de lesión
00035

Riesgo de estreñimiento
00015

Riesgo de infección
00004





Algoritmo 2

DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD ADAPTATIVA INTRACRANEAL

R/C

Incremento de la PIC: ruptura de aneurisma

P
L
A
N
E
A
C
I
O
N

2. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC

2.1 *Estado neurológico: conciencia: 2.1.1 Abre los ojos a estímulos externos 2.1.2 Orientación cognitiva 2.1.3 Obedece órdenes 2.1.4 Respuesta motora a estímulos nocivos 2.1.5** Flexión anormal 2.1.6 Extensión anormal.

2.2 ***Perfusión tisular cerebral: 2.2.1 Presión sanguínea sistólica 2.2.2 Presión sanguínea diastólica 2.2.3 Presión arterial media 2.2.4** Cefalea 2.2.5 Agitación 2.2.6 Vómitos 2.2.7 Deterioro cognitivo 2.2.8 Nivel de conciencia disminuido 2.2.9 Reflejos neurológicos alterados.

2.3 *Estado neurológico: 2.3.1 Conciencia 2.3.2 Tamaño pupilar 2.3.3 Reactividad pupilar 2.3.4 Patrón respiratorio 2.3.5 Orientación cognitiva.

Escala: * 1 Gravemente comprometido - 5 No comprometido

Escala: ** 1 Grave - 5 Ninguno

Escala: *** 1 Desviación grave del rango normal - 5 Sin desviación del rango normal

INTERVENCIONES: NIC

- ☐ Monitorización neurológica
- ☐ Mejora de la perfusión cerebral
- ☐ Manejo del edema cerebral

ACTIVIDADES

- ☐ Realice valoración neurológica: Nivel de conciencia (EG), patrón respiratorio, Pares craneales, Respuesta pupilar, corneal, Respuesta motora y sensitiva c/2 hrs. en ptes inestables y c/ turno en ptes estables.
- ☐ Identifique e informe signos y síntomas de alarma de HIC: cefalea, vómitos explosivos, alteración del nivel de conciencia, alteración pupilar.
- ☐ Monitoree y valore signos vitales (P/A, PAM, FC, FR, T°, SO₂) c/2 hrs en ptes inestables y c/8 hrs en ptes estables.
- ☐ Mantenga Presión Arterial Media 80 - 100mmHg.
- ☐ Mantenga al paciente hemodinámicamente estable: mantener normotensión y normovolemia.
- ☐ Evite la administración de líquidos hipotónicos EV.
- ☐ Asegure una adecuada oxigenación y ventilación: PaO₂ entre 85 - 100 mmHg, SaO₂ 95%- 100% y PaCO₂ 35mmHg.
- ☐ Mantenga al paciente en reposo absoluto permanente.
- ☐ Mantenga cabecera elevada a 30 grados, cuello alineado constantemente (sin almohada).
- ☐ Evite maniobras de valsalva.
- ☐ Administre ablandadores fecales si procede.
- ☐ Administre anticonvulsivante indicado según prescripción médica.
- ☐ Administre y valore efectos de medicamentos hipertónicos (Manitol), corticoides si prescribe.
- ☐ Realice Balance Hídrico Estricto cada 12 hrs. y mantenga en neutro o +200 o -200cc.
- ☐ Controle glicemia capilar según indicación e informe resultados.
- ☐ Comunique a Neurocirujano tratante / emergencia si presenta deterioro neurológico.
- ☐ Mantenga preparado equipo de Entubación Endotraqueal.
- ☐ Registre en notas de enfermería intervenciones y evolución del paciente.

E
J
E
C
U
C
I
O
N

E
V
A
L
U
A
C
I
O
N

Evaluar indicadores

NO

Indicadores
evaluativos
NOC

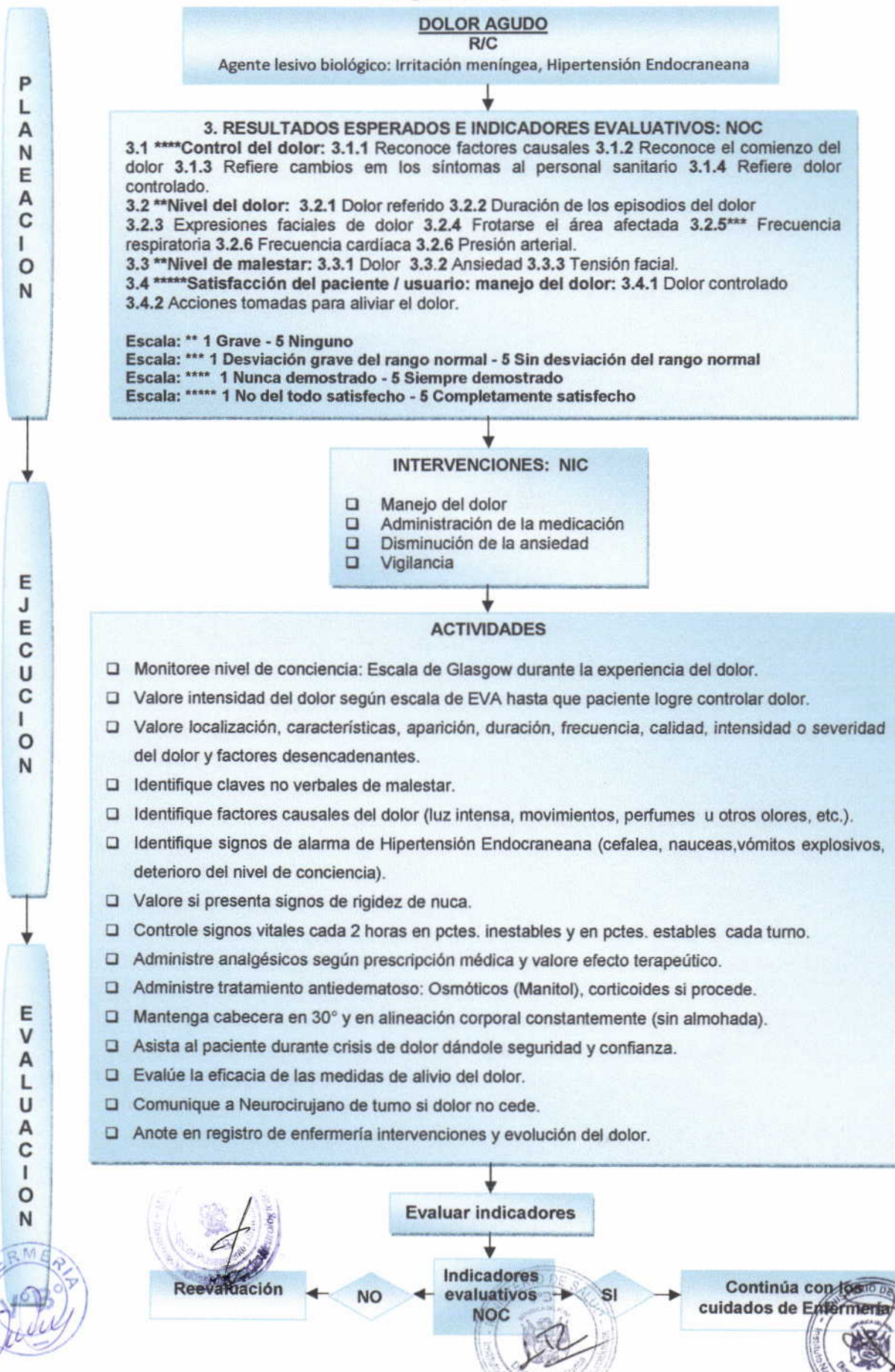
SI

Continúa con los
cuidados de Enfermería

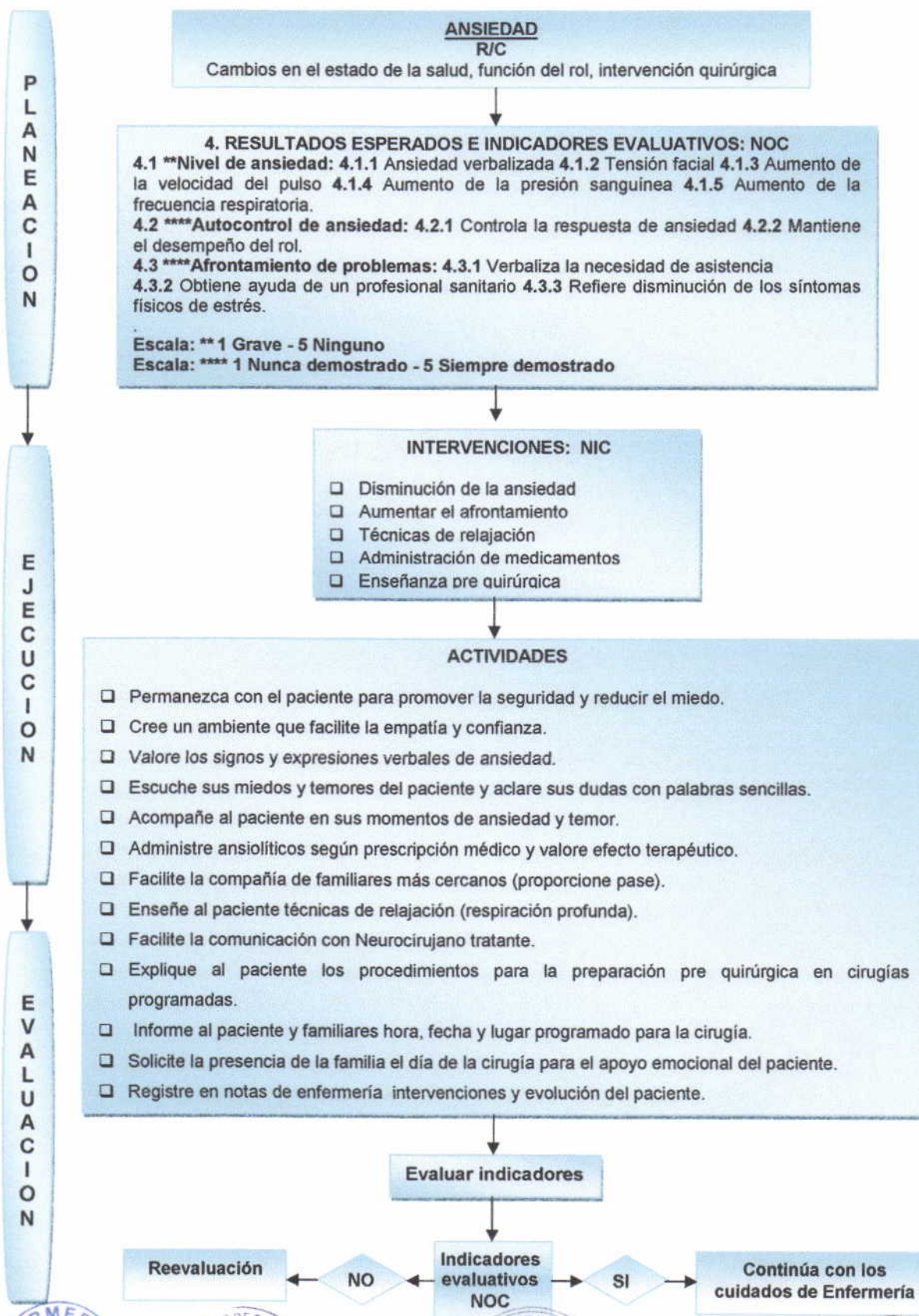
Reevaluación



Algoritmo 3



Algoritmo 4





Algoritmo 5

RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ

F/R

Disminución del flujo sanguíneo cerebral: Vasoespasmo

PLANEACION

5. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC

5.1 *Estado neurológico: 5.1.1 Conciencia 5.1.2 Tamaño pupilar 5.1.3 Reactividad pupilar 5.1.4 Orientación cognitiva 5.1.5 Presión sanguínea 5.1.6 Frecuencia cardíaca 5.1.7 Frecuencia respiratoria 5.1.8 Función sensitiva / motora de pares craneales 5.1.9 Función sensitiva / motora medular 5.1.10** Actividad comicial.
5.2 ***Perfusión tisular: cerebral: 5.2.1 Presión sanguínea sistólica 5.2.2 Presión sanguínea diastólica 5.2.3 Presión arterial media 5.2.4** Cefalea 5.2.5 Agitación 5.2.6 Vómitos 5.2.7 Nivel de conciencia disminuido 5.2.8 Reflejos neurológicos alterados.

Escala: * 1 Gravemente comprometido - 5 No comprometido

Escala: ** 1 Grave - 5 Ninguno

Escala: *** 1 Desviación grave del rango normal - 5 Sin desviación del rango normal.

INTERVENCIONES: NIC

- ☐ Monitorización neurológica
- ☐ Manejo del edema cerebral
- ☐ Monitoreo de los signos vitales
- ☐ Vigilancia

ACTIVIDADES

- ☐ Realice monitoreo neurológico: Nivel de conciencia (EG), Patrón respiratorio, Pares craneales, Respuesta pupilar, Respuesta motora, Respuesta sensitiva cada turno.
- ☐ Identifique / informe signos y síntomas de alarma de vasoespasmo (cefalea, deterioro nivel de conciencia, focalización, convulsiones).
- ☐ Monitoree y mantenga signos vitales P/A, FC, FR, T° normoestables.
- ☐ Mantenga la hemodinamia del paciente: Administre fluidos endovenosos.
- ☐ Mantenga la PAM 90 a 120mmHg.
- ☐ Asegure una adecuada oxigenación y ventilación manteniendo: PaO2 entre 100 - 120; SaO2 > 95% y PaCO2 de 35mmHg.
- ☐ Administre oxigenoterapia según necesidad del paciente.
- ☐ Mantenga al paciente en reposo absoluto y limite visitas.
- ☐ Mantenga cabecera elevada a 30°, cuello alineado constantemente (sin almohada).
- ☐ Instale vía periférica de buen calibre si procede.
- ☐ Monitoree electrolitos séricos / informe alteraciones.
- ☐ Controle glicemia capilar si procede y mantenga al paciente normoglicémico.
- ☐ Valore resultados de hemoglobina, calcio y magnesio e informe alteraciones.
- ☐ Administre anticonvulsivantes, vasodilatadores antagonistas de calcio, sedantes, analgésicos según prescripción.
- ☐ Realice Balance Hídrico Estricto y mantenga en neutro o + -200cc c/ 24hrs.
- ☐ Reduzca los estímulos sensoriales y visuales, luz tenue y mantenga ambiente tranquilo, no radio, no TV.
- ☐ Valore la posibilidad de instalar CUP, SNG según condición del paciente.
- ☐ Supervise la operatividad del equipo de O2, PCR y coche de paro disponibles.
- ☐ Registre en notas de enfermería intervenciones y evolución del paciente.

EJECUCION

EVALUACION

Evaluar indicadores

Indicadores
evaluativos
NOC

NO

SI

Reevaluación

Continúa con los
cuidados de Enfermería



Algoritmo 6

RIESGO DE SANGRADO

F/R

Aumento del flujo de perfusión cerebral: Aneurisma

6. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC

- 6.1 ******Detección del riesgo:** 6.1.1 Identifica los posibles riesgos para su salud
6.1.2 Reconoce signos y síntomas que indican riesgos.
6.2 ******Control del riesgo:** 6.2.1 Reconoce factores de riesgo 6.2.2 Reconoce cambios en el estado de salud.
6.3 ***Respuesta a la medicación:** 6.3.1 Efectos terapéuticos esperados presentes
6.3.2 Mantenimiento de los niveles sanguíneos esperados.

Escala: * 1 Gravemente comprometido - 5 No comprometido

Escala: **** 1 Nunca demostrado - 5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES: NIC

- ☐ Identificación del riesgo
- ☐ Manejo de la medicación
- ☐ Vigilancia

ACTIVIDADES

- ☐ Realice valoración neurológica: Nivel de conciencia (EG), Patrón respiratorio, Pares craneales, Respuesta pupilar, Respuesta motora y sensitiva c /2hrs en pctes. inestables y c /6hrs en pctes. estables.
- ☐ Valore nivel de conciencia en Escala de RAMSAY si está en sedoanalgesia.
- ☐ Identifique e informe signos y síntomas de alarma de resangrado: cefalea intensa, deterioro del nivel de conciencia, convulsiones, rigidez de nuca, náuseas, alteración pupilar.
- ☐ Monitoree y valore signos vitales (P/A, PAM, FC, FR, T°) c /2hrs en pctes. inestables y c /6hrs en pctes. estables.
- ☐ Mantenga al paciente normotérmico: T° 36.5° C a 37° C temperatura axilar.
- ☐ Mantenga PAM entre 80 a 110mmHg.
- ☐ Mantenga al paciente en reposo absoluto y limite visitas.
- ☐ Concientice al paciente y familia de la importancia del reposo absoluto.
- ☐ Mantenga cabecera elevada a 30° (sin almohada).
- ☐ Reduzca los estímulos sensoriales y visuales (ambiente tranquilo, luz tenue, no ruidos fuertes: TV y radio).
- ☐ Evite maniobras de valsalva.
- ☐ Administre ablandadores de heces si procede.
- ☐ Evite estados de ansiedad en el paciente.
- ☐ Administre tratamiento ansiolítico según prescripción.
- ☐ Administre anticonvulsivantes según prescripción médica.
- ☐ Administre sedoanalgesia según prescripción médica y mantenga en Escala de RAMSAY 4.
- ☐ Valore la posibilidad de instalar CUP, SNG.
- ☐ Mantenga el equipo de O2 y PCR preparado.
- ☐ Registre en notas de enfermería intervenciones y evolución de paciente.

Evaluar indicadores

Indicadores
evaluativos
NOC

NO

Reevaluación

Continúa con los
cuidados de Enfermería





Algoritmo 7

RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO

F/R

Efectos secundarios con el tratamiento: diurético osmótico, vómito

7. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC

7.1 *Hidratación: 7.1.1 Función cognitiva 7.1.2 Diuresis 7.1.3 Membranas y mucosas húmedas 7.1.4** Sed 7.1.5 Orina oscura 7.1.6 Globos oculares hundidos débiles.

7.2 *Equilibrio hídrico: 7.2.1 Presión arterial 7.2.2 Pulsos periféricos 7.2.3 Entrada y salidas diarias equilibradas 7.2.4 Densidad específica urinaria 7.2.5 Electrolitos séricos 7.2.6** Confusión.

7.3 **Severidad de las náuseas y vómitos: 7.3.1 Frecuencia del vómito 7.3.2 Intensidad del vómito 7.3.3 Vómito a escopetazo.

Escala: * 1 Gravemente comprometido - 5 No comprometido

Escala: ** 1 Grave - 5 Ninguno

INTERVENCIONES: NIC

- ☐ Manejo de los vómitos
- ☐ Manejo de líquidos / electrolitos
- ☐ Monitorización de líquidos
- ☐ Vigilancia

ACTIVIDADES

- ☐ Identifique signos y síntomas de alarma de deshidratación (mucosas orales secas, somnolencia o cansancio, sed, disminución del gasto urinario).
- ☐ Valore resultados de electrolitos séricos e informe para su evaluación.
- ☐ Mantenga acceso EV permeable si procede.
- ☐ Suministre líquidos según prescripción si procede.
- ☐ Reponga líquidos y electrolitos según pérdidas vía EV en bomba de infusión si procede.
- ☐ Proporcione dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos específicos.
- ☐ Controle diuresis estricta cada turno.
- ☐ Realice balance hídrico estricto c /24 horas.
- ☐ Monitoree signos vitales P/A, FC, FR, PAM y T° cada turno.
- ☐ Observe color, cantidad y densidad específica de la orina no < 50 cc/hora ni > 200cc/hora.
- ☐ Reponga sales por vía oral y o SNG según indicación médica.
- ☐ Valore las características, frecuencia y cantidad de los vómitos.
- ☐ Identifique factores (medicación, procedimientos, síntomas de la enfermedad) que puedan causar o contribuir al vómito.
- ☐ Administre antieméticos según indicación médica y valore efecto terapéutico.
- ☐ Anote en registros de enfermería intervenciones y evolución del paciente.

Evaluar indicadores

Indicadores
evaluativos
NOC

NO

Reevaluación

Continúa con los
cuidados de Enfermería

SI



Algoritmo 8

RIESGO DE LESIÓN

F/R

Hipoxia tisular: descarga neuronal anormal

8. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC

8.1 ****Control de las convulsiones: 8.1.1 Describe los factores precipitantes de convulsiones 8.1.2 Utiliza la medicación según prescripción 8.1.3 Evita factores de riesgo / desencadenantes de las convulsiones 8.1.4 Obtiene atención médica inmediatamente si aumenta la frecuencia de las convulsiones.

8.2 **Severidad de la lesión física: 8.2.1 Deterioro cognitivo.

Escala: ** 1 Grave - 5 Ninguno

Escala: **** 1 Nunca demostrado - 5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES: NIC

- ☐ Precauciones contra las convulsiones
- ☐ Manejo de la medicación
- ☐ Vigilancia

ACTIVIDADES

- ☐ Acompañe al paciente durante las actividades fuera de la sala, si procede.
- ☐ Determine los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y / o protocolo.
- ☐ Compruebe el cumplimiento del tratamiento con medicamentos antiepilépticos.
- ☐ Observe los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- ☐ Controle los niveles de fármacos antiepilépticos si procede.
- ☐ Administre anticonvulsivantes indicados.
- ☐ Controle los niveles de fármacos antiepilépticos si procede.
- ☐ Asista inmediatamente al paciente en caso que presente crisis convulsiva según protocolo.
- ☐ Retire prótesis dental y cuerpos extraños y no coloque termómetros orales.
- ☐ Mantenga al paciente en cama con barandales.
- ☐ Mantenga balón de oxígeno / dispositivo de alto y bajo flujo de oxigenoterapia / sondas y equipo de aspiración a pie de cama.
- ☐ Administre tratamiento condicional indicado para parar crisis.
- ☐ Mantenga oxigenado al paciente durante crisis y hasta que se estabilice.
- ☐ Coloque al paciente en posición adecuada durante la crisis para evitar aspiración.
- ☐ Mantenga vías aéreas permeables y vigile patrón respiratorio.
- ☐ Canalice vía periférica si procede.
- ☐ Monitoree signos vitales, pulso oximetría hasta que paciente se estabilice y luego cada turno.
- ☐ Monitoree crisis y reporte características en hoja de monitoreo en H. C.
- ☐ Vigile / valore el estado neurológico periódicamente.
- ☐ Anote en registros de enfermería intervenciones y evolución de paciente.

Evaluar indicadores

Indicadores
evaluativos
NOC

NO

Continúa con los
cuidados de Enfermería



Algoritmo 9

RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

R/C

Restricción de actividad física, cambios en los patrones de alimentación habituales, tratamiento (anticonvulsivantes, opiáceos, bloqueantes de los canales de calcio)

9. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC

9.1 *Eliminación intestinal: 9.1.1 Patrón de eliminación 9.1.2 Control del movimiento intestinal 9.1.3 Color de las heces 9.1.4 Cantidad de heces en relación con la dieta.

9.2 *Función gastrointestinal: 9.2.1 Tolerancia alimenticia 9.2.2 Ruidos hidroaéreos 9.2.3 frecuencia de deposición 9.2.4 Nivel de actividad.

9.3 **Respuesta a la medicación: 9.3.1 Efectos adversos 9.3.2** Efectos terapéuticos esperados.

Escala: * 1 Gravemente comprometido - 5 No comprometido

Escala: ** 1 Grave - 5 Ninguno

INTERVENCIONES: NIC

- ☐ Manejo del estreñimiento / impactación
- ☐ Manejo de la medicación
- ☐ Manejo de líquidos
- ☐ Manejo de la nutrición

ACTIVIDADES

- ☐ Monitoree el estado neurológico del paciente cada turno.
- ☐ Infórmese del patrón evacuatorio del paciente.
- ☐ Identifique la aparición de signos de estreñimiento / impactación.
- ☐ Confirme evacuación intestinal incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color si procede.
- ☐ Confirme presencia de peristaltismo intestinal e informe aumento / disminución a médico responsable.
- ☐ Identifique los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que puedan ser causa de estreñimiento.
- ☐ Fomente el aumento de la ingesta de líquidos a menos que esté contraindicado.
- ☐ Evalúe la medicación para comprobar efectos gastrointestinales secundarios.
- ☐ Instruya al paciente y familia a que informe volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.
- ☐ Coordine con nutrición para la administración de dieta rica en fibra.
- ☐ Verifique que paciente ingiera dieta y líquidos prescritos.
- ☐ Administre ablandadores de heces si procede.
- ☐ Administre enema evacuante glicerinado 120cc a baja presión; a más de 03 días de no evacuar y valore el efecto.
- ☐ Registre a diario en hoja gráfica deposiciones.

Evaluar indicadores

Indicadores
evaluativos
NOC

NO

SI

Reevaluación

Continúa con los
cuidados de Enfermería

PLAN
EA
CI
ON

E
J
E
C
U
C
I
O
N

E
V
A
L
U
A
C
I
O
N



Algoritmo 10

PLANEACION

EJECUCION

EVALUACION

RIESGO DE INFECCIÓN

F/R

Reacción adversa a procedimientos invasivos (CVP, CVC, SNG, SF)

10. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES EVALUATIVOS: NOC

- 10.1 ****Control del riesgo: Proceso infeccioso: 10.1.1 Reconoce factores de riesgo
10.1.2 Reconoce cambios en el estado de salud.
10.2 ****Detección del riesgo: 10.2.1 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo
10.2.2 Identifica los posibles riesgos para su salud.
10.3 *Integridad tisular piel y membranas mucosas: 10.3.1 Temperatura de la piel
10.3.2 Integridad de la piel 10.3.3* Eritema 10.3.4 Induración 10.3.5 Lesiones de las membranas mucosas.

Escala: * 1 Gravemente comprometido - 5 No comprometido

Escala: ** 1 Grave - 5 Ninguno

Escala: **** 1 Nunca demostrado - 5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES: NIC

- ☐ Protección contra las infecciones
- ☐ Cuidados del catéter urinario
- ☐ Manejo de la medicación

ACTIVIDADES

- ☐ Proteja al paciente de infecciones sobre agregadas.
- ☐ Valore los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- ☐ Ponga en práctica los principios universales de bioseguridad.
- ☐ Enseñe el lavado de manos al personal, paciente y familia encargados del cuidado del paciente.
- ☐ Mantenga las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
- ☐ Lávese las manos antes y después de cada actividad de cuidado al paciente.
- ☐ Asigne lavatorio, chata y urinario exclusivo para uso de pcte.
- ☐ Garantice una manipulación aséptica de todas las líneas invasivas por el equipo de salud.
- ☐ Garantice una manipulación aséptica de todas las líneas invasivas durante la curación interdiaria de CVC.
- ☐ Realice cambio de vía periférica, líneas invasivas y equipos cada 3 días.
- ☐ Cambie SNG cada 7 días y verifique que esté en vía digestiva.
- ☐ Cambie CUP cada 7 días, mantenga fijado y a circuito cerrado.
- ☐ Anote en formato de monitoreo de procedimientos de invasivos la fecha de instalación, de cambio y registre firma.
- ☐ Monitoree signos vitales en especial temperatura c/ turno.
- ☐ Administre antibióticos según prescripción médica.
- ☐ Mantenga al paciente en buen estado de higiene personal.
- ☐ Registre en notas de enfermería intervenciones y evolución de paciente.

Evaluar indicadores

Indicadores
evaluativos
NOC

NO

Reevaluación

SI

Continúa con los
cuidados de Enfermería





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Rocca U, Rosell A, Dávila A. Aneurismas cerebrales - Revista de Neuropsiquiatría del Perú. Tomo 64. N° 4. Diciembre 2001
- (2) Hemorragia subaracnoidea - Wikipedia, la enciclopedia libre
es.wikipedia.org/wiki/Hemorragia_subaracnoidea
- (3) Hemorragia subaracnoidea - National Library of Medicine
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000701.htm
- (4) Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery. 4th edit. Greenberg Graphics 1997. pp. 814-867.
- (5) Revista médica: Tratamiento Endovascular del Aneurisma Cerebral (Instituto Brazzini).
- (6) Revista de neurocirugía 2011 hospital Guillermo Almenara Irigoyen.
- (7) Según Oficina de Estadística del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
www.icn.minsa.gob.pe/
- (8) Aneurismas Cerebrales - Sisbib (UNMSM)
sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro...n4/aneurismas_cerebrales.htm.
- (9) Bromberg J, Rinkel G, Algra A et al. Outcome in familial subarachnoid
- (10) Las complicaciones del Aneurisma Cerebral.
www.meduy.com/es/530.htm
- (11) Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman. CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) Quinta edición. 2112 Elsevier – España
- (12) Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC) Quinta edición. 2012 Elsevier – España
- (13) Jhonson, M y Colaboradores. INTERRELACIONES NANDA NOC y NIC. Edic2°. Edit. Elsevier, España. 2007.
- (14) NANDA INTERNACIONAL (2009) Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. 2010 Elsevier – España.
- (15) Marion Johnson, Sue Moorhead, Gloria Bulechek, Howard Butcher, Meridean Maas, Elizabeth Swanson. VÍNCULOS DE NOC Y NIC A NANDA – I Y DIAGNÓSTICOS MÉDICOS. Tercera edición. 2012 Elsevier - España
- (16) Ley del Trabajo de la Enfermera (0), Ley N 27669
- (17) Norma Técnica de Compendio de Guías de Intervención de Enfermería en Emergencias y Desastres Resolución Ministerial 996 -2005/MINSA

