



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA**

TEMA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO MAYOR
CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA**

AUTOR

WILSON KEINER VILLAMAR VIZUETA

TUTOR

LICDA. AMADA GOMEZ PUENTE

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2023

DEDICATORIA

A mi familia, principalmente a mi madre quien me ha apoyado en las buenas y en las malas siempre dándome motivos para no rendirme en mi camino.

WILSON KEINER VILLAMAR VIZUETA

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a Dios a mi querida madre, a mi hermana, amigos y conocidos que de una u otra manera me apoyaron con su granito de arena y así cumplir con mis anheladas metas como lo es obtener mi título profesional.

WILSON KEINER VILLAMAR VIZUETA

ÍNDICE

RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCION	VIII
PLANTEAMIENTO DEL PORBLEMA	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	3
MARCO CONCEPTUAL.....	4
MARCO METODOLÓGICO.	11
RUSULTADOS.....	12
CONCLUSIONES	19
RECOMENDACIONES	19
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	20
ANEXOS.....	21

TABLA ÍNDICE

TABLA 1	HEMOGRAMA
TABLA 2	ETIOLOGIAS DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
TABLA 3	CLASIFICACION DE HUNT Y HESS
TABLA 4	ESCALA MUNDIAL DE NEUROCIRUGÍA

TÍTULO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO MAYOR
CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA**

RESUMEN

La hemorragia subaracnoidea es el sangrado entre la aracnoides y la piamadre. En general, el traumatismo de cráneo es la causa más frecuente de hemorragia subaracnoidea, pero la hemorragia subaracnoidea traumática suele considerarse una entidad separada. En el mundo la incidencia de la hemorragia subaracnoidea es constante y se estima que aproximadamente 10 de cada 100 000 habitantes/año padecen esta patología neurológica, además se ha brindado un estimado cercano a los 100 casos de hemorragia subaracnoidea por año en Ecuador.

Se aplicó un proceso de atención de enfermería en un paciente de sexo femenino con cuadro sintomatológico común de la enfermedad a través del examen físico se determinó su sintomatología caracterizada por cefalea holocraneana de aparición espontánea, sin irradiación, polaquiuria, disuria, además por medio del modelo de Marjory Gordon se identificaron los patrones alterados los cuales permitieron identificar las necesidades en salud del paciente.

Para la realización de los diagnósticos, intervenciones y resultados se aplicó las taxonomías NANDA, NIC Y NOC, los cuales permitieron mejorar los cuidados y mejorar la calidad de vida del paciente durante su estancia hospitalaria.

Palabras claves: Proceso de atención de enfermería, diabetes hemorragia subaracnoidea, Marjory Gordon, patrones funcionales

ABSTRACT

Subarachnoid hemorrhage is bleeding between the arachnoid mater and the pia mater. In general, head trauma is the most common cause of subarachnoid hemorrhage, but traumatic subarachnoid hemorrhage is often considered a separate entity. In the world the incidence of subarachnoid hemorrhage is constant and it is estimated that approximately 10 out of every 100,000 inhabitants/year suffer from this neurological pathology, in addition an estimate of close to 100 cases of subarachnoid hemorrhage per year in Ecuador has been provided.

A nursing care process was applied to a female patient with a common symptomatic picture of the disease through the physical examination, its symptoms characterized by holocranial headache of spontaneous appearance, without irradiation, were also identified by means of the Marjory Gordon model. the altered patterns which allowed to identify the health needs of the patient.

To carry out the diagnoses, interventions and results, the NANDA, NIC and NOC taxonomies were applied, which allowed to improve care and improve the quality of life of the patient during his hospital stay.

Keywords: Nursing care process, diabetes, subarachnoid hemorrhage, Marjory Gordon, functional patterns

INTRODUCCIÓN

La hemorragia subaracnoidea es una enfermedad cerebro vascular que se produce por el sangrado en el espacio subaracnoideo causado por la aparición de un trauma o de forma espontánea como la ruptura de una aneurisma, esto a su vez genera una cefalea intensa y de origen repentino (Valverde, 2018).

Según (Nuñez, 2018) “La hemorragia subaracnoidea es la salida de líquido sanguinolento al espacio subaracnoideo, donde en condiciones normales circula el líquido cefalorraquídeo” (pág.1).

Las patologías cerebrovasculares son las más temidas debido a su elevado nivel de mortalidad, impacto económico e ictus isquémicos, las hemorragias subaracnoideas pertenecen al 5% de las causas por muertes cerebrales, esta cifra ha incrementado en la última década, con 9 casos por cada 100.000 habitantes/año (Villancos et al, 2018).

En el mundo de 6 a 10 personas por cada 100.000 habitantes por año sufren de esta enfermedad, si bien esta cifra puede variar dependiendo su fuente como en cifras de 20 por cada 100.000 habitantes por año y las edades más frecuentes de presentación oscila entre los 40 a 55 años, incrementando la incidencia en el sexo femenino (Hoyos & Moscote, 2019).

A continuación, se detalla un estudio de caso clínico el cual se desarrollará un proceso de atención de enfermería en un paciente femenino de 69 años con hemorragia subaracnoidea.

I. CONTEPTUALIZACIÓN

1. Planteamiento del problema

Datos generales.

Nombres y Apellidos: NN

Fecha de nacimiento: 04/06/1954

Nacionalidad: ecuatoriana

Provincia: Los Ríos

Sexo: Femenino

Raza: Mestizo

Estado civil: Viudo

Grupo sanguíneo: ORH +

Lugar de nacimiento: Ventanas – Los Ríos – Ecuador

Lugar de Residencia: San Vicente – Ventanas

Nivel sociocultural/económico: Medio – bajo

El estudio de caso presenta a paciente de 69 años con antecedentes patológicos personas de hipertensión arterial no controlada; ingresó por cuadro clínico de 15 días de evolución caracterizado por cefalea holocraneana de aparición espontánea, sin irradiación, valorado en magnitud de 9/10 en Escala visual analógica (Eva), polaquiuria y disuria, es atendida en centro de salud y posterior transferida al hospital less de la ciudad de Babahoyo donde se le realiza una tomografía computarizada evidenciando signos de una hemorragia subaracnoidea, a las 21:05 posterior a una angio-TAC, tomografía axilar computarizada (con aumento de volumen del sangrado), sufre desvanecimiento valorado en 10/15 en escala de Glasgow, es valorada por médico tratante quien indica ingreso a la unidad hospitalaria.

Antecedentes patológicos personales (APP)

Hipertensión

Antecedentes patológicos familiares

Hermana: hipertensión arterial; Hermano: Diabetes mellitus tipo II

Historial de alergias

No refiere

Transfusiones

No refiere

Examen físico

Signos vitales: Presión arterial de 160/90 milímetros de mercurio (mmhg), frecuencia cardíaca 68 latidos por minuto (Lpm), temperatura axilar de 36 grados, frecuencia respiratoria de 28 respiraciones por minuto (rpm), saturación de oxígeno al 90%, sin aporte de oxígeno.

Medidas antropométricas: Peso de 66 kilogramos, talla de 1.61 m, índice de masa corporal (IMC) 25.4.

Apariencia general: Normosómico, descansa en decúbito dorsal, somnolienta, desorientada en tiempo espacio y persona, taquipnea y afebril.

Cabeza: normo cefálica, paciente con cefalea holocraneana

Ojos: pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y acomodación.

Boca: mucosas orales húmedas, respuesta verbal desorientada.

Cuello: simétrico, cilíndrico, no adenopatía, no ingurgitación yugular

Tórax: simétrico, ruidos cardiacos conservados, campos pulmonares en murmullo vesicular, uso de músculos accesorios respiratorios, taquipnea.

Abdomen: depresible, suave, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Extremidades: no edemas, simétricas, miembros superiores asténicos.

Genitales: no cicatrices, no laceraciones, conservan su anatomía y funcionalidad

Estado neurológico: Somnolienta, desorientada en espacio, tiempo, lugar y persona, con apertura ocular espontánea, respuesta motora conservada, respuesta verbal desorientada y confusa con Glasgow 11/15.

Información de exámenes complementarios realizados

Tabla 1.

	<i>Resultados</i>	<i>Valor referencial</i>
Leucocitos	11.20	4.40 – 10
Hematocrito	35.1	38 - 48
Hemoglobina	11.4	12.6 – 16.4
Neutrófilos	73.3	2.0 – 8.0
Plaquetas	242	150 - 440
Glucosa	112.7	70 - 110
BUM	33.5	7 – 20
Creatinina	0.57	0.7 – 1.3

Nota. Fuente: Historia clínica.

Reporte Cito-químico de líquido cefalorraquídeo

Volumen total en 1.9 ml a tensión de aspecto amarillo – cetrino en densidad de 1.004 con recuento celular de células blancas 1.200/mm³, en porcentaje del 89%, segmentados al 9%, glucosa 80, proteínas en valor de 3.1 mg/dl

Reporte cultivo en líquido cefalorraquídeo

No bacteriemia; Bacilos acidorresistentes (BAAR) de líquido cefalorraquídeo: negativo

Formulación del diagnóstico presuntivo y definitivo

Diagnóstico diferencial

Migraña no especificada, hemorragia intracraneal no especificada.

Diagnóstico definitivo

Hemorragia subaracnoidea no traumática.

2. JUSTIFICACIÓN

La implementación del proceso de atención de enfermería (PAE) es una parte crítica y una guía importante que los profesionales de enfermería deben brindar en la atención a cada paciente, dicho proceso mejora las habilidades y los aspectos humanos, sabiendo esto se deduce que el PAE mejora la competencia profesional y laboral, también fortalece el conocimiento teórico, ya que existe una amplia probabilidad que los cuidados implementados en los pacientes con hemorragia subaracnoidea tengan éxito si se desarrollan de forma sistemática. El PAE es la base y pilar de la capacidad continua, centralizada exclusiva de la profesión de enfermería que ha ido evolucionado a lo largo del tiempo de tal manera que se ha vuelto más claro y comprensible. El personal de enfermería juega un rol muy importante en la recuperación de los pacientes con hemorragias subaracnoideas; porque incorpora los conocimientos adquiridos por medio del método científico para poder explicar, describir, predecir y formular intervenciones de enfermería y relacionarlas con las personas en sus contextos únicos del mundo para lograr su salud.

El estudio de caso elaborado en un paciente adulto mayor con hemorragia subaracnoidea posee relevancia desde el punto de vista asistencial porque indica como abordar desde la perspectiva de enfermería a estos pacientes, refiere que cuidados brindar para contribuir al mejoramiento de la salud y de esta forma contribuye a la reducción de la morbi-mortalidad, por otra parte, consta de referencias bibliográficas relevantes que ayudan a entender aspectos fundamentales del comportamiento de la enfermedad.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Aplicar un proceso de atención de enfermería en un adulto mayor con hemorragia subaracnoidea

Objetivos específicos

- Identificar los problemas de salud durante la realización de la anamnesis y el examen físico
- valorar los patrones funcionales afectados mediante el modelo holístico de la enfermera Marjory Gordon
- Formular diagnósticos de enfermería acorde a las alteraciones de salud identificadas y en correspondencia a las taxonomías NANDA, NOC Y NIC para la realización de los planes de cuidados.

4. Línea de investigación

- **Línea de investigación de la universidad técnica de Babahoyo**
Salud pública
- **Línea de investigación de la facultad ciencias de la salud**
Servicios en salud
- **Sub línea por área de investigación**
Investigación aplicada a pacientes, poblaciones y servicios

II. DESARROLLO

5. MARCO CONCEPTUAL

Lagares et al, (2018) menciona “La hemorragia subaracnoidea es extravasación de sangre en el espacio leptomeníngeo, la etiología más frecuente de la hemorragia subaracnoidea es la lesión craneal” (p. 93).

La hemorragia subaracnoidea es el sangrado entre la aracnoides y la piamadre. En general, el traumatismo de cráneo es la causa más frecuente de hemorragia subaracnoidea, pero la hemorragia subaracnoidea traumática suele considerarse una entidad separada (Chong, 2020).

Según (Nuñez, 2018) “La hemorragia subaracnoidea es la salida de líquido sanguinolento al espacio subaracnoideo, donde en condiciones normales circula el líquido cefalorraquídeo” (pág.1).

Epidemiología

Alrededor del mundo la incidencia de la hemorragia subaracnoidea es constante y se estima que aproximadamente 10 de cada 100 000 habitantes/año padecen esta patología neurológica, además se ha brindado un estimado cercano a los 100 casos de hemorragia subaracnoidea por año en Ecuador. A nivel internacional existen variaciones en diferentes regiones, por lo general la incidencia reportada es elevada en países como Estados Unidos de Norteamérica y en Japón. Por otra parte, en Nueva Zelanda, China, Qatar, India y en países del continente sudafricano su incidencia es baja. Este tipo de muerte cerebral es predominante en el sexo femenino de edad media, con una relación estimada en un 3:2 y un pico máximo de incidencia entre los 50 y 60 años de edad. Cuando este ictus aparece antes de la cuarta o después de la sexta década de vida es predominante en el género masculino. Es muy raro la presencia en infantes, además en un estudio epidemiológico se pudo observar que la incidencia de hemorragia subaracnoidea incrementa con la edad. En Norteamérica las personas de piel negra presentan un

riesgo del 2.1 de veces superior a las personas blancas (Rodriguez & Rodriguez, 2021).

La hemorragia subaracnoidea representa solamente el 2 al 5% de las muertes cerebrales, pero causa cerca del 26% de las defunciones por enfermedades neurológicas. Aproximadamente del 50 al 70% de los pacientes con hemorragia subaracnoidea fallecen dentro del primer mes. También el 20 al 25% de las defunciones se generan antes de llegar a los hospitales y en los pacientes hospitalizados el índice de mortalidad oscila el 40% dentro del primer mes. El riesgo por muerte súbita es elevado en los casos de las hemorragias subaracnoideas originadas aneurismas. Entre el 20 y el 30% de los pacientes que sobreviven a esta enfermedad, quedan con secuelas neurológicas y en estados de discapacidad neurológica, por ende, su calidad de vida se desploma y sugieren que menos de un tercio de los pacientes recuperan su ocupación y estilo de vida (Rodriguez & Rodriguez, 2021).

Etiología

Tabla 2.

Etiologías de la hemorragía subaracnoidea

Malformaciones vasculares: aneurismas cerebrales, arterioscleróticos, fusiformes, micóticos	Vasculopatías: angiopatía amiloide, disección de arteria cervicales y craneales, displasia fibromuscular, vasculitis, colagenopatías, enfermedad de Rendu – Olser- Weber
Malformaciones arteriovenosas: fístulas durales arteriovenosas, cavernomas, talangiectasias capilares, malformaciones vasculares espinales	Traumatismo craneoencefálico Discrasias sanguíneas: coagulopatías congénitas, adquiridas, coagulopatía intravascular diseminada, leucemia, trombocitopenia

Perimesencefálica e idiopáticas	Infecciones: sepsis, meningoencefalitis, endocarditis bacteriana, parásitos
Alteraciones hemodinámicas cerebrales: trombosis venosa cerebral, síndrome de moyo – moyo, síndrome de hiperperfusion, síndrome de encefalopatía posterior, síndrome de vasoconstricción cerebral, estenosis crítica carotídea, estenosis crítica de la arteria cerebral media, anemia de células falciformes	Tóxicos: drogas de abuso (cocaína, anfetamina) fármacos (fenilefrina, sildenafilo) Neoplasias cerebrales: gliomas, metástasis, apoplejía hipofisiaria, hemangioblastomas Intervenciones neuroquirúrgicas: cirugía craneal, cirugía espinal

Nota. Fuente: (Villancos et al, 2018).

Clasificación

La hemorragia subaracnoidea puede originarse de forma traumática y no traumática. La hemorragia subaracnoidea de origen traumático es la presentación más común y es causada por laceraciones en los vasos sanguíneos corticales que atraviesan el espacio subaracnoideo, pero estas también pueden resultar como contusiones con extravasación sanguínea. En cambio, la etiología más frecuente de una hemorragia subaracnoidea no traumática es generada por la ruptura de un vaso sanguíneo (aneurisma), esta suele ocurrir en el 26 al 85% de los casos (Rodríguez & Rodríguez, 2021).

Por otro lado, para clasificar las hemorragias subaracnoideas se emplea la escala de Hunt y Hess y el sistema de clasificación de la federación mundial de cirujanos neurólogos, la misma que permite identificar la existencia de una aneurisma y el grado de afección en la función motora

Tabla 3.

Clasificación de Hunt y Hess

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

Nota. Fuente: (Hoyos & Moscote, 2019)

Tabla 4.

Escala de fendaración mundial de neurocirujanos

Grado I	Glasgow 15/15 sin déficit motor
Grado II	Glasgow 13-14/15 sin déficit motor
Grado III	Glasgow 13-14/15 con déficit motor
Grado IV	Glasgow 7-12/15 con o sin déficit motor
Grado V	Glasgow 3-6/15 con o sin déficit motor

Nota. Fuente: (Hoyos & Moscote, 2019).

Manifestaciones clínicas

Las presentaciones de las hemorragias subaracnoideas aparecen como cefaleas súbitas, de intensa gravedad, a menudo al inicio del cuadro clínico puede generarse una pérdida transitoria de la conciencia y episodios de vómitos a repeticiones, la hemorragia puede comprometer el tejido cerebral subyacente y

ocasionar deficiencia neurológica focal. Puede aparecer parálisis de forma progresiva del tercer par craneal y casi siempre causa afección pupilar, en presentaciones drásticas las aneurismas pueden romperse causando fuga hacia el espacio subaracnoideo a esto se le conoce con el nombre de hemorragia centinela y su pronóstico empeora conforme empeora el grado (Kasper, Fauci, & Hauser, 2019).

Diagnóstico

El diagnóstico de la hemorragia subaracnoidea se resume en los estudios de neuro imagenes y síntomas clínicos, la cefalea es muy sugestiva en la hemorragia subaracnoidea y se puede ser confundida con las crisis migrañosas, por esto es importante siempre sospechar en cuyos casos una cefalea alcanza un pico máximo de dolor en menos de 60 segundos, además de asociar un grado de déficit neurológico persistente a pesar de tratamiento con analgésicos.

Por otro lado, en los estudios de neuro imagenes se puede considerar a la tomografía computarizada sin contraste, esta es la más empleada para el diagnóstico complementario ya que posee una sensibilidad del 100% durante las primeras 6 horas, si la tomografía computarizada se realiza dentro del primer día a la aparición de los síntomas, la imagen puede mostrar hiper densidad (considerando la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo) en el 90% de los casos, la tomografía axilar computarizada (TAC) con el pasar de las horas disminuye su eficacia, esto se debe a que la sangre en el espacio subaracnoideo se reabsorbe y si la tomografía sale positiva para hemorragia subaracnoidea se deberá realizar una angio tac (estudio vascular con contraste) documentando así el aneurisma, este mismo posee una sensibilidad del 97 a 98% y puede documentar aneurismas de 2 milímetros, dependiendo de su localización. Por otro lado, si la tomografía computarizada sin contraste resulta negativa y se tiene una gran sospecha ante una hemorragia subaracnoidea se deberá realizar una punción lumbar, si en la obtención de los resultados se evidencia la presencia de eritrocitos o xantocromía (líquido cefalorraquídeo amarillento o rojizo) para el diagnóstico de la hemorragia subaracnoidea se deberá realizar una angio tac.

El estudio por angiografía y resonancia magnética poseen una sensibilidad del 95% y es eficiente en el 85% de los casos para detectar sangrados, sin embargo, en la mayoría de hospitales no cuentan con la tecnología para emplear este medio diagnóstico. La resonancia magnética y el doppler transcraneal son empleados para valorar, prevenir y controlar los vasos espasmos, la tomografía computarizada sin contraste sigue siendo el medio gold estándar como estudio de imagen complementaria para diagnosticar la hemorragia subaracnoidea.

Prevención

Mantenimiento de la euvolemia

En pacientes con hemorragia subaracnoidea es ideal mantener un estado euvolemico adecuado con el fin de mantener el flujo sanguíneo cerebral, dado se ha evidenciado que muestra mejores resultados que en los casos de estados hipovolémicos e hipervolemicos. El manejo de la fluido terapia en este tipo de pacientes es complejo, sin embargo, se hace hincapié en su persecución, siendo esencial una adecuada evaluación clínica, implementando medidas de monitorización (a través de sonda Foley, y control hídrico estricto) para prevenir complicaciones es importante tener en cuenta que el requerimiento basal de los pacientes con hemorragia subaracnoidea oscila alrededor de los 40 ml/kg de suero fisiológico al 0,9% (Huidobro & Quintana, 2019).

Nimodipino

El nimodipino hasta la actualidad continúa siendo un fármaco que ha demostrado su utilidad en el tratamiento de la hemorragia subaracnoidea, esto se debe al efecto benéfico se atribuyó a una menor incidencia de estos eventos, es por esto que se le da el rol de fármaco “preventivo” (Huidobro & Quintana, 2019).

Corrección de factores de riesgo

La corrección de los factores de riesgo modificables como el tabaquismo y el alcohol es necesario ya que podrían multiplicar hasta cuatro veces la incidencia de

las hemorragias subaracnoideas, en pacientes con enfermedades crónicas no degenerativas como la hipertensión y la diabetes mellitus es necesario los controles habituales y tener en cuenta la medicación habitual (Huidobro & Quintana, 2019).

Tratamiento

El tratamiento de la hemorragia subaracnoidea tiene como objetivo mejorar las condiciones clínicas para abordar la exclusión circulatoria del aneurisma roto y en casos en donde no existe una causa aneurismática se pretende evadir la presencia de 2 complicaciones neurológicas; estas son el sangrado y el vaso espasmo respectivamente, si es que están llegando a aparecer. Por otro lado, también se deben emplear estrategias para corregir su sintomatología como la aparición de las cefaleas, crisis comiciales, edema cerebral y todo tipo de manifestaciones en índole sistémica, como las alteraciones electrolíticas (hiponatremia por síndrome de pérdida de sodio o también por una inadecuada secreción de la hormona antidiurética, además de la aparición de la hipertermia por diabetes insípida), complicaciones cardíacas (infarto agudo de miocardio y arritmias), complicaciones gastrointestinales (hemorragias de las vías digestivas), complicaciones respiratorias (edema pulmonar neurogénico, síndrome de dificultad respiratoria, tromboembolismo pulmonar) (Gilo et al, 2018).

Ante la sospecha de un cuadro clínico por hemorragia subaracnoidea, se debe derivar inmediatamente al paciente a un centro de atención especializada, para el abordaje y tratamiento. Toda persona con hemorragia subaracnoidea deberá ser atendido en hospitales que cuenten con servicios de unidad de cuidados críticos, neurología y neurocirugía, además de equipamientos con tomografía computarizada, angiografía digital, resonancia magnética (Gilo et al, 2018).

Es recomendable excluir de forma precoz la circulación del aneurisma a través de técnica endovascular y cirugía para evitar un nuevo episodio de sangrado y mejor abordaje de las complicaciones, un buen abordaje previene la aparición de las aneurismas dentro de las primeras 24 horas. Como medidas generales se debe emplear el reposo en cama a 30 grados, monitorización de los signos vitales, dieta

absoluta, administración de fluidos (evitar soluciones hiposmolares), administración de antieméticos y protección gástrica, analgesia (opioides, paracetamol, metamizol), uso de laxantes, profilaxis anticonvulsiva y si está considerada el tratamiento de la trombosis profunda (Gilo et al, 2018).

Resangrado

El resangrado es una complicación grave cuya mortalidad oscila entre el 50 al 70%, lo primordial en un paciente con hemorragia subaracnoidea es evitar el resangrado del aneurisma roto. El periodo que representa un mayor riesgo ocurre dentro de las primeras 24 horas posterior al primer episodio durante las siguientes dos semanas el riesgo de un resangrado disminuye al 15% y cumpliendo el mes del 0.5%, cuanto más precoz se realice el hallazgo del aneurisma y se trate, menor riesgo correrá el paciente, es importante mencionar los factores de riesgo dentro de la atención clínica los cuales son: demorar al ingreso e inicio del tratamiento con presión arterial sistólica superior a los 160 mmHg y compromiso neurológico, se recomienda emplear antihipertensivos de acción corta o media como el labetalol para este tipo de casos (Gilo et al, 2018).

Exclusión del aneurisma de la circulación cerebral

La exclusión de la aneurisma puede presentar gran utilidad a través de un tratamiento endovascular o bien, a través de cirugía. En la actualidad se considera como tratamiento de primera línea la terapia endovascular, siempre y cuando el aneurisma pueda abordarse mediante intervención endovascular, si no es el caso, se puede abordar a través de un clipaje del aneurisma o también combinando ambos tratamientos. En pacientes embolizados se debe realizar un control angiografico de forma periódica (6 meses, 12 y 24 años) para reembolizar en cuyos casos el cuello de la aneurisma se haya reaperturado (Gilo et al, 2018).

Reposo en cama

El reposo en cama como única medida es inferior que la cirugía para prevenir el resangrado además también es inferior al tratamiento antihipertensivo y ligadura

carotídea de los pacientes que completaron su tratamiento. En la actualidad el reposo en cama, es indispensable y se emplea en todos los protocolos de la hemorragia subaracnoidea, pero este debe combinarse con otras medidas terapéuticas, eficaces para la prevención del resangrado. El paciente debe encontrarse en una habitación tranquila, con restricción de visitas y con la cabecera de la cama a 30 grados para ayudar al drenaje venoso. Es importante restringir cualquier esfuerzo para evitar el aumento de la presión intracraneal (este es el tratamiento sintomático para la tos, los vómitos, las náuseas y del estreñimiento) (Gilo et al, 2018).

Tratamiento antihipertensivo

En un estudio observacional se vio un mayor porcentaje de resangrado en pacientes que no recibían antihipertensivo, en comparación con los pacientes que sí recibieron tratamiento antihipertensivo, esto señala que el resangrado puede tener una relación directa con cambios bruscos de la tensión, que en comparación con un valor específico. Se aconseja emplear analgesia precisa para el control de la cefalea, ya que la cefalea puede provocar agitaciones y con ello elevaciones bruscas de la presión arterial. Se puede administrar paracetamol o metamizol por vía oral o vía intravenosa y en el caso de que el paciente no respondiera al tratamiento farmacológico se puede emplear opiáceos, pero vigilando la presión arterial para evitar episodios agudos de hipotensión (Gilo et al, 2018).

Vasoespasmio

Para tratar el vasoespasmio es esencial excluirlo de la circulación lo más pronto posible del aneurisma, con el objetivo de evitar el riesgo de un resangrado. Tradicionalmente el abordaje se aborda acudiendo a la terapia de la triple H (hipervolemia, hipertensión y hemodilución) como tratamiento de primera línea en la terapia del vasoespasmio instaurado y sintomático, la eficacia este tratamiento no ha sido demostrado en los ensayos clínicos, por lo que impide su empleo de forma generalizada en pacientes con hemorragia subaracnoidea, más bien es considerada como una alternativa de tratamiento razonable (Gilo et al, 2018).

El objetivo ante una hemorragia subaracnoidea es evitar la hipovolemia, y restaurar el estado normovolemico mediante balance de líquidos neutro; forzar la

hipervolemia se asocia a sobrecarga cardíaca, edema agudo pulmón, entre otros. Además, el tratamiento de triple H tiene un pequeño riesgo de provocar el resangrado del aneurisma si este no está adecuadamente cerrado. Para producir normovolemia e hipervolemia se pueden utilizar bolos de solución salina con dosis de 15 ml/kg en 1 hora. Las soluciones coloides y las transfusiones sanguíneas, a diferencia de los cristaloides, se asocian a un peor pronóstico clínico en estos pacientes. Para inducir al aumento de la presión arterial se pueden utilizar vasopresores como la dobutamina o la dopamina; sin embargo, no se recomienda el uso de la vasopresina, por el riesgo de desencadenar pérdidas de sodio y por lo consiguiente, estado de hiponatremia. Si se presenta resistencia a cualquiera de las medidas mencionadas o el paciente presenta contraindicaciones para su acción (como el infarto cerebral, edema cerebral, hipertensión intracraneal, edema de pulmón, hemoglobina inferior a 10 mg/dl, cardiopatía isquémica), se deberá recurrir a la intervención neurovascular mediante la infusión de vasodilatadores locales como el verapamilo, nimodipino intraarterial o de forma directa con angioplastia (esta es más efectiva y duradera, pero conlleva un 5% de riesgo de rotura de la arteria) (Gilo et al, 2018).

Hidrocefalia

La hidrocefalia se manifiesta como un cuadro clínico que causa alteración del nivel de conciencia, para esto se puede recurrir a la colocación de un drenaje ventricular transitorio o una válvula de derivación ventrículo peritoneal o ventrículo auricular permanente. En ocasiones se recurre a punciones lumbares a repetición, de preferencia con el aneurisma ya tratado, para evitar el riesgo de resangrado. También con el aneurisma excluido de la circulación, se puede realizar fibrinólisis intra ventricular en casos de hidrocefalias resistentes con escaso drenaje debido al taponamiento del catéter por material sanguíneo (Gilo et al, 2018).

Crisis epilépticas

Un estudio que consistió en la comparación aleatoria del empleo de fenitoína y el empleo de leviteracetam se observó, los pacientes tratados con leviteracetam tienen la capacidad de prevenir la aparición de crisis epilépticas, estos pacientes presentaron un mejor pronóstico funcional, diferentes guías actualizadas refieren

que la profilaxis con anticomiciales se puede considerar durante el período post hemorrágico precoz (Gilo et al, 2018).

Actuación de enfermería en pacientes con hemorragia subaracnoidea

La actuación de personal de enfermería frente a esta urgencia neurológica está encaminada principalmente en suprimir el aumento de la presión intra craneal y en ocasiones esto resulta difícil, pero la prevención de este fenómeno es crucial para evitar lesiones resultantes en el cerebro. La detención de signos y síntomas de forma precoz es de vital importancia para evitar daños colaterales irreversibles (Toledano, 2018).

Monitorización de la presión intracraneal

El registro de la presión intracraneal es importante para detectar cambios en la función cerebral, la presión normal oscila entre los 5 a 15 mmHg en comparación a la presión atmosférica, el personal de enfermería puede controlar estos valores a través del catéter intra ventricular conectado al traductor y este a su vez al monitor, otra función del mismo equipo es la extracción de líquido cefalorraquídeo (Toledano, 2018).

Evaluación continua de la función neurológica

El enfermero deberá valorar la función neurológica a través de la escala de Glasgow, nivel de conciencia y respuesta ocular, cada quince minutos, esto dependerá de nivel de gravedad mediante la escala en la cual se está valorando. El objetivo de estos cuidados es hacer observaciones precisas, interpretarlas, registrarlas y comunicar con el equipo interdisciplinario (Toledano, 2018).

Vigilancia de los signos vitales

El enfermero deberá vigilar todas las constantes vitales y principalmente a la presión arterial y frecuencia cardiaca. Esto es debido a que las hemorragias subaracnoideas producen hipertensión intracraneal y esto a su vez isquemia del centro vasomotor, produciendo así una estimulación en las fibras vaso constrictoras y por lo tanto un aumento de la presión arterial sistólica. Por otro lado, el centro vaso motor estimula a las fibras para simpáticas y por ende en la clínica se determina como hipotensión.

Los cambios en la frecuencia cardíaca y la presión arterial son características clínicas en la aparición de hipertensión endocraneal aguda (Toledano, 2018).

En cuanto a la temperatura existen fallos de los mecanismos termorreguladores esto se traduce como la hipertermia y esto a su vez aumentaría el mecanismo cerebral una medida importante durante los cuidados es controlar la temperatura corporal y evitar complicaciones como la aparición de estados convulsivos (Toledano, 2018).

Vigilancia de la presencia de los vómitos o de hipo

La aparición de vómitos en proyectil puede indicar el aumento de la presión intracraneal. El hipo puede aparecer por la herniación del tronco cerebral pues este produce compresión del X par craneal (Toledano, 2018).

Posición

La cabecera de la cama deberá colocarse de 15 a 30°, colocando el cuello en posición intermedia, esto favorecerá el drenaje del líquido cefalorraquídeo y consigo la reducción de la presión intracraneal, habrá que mantener la cabeza alineada con el resto del cuerpo, se tendrá que emplear medidas de seguridad para evitar caídas (barandales elevados) y se deberá tomar todas las precauciones necesarias frente a la aparición de estados convulsivos (Toledano, 2018).

Mantener una vía aérea permeable y administrar oxígeno necesario

Aquellos pacientes que presentan disminución del nivel de conciencia, su estímulo autónomo - respiratorio suele disminuir, esto provoca la aparición de un estado hipo ventilatorio y como consecuencia la hipercapnia (aumento de PCO₂ por encima de los 45mmHg), esta hipercapnia provoca vasodilatación intra ventricular y por último el aumento de la presión intracraneal. Para evitar estas complicaciones el enfermero administrará oxigenoterapia a través de una cánula o mascarilla para mejorar la oxigenación cerebral. En diferentes ocasiones la ventilación mecánica puede estar indicada, logrando así descender la PCO₂ mejorando la presión intra craneal (Toledano, 2018).

Fluido terapia

Los compuestos que más se emplean son:

- Lactato de Ringer a razón de 40ml/Kg.

- solución salina hipertónica con dosis de 4ml/kg.

La mortalidad en pacientes con hemorragia por traumatismo craneal se duplica cuando coexiste hipotensión, por lo tanto, es fundamental que la fluido terapia se optimice en cada caso (Toledano, 2018).

Control glicémico

El personal de enfermería deberá controlar la glucemia periódicamente, para mantener la euglicemia ya que, la hiper e hipo glucemia pueden generar lesiones cerebrales. Los niveles de glicemia bajos provocan acidosis metabólica y este a su vez muerte cerebral, en cambio los niveles de glucemia altos ocasionan una disminución del pH, y este a su vez disminución de la perfusión celular (Toledano, 2018).

El estudio de caso presenta a un paciente de 69 años con antecedentes patológicos personas de hipertensión arterial no controlada; ingresó por cuadro clínico de 15 días de evolución caracterizado por cefalea holocraneana de aparición espontánea, sin irradiación, valorado en magnitud de 9/10 en escala de Eva, polaquiuria y disuria, es atendida en centro de salud y posterior transferida al hospital less de la ciudad de Babahoyo donde se le realiza una tomografía computarizada evidenciando signos de una hemorragia subaracnoidea, a las 21:05 posterior a una angio-tac (con aumento de volumen del sangrado), sufre desvanecimiento valorado en 10/15 en escala de Glasgow, es valorada por médico tratante quien indica ingreso a la unidad hospitalaria.

6. MARCO METODOLÓGICO

Metodología

El estudio comprende un tipo de metodología de carácter retrospectivo – descriptivo, porque efectúa una revisión sistemática del historial clínico y de los estudios imagenológicos, describiendo los hallazgos de mayor relevancia para la creación de planes terapéuticos y diagnósticos.

Valoración de enfermería por patrones funcionales según el modelo de Marjory Gordon

Patrón 1. Percepción de la Salud

Vive en una casa de construcción con cemento, de 3 habitaciones, cuenta con cocina de leña, cuenta con iluminación eléctrica, no cuenta con servicio de hacinamiento. antecedentes patológicos personales y familiares de hipertensión arterial.

Patrón 2. Nutricional / Metabólico

Paciente con peso de 66 kg, altura de 161 cm, índice de masa corporal de 25.48, sobrepeso, mucosas deshidratadas, conjuntivas pálidas, náuseas, vómitos no cuantificados.

Patrón 3. Eliminación

Presenta tenesmo vesical acompañado de disuria y polaquiuria

Patrón 4. Actividad / Ejercicio

Restricción al movimiento con reposo en cama por evolución de cuadro clínico.

Patrón 5. Sueño / Descanso

Descansa de 6 a 7 horas diarias, no refiere consumo de hipnóticos u ansiolíticos

Patrón 6. Cognitivo / Perceptivo

Presenta dolor holocraneano espontáneo, sin irradiación 9/10 en escala de Eva, además desvanecimiento valorado en 10/15 por Glasgow, demencia senil

Patrón 7. Autopercepción / auto concepto

No refiere.

Patrón 8. Rol / Relaciones

Vive con su esposo, con quien posee una buena relación desde hace años.

Patrón 9. Sexualidad / Reproducción

Inactiva sexualmente, sin antecedentes de infertilidad u problemas de su aparato reproductor

Patrón 10. Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

No posee antecedentes de lapsus – crisis nerviosa, niega consumo de anti psicóticos u psicotrópicas.

Patrón 11. Valores / Creencias

No refiere.

Patrones funcionales alterados

Patrón 6. Cognitivo / Perceptivo

Patrón 3. Eliminación/ intercambio

Patrón 2. Nutricional / Metabólico

NANDA: 00132

NOC: 1847

NIC: 1400

DOLOR AGUDO

00132

R/C: Agentes biológicos lesivos

E/P: Expresión facial y verbal de dolor

Dominio (V): Salud percibida

Clase (V): Sintomatología

Etiqueta: Nivel del dolor (2102)

Campo I: Fisiológico básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta 1400: Manejo del dolor

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Signos y síntomas del dolor		X		X	
Causas y factores del dolor		X			X
Nivel del dolor		X		X	

ACTIVIDADES

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización dolor, características, aparición/duración, frecuencia, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Adoptar posiciones que contribuyan al alivio del dolor
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes según corresponda
- Control de signos vitales antes durante y después de la administración de medicamentos
- Registrar las actividades realizadas en las notas de enfermería

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

NANDA: 00016

NOC: 0503

NIC: 0590

DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

00016

R/C: Deterioro sensorial motor alterado

E/P: disuria, polaquiuria.

M
E
T
A
S

Dominio (I): Salud fisiológica

Clase (F): Eliminación

Etiqueta: Eliminación urinaria (0503)

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo I: Fisiológico básico

Clase B: Control de la evacuación

Etiqueta 0590: Manejo de la eliminación urinaria

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Vacía la vejiga completamente			X		X
Dolor al orinar		X			X
Micción frecuente		X		X	
Retención urinaria			X		X

ACTIVIDADES

- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, olor, consistencia, olor, volumen y color según corresponda
- Observar si hay síntomas de retención urinaria
- Anotar la hora de la última eliminación urinaria
- Vaciar la vejiga mediante la colocación de un catéter urinario según corresponda
- Registrar la diuresis según corresponda

NANDA: 00027
 NOC: 0601
 NIC: 1570

DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS
 00027

R/C: Pérdida activa de volumen de líquidos

E/P: disminución de la turgencia de la piel, resequead de las mucosas

M
E
T
A
S

Dominio (II): Salud fisiológica

Clase (G): Líquidos y electrolitos

Etiqueta: Equilibrio hídrico (0601)

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Hidratación de piel cutánea			X		X
Humedad de membranas y mucosas		X			X
Disminución de la turgencia de la piel			X	X	

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo II: Fisiológico complejo

Clase E: Control de la perfusión tisular

Etiqueta 1570: Monitorización de líquidos

- ACTIVIDADES**
- Controlar las constantes vitales
 - Controlar el estado hidroelectrolítico mediante un balance hídrico
 - Colocar una vía endovenosa periférica de grueso calibre
 - Administrar soluciones cristaloides según corresponda
 - Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso y presión sanguínea)

Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Por medio del PAE, fue posible mejorar la atención brindada al paciente, así como identificar los cuidados para garantizar adecuadas intervenciones de enfermería para una rápida mejoría. Los patrones funcionales identificados como alterados se evaluaron por medio del modelo de Marjory Gordon.

Los patrones alterados fueron: Cognitivo / Perceptivo (por la presencia del dolor agudo)

Patrón eliminación/ intercambio (micción recurrente – polaquiuria)

Patrón nutricional / Metabólico (náuseas, vómitos, mucosas deshidratadas)

Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

Analgésicos

La administración de narcóticos, analgésicos permite valorar al paciente de forma continua el objetivo es inhibir la ciclo-oxigenasa y evitar a las prostaglandinas erradicando el dolor, es importante vigilar las constantes vitales principalmente ya que una sobredosificación con morfina puede provocar depleción respiratoria

Medidas de reposo físico

El uso de apoyo de la espalda elevada, elevación de cabecera de la cama son medidas de confort que permiten mejorar el estado vascular y permiten conseguir un mejor estado de la hemodinámica

- ✓ Control de signos vitales inmediatamente y subsecuentes cada hora
- ✓ Cateterización urinaria con sonda Foley – funda recolectora de orina capacidad de 2000 ml
- ✓ Canalización de vía endovenosa periférica con catéter número 18 G para la administración de medicamentos
- ✓ Balance hídrico y reportar el gasto urinario inicial y calcular de forma subsecuente cada hora
- ✓ Valoración del riesgo de caída a través de la escala de Morse
- ✓ Monitorización de la función neurológica (valorar Glasgow cada 2 horas)
- ✓ NPO

7. RESULTADOS

Seguimiento área de emergencia.

Paciente de sexo femenino de 69 años de edad con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial no controlada; ingresa por el área de emergencia general por presentar un cuadro clínico de 15 días de evolución caracterizado por cefalea holocraneana de aparición espontánea, sin irradiación, se valora cuadro de dolor y se obtiene puntuación de 9/10 en escala de Eva, agregado a esto polaquiuria y disuria, es referida desde un centro de salud a esta casa hospitalaria medico indica estudio por imagen, tomografía axilar computarizada (TAC) de cuyo reporte se obtiene signos de una hemorragia subaracnoidea, se confirma con estudio de angio-tac (con aumento de volumen del sangrado), a las 10:00 presenta desvanecimiento valorado en 10/15 en escala de Glasgow, médico tratante quien indica ingreso a la unidad hospitalaria.

Ingresar con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea en escala de Fisher III, se procede a brindar los siguientes cuidados:

- Nada por vía oral (NPO)
- Control de signos vitales cada 4 horas
- Control de escala de Glasgow cada 2 horas
- Cabecera 30°
- Oxígeno por cánula nasal a 2 litros por minuto.
- Administración de plan de hidratación con cloruro de sodio al 0.9 % 1000cc pasar intravenoso cada 12 horas, metoclopramida 10 mg intravenoso cada 8 horas, furosemida 20 mg iv si la presión arterial es mayor o igual a 160/110 milímetros de mercurio (mmHg).
- Cateterización urinaria con sonda vesical

A las 14:00 paciente recibe pase al área de medicina interna, e interconsulta con neurología.

Medicina interna

Paciente de sexo femenino de 69 años de edad es trasladado del área de emergencia por presentar cuadro clínico de 15 días de evolución caracterizado por cefalea holocraneana de aparición espontánea, sin irradiación, antecedentes patológicos personales (APP) hipertensión arterial, con soporte de oxígeno por cánula a 2 litros por minuto, sonda vesical funcional eliminando diuresis por medio de funda recolectora, se evidencia catéter periférico en extremidad superior izquierda pasando plan de hidratación a 42 mililitros por hora (ml/hr), se procede a brindar los siguientes cuidados:

- NPO
- Control de signos vitales cada 4 horas
- Control de escala de Glasgow cada 2 horas
- Cabecera 30°
- Oxígeno por cánula nasal a 2 litros por minuto.
- Administración de cloruro de sodio al 0.9 % 100 cc + 200 mg de tramadol pasar en 10 ml hr, omeprazol 40 mg cada 24 horas, metoclopramida 10 mg intravenoso cada 8 horas, furosemida 20 mg iv si la presión arterial es mayor o igual a 160/110 mmHg, betametasona 4 mg iv cada 8 horas, complejo B 10 ml intravenoso cada 12 horas.

A las 16:48 el reporte de angio TAC cerebral evidencia malformación arteriovenosa occipital izquierda de aproximadamente 5 cm con drenaje venoso profundo grado V. Neurocirugía indica resolución quirúrgica.

Paciente egresa de cirugía a las 02:00 al área de postoperatorio bajo efecto de sedoanalgesia, signos vitales estables su evolución es favorable y trasladado al área de hospitalización 24:00 horas posteriores a la resolución quirúrgica

En el área de hospitalización paciente recibe tratamiento farmacológico, evolucionando favorablemente no presenta complicaciones ni signos de infección postoperatorias ni focalidad neurológica, permaneció clínicamente estable

esperando indicaciones médicas; el servicio de neurología brinda ALTA 5 días posteriores a su hospitalización

8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La aplicación de técnicas como la anamnesis y el examen físico se logró obtener información relevante en el estudio de investigación, permitiendo la identificación de problemas en salud a su ingreso hospitalario tales como: cefalea holocraneana, dolor, polaquiuria, disuria, esto generó respuesta rápida de accionar por parte del personal de enfermería lo que permitió mitigar cada necesidad en salud.

Mediante el modelo de Marjory Gordon se detectaron patrones alterados durante el desarrollo del estudio tales como: nutricional metabólico (deshidratación y obesidad), eliminación e intercambio (tenemos vesical) y cognitivo perceptual (presencia de dolor agudo).

Las actuaciones acertadas del personal de enfermería suplieron las necesidades del paciente con hemorragia subaracnoidea durante el tiempo de hospitalización generando diagnósticos como: dolor agudo, deterioro de la eliminación urinaria y déficit de volumen de líquidos, que para las mismos fueron intervenidas mediante las siguientes acciones: manejo del dolor, manejo de la eliminación urinaria y manejo de líquidos; para obtener como resultados las siguientes puntuaciones en la escala de Likert: el nivel del dolor aumento un (+2), retención urinaria (+2) y el estado de la humedad de las membranas y mucosas un (+3)

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los problemas de salud detectados por medio del examen físico y anamnesis como la aparición de la cefalea holocraneana con EVA 9/10, el deterioro del nivel de la conciencia con Glasgow 10/15, la retención urinaria y deshidratación (vómitos) determinaron la dirección correcta para la priorización de los patrones funcionales.

Con respecto a los patrones funcionales afectados se identificaron: al patrón cognitivo / Perceptivo (por la presencia del dolor agudo), Patrón eliminación/ intercambio (micción recurrente – polaquiuria), Patrón nutricional / Metabólico (náuseas, vómitos, mucosas deshidratadas)

La realización de los diagnósticos, indicadores en escala de Likert e intervenciones de enfermería se realizaron a través de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC obteniendo los DX: dolor agudo, deterioro de la eliminación urinaria y déficit del volumen de líquido. Las intervenciones se centraron en: manejo del dolor, manejo de la eliminación urinaria, y monitorización de líquidos – balance/hidratación.

Recomendaciones

Las complicaciones neurológicas de origen quirúrgicas son las patologías con pronósticos devastadores se recomienda estar atento y actuar de forma urgente manteniendo el perfil multidisciplinario para reducir en lo posible el impacto de secuelas que esta enfermedad produce.

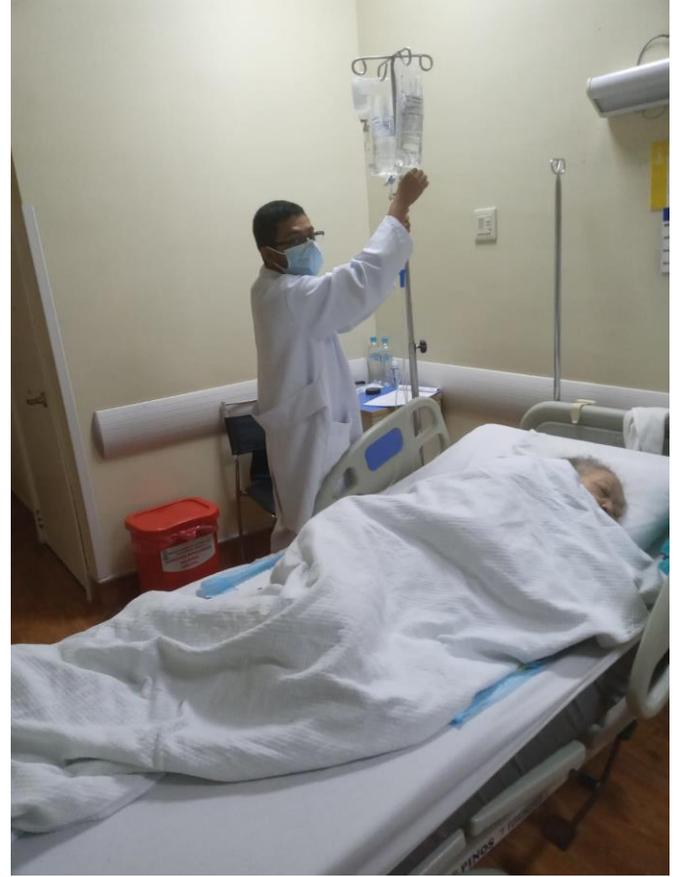
Al paciente y familiares involucrados se recomienda realizar controles de la presión arterial para evitar la aparición de déficit neurológico esporádicos o súbitos a futuro.

IV. REFERENCIAS Y ANEXOS

- Agora, A. (2016). Proceso de Atención de Enfermería. *Manual EIR*, 5-6. Obtenido de <http://agoracanarias.com/AgoraCanarias/wp-content/uploads/2015/11/5.-Manual-EIR-Proceso-de-Atenci%C3%B3n-de-Enfermer%C3%ADa-a-imprimir-2016.pdf>
- Barrero, C., & Piombo, A. (2017). *El paciente en la unidad coronaria*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana. Recuperado el 09 de 11 de 2022, de <https://books.google.com.ec/books?id=UjmcnauXHqUC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Brunner, A., & Suddarth, C. (2017). *Enfermería medicoquirúrgica* (14 ed., Vol. I). (B. Bare, Ed., C. Cervera, I. Sánchez , & E. Fraga, Trads.) Atlampa, México: Nueva editorial interamericana, S.A. Recuperado el 18 de 11 de 2022, de <https://www.berri.es/pdf/BRUNNER%20Y%20SUDDARTH%20ENFERMERIA%20MEDICOQUIRURGICA%E2%80%9A%202%20Vols./9788417370350>
- Chong, J. (17 de 04 de 2020). *Manual Merck*. Recuperado el 23 de 11 de 2022, de <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/accidente-cerebrovascular/hemorragia-subaracnoidea>
- Hoyos, J., & Moscote, L. (05 de 02 de 2019). Hemorragia subaracnoidea aneurismática. *Revista Mexicana de neurociencia* , 113. Recuperado el 22 de 11 de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2016/rmn161f.pdf>
- Huidobro, J., & Quintana, L. (2019). Guía clínica para el manejo de la hemorragia aneurismática - propuesta de actualización al Ministerio de Salud de Chil. *Revista Chilena de neurocirugía*, 165. Recuperado el 24 de 11 de 2022, de https://www.neurocirugiachile.org/pdfrevista/v43_n2_2017/huidobro_p156_v43n2_2017.pdf

- Kasper, D., Fauci, A., & Hauser, S. (2019). *Harrison manual de medicina* (19 ed.). (D. Kasper, A. Fauci, S. Hauser, D. Longo, J. Jamenson, J. Loscalzo, Edits., G. Rebatet, & J. Blengio, Trads.) Monterrey, Mexico: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V. Recuperado el 23 de 11 de 2022, de <https://drive.google.com/drive/folders/1rQuFhYPxh7QFHBe9tRXcnHZH-jl0iJzt>
- Mayo Clinic. (19 de Febrero de 2020). *Mayo Clinic Healthy Living*. Obtenido de MayoClinic.org: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/burns/symptoms-causes/syc-20370539>
- Rodriguez, P., & Rodriguez, D. (21 de 11 de 2021). Hemorragía subaracnoidea: epidemiología, etiología, fisiopatología y diagnóstico. *Revista Cubana de neurología y neurocirugía*, 73. Recuperado el 23 de 11 de 2022, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4790507.pdf>
- Toledano, R. (03 de 10 de 2018). ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA HIPERTENSIÓN CRANEAL. *Enfermería global*, 7(3), 15. Recuperado el 28 de 11 de 2022, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834750012>
- Valverde, M. (22 de 11 de 2018). Hemorragia subaracnoidea. *Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica LXXII*, 226. Recuperado el 22 de 11 de 2022, de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/619/art05.pdf>

ANEXOS





CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

WILSON.VILLAMAR.CASO.CLINICO.PARA.ANALISIS

4% Similitudes

1% Texto entre comillas
0% similitudes entre comillas
< 1% idioma no reconocido

Nombre del documento: WILSON.VILLAMAR.CASO.CLINICO.PARA.ANALISIS.docx
ID del documento: a0c4d925da616d1f49ecb2fe5c0d4e5b2badfca2
Tamaño del documento original: 418,36 kB

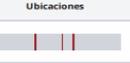
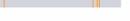
Depositante: GÓMEZ PUENTE AMADA VIRGINIA
Fecha de depósito: 26/9/2023
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 26/9/2023

Número de palabras: 6600
Número de caracteres: 45.016

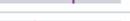
Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.elsevier.es Guía de actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea. Siste... 8 Fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (12 palabras)
2	dSPACE.utb.edu.ec Hemorragia subaracnoidea en paciente adulta 7 Fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (69 palabras)
3	dSPACE.utb.edu.ec Proceso de atención de enfermería en paciente femenino de ... 7 Fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (19 palabras)
4	www.recimundo.com Actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea 7 Fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (52 palabras)
5	CASO CLINICO MIRIAN CAJO(1).docx CASO CLINICO MIRIAN CAJO(1) #229546 El documento proviene de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (58 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	dSPACE.utb.edu.ec Preeclampsia severa en paciente con embarazo de 41.1 sema... 7 Fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (31 palabras)
2	dSPACE.uca.edu.ec Prehipertensión y factores asociados en el personal de 22 ... 7 Fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (19 palabras)
3	132.248.9.195 Complicaciones neurológicas fundamentales en pacientes con he... http://132.248.9.195/guest/189/usuario/776064/index.html	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)
4	www.jah-journal.com Abordaje diagnóstico y terapéutico de la hemorragia suba... 7 Fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (15 palabras)
5	repositorio.uta.edu.ec *Paciente con hemorragia subaracnoidea secundaria a m... 7 Fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)