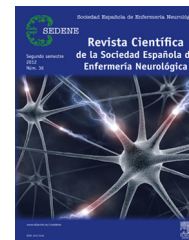


Enfermería Neurológica

www.elsevier.es/rcsedene



CASO CLÍNICO

Plan de cuidados de un paciente con encefalopatía anóxica

Alejandro Lendinez Mesa, Monica Casero Alcazar y Ana Sofia Fernandes Ribeiro*

Departamento de Enfermería, Fundación Instituto San José-Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Encefalopatía anóxica;
Enfermería;
Plan de cuidados;
Diagnósticos enfermeros

Resumen

Introducción/objetivo: La encefalopatía anóxica tras la parada cardiorrespiratoria (PCR) se produce por falta de aporte de oxígeno y nutrientes en el cerebro. El objetivo de este caso clínico es adaptar el plan de cuidados de enfermería a las necesidades del paciente.

Método: Se seleccionó a un paciente de una unidad de rehabilitación para ser incluido en el estudio. Se realizó un historial clínico para la recogida de datos demográficos/clínicos con consentimiento previo.

Resultados: Se trata de un varón de 60 años con diagnóstico de encefalopatía anóxica tras PCR con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipidemia e infarto agudo de miocardio. Se ha efectuado un plan de cuidados adaptado a sus necesidades con la taxonomía enfermera de la NANDA-NIC-NOC. Se identificaron los siguientes diagnósticos de enfermería: 00016 deterioro de la eliminación urinaria; 00014 incontinencia fecal; 00091 deterioro de la movilidad en cama; 00047 riesgo de deterioro de la integridad cutánea; 00102 déficit de autocuidado: alimentación; 00108 déficit de autocuidado: baño/higiene; 00109 déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento; 00103 deterioro de la deglución; 00039 riesgo de aspiración; 00051 deterioro de la comunicación verbal; 00031 limpieza ineficaz de las vías aéreas; 00032 patrón respiratorio ineficaz; 00092 intolerancia a la actividad; 00155 riesgo de caída; 00090 deterioro de la habilidad para la traslación.

Conclusiones: Consideramos importante conocer desde el punto de vista enfermero cuáles son los cuidados especiales que precisa este tipo de pacientes.

© 2013 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Anoxic encephalopathy;
Nursing;
Care plan;
Nursing diagnoses

Care plan for a patient with anoxic encephalopathy

Abstract

Introduction/objective: Anoxic encephalopathy after cardiac-respiratory arrest is caused by lack of oxygen and nutrient supply to the brain. The aim of this case report is to adapt the nursing care plan to the needs of the patient.

Method: A patient was selected by means of intentional sampling. This patient was admitted to the brain injury unit for rehabilitation. With the consent of the patient's tutor, the medical records were used to collect demographic and clinical data.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asfribeiro@gmail.com (A.S. Fernandes Ribeiro).

Results: The patient was a 60 year-old male, diagnosed with anoxic encephalopathy after cardiorespiratory arrest. He had a history of arterial hypertension, dyslipidemia, and acute myocardial infarction. A care plan was prepared for this patient based on the NANDA-NIC-NOC diagnostic taxonomy. The following nursing diagnoses were identified: 00016 Impaired urinary elimination; 00014 Fecal incontinence; 00091 Impaired bed mobility; 00047 Risk for impaired skin integrity; 00102 Self-care deficit: feeding; 00108 Self-care deficit bathing/Hygiene; 00109 Self-care deficit: Dress/grooming; 00110 Self-Care deficit: toileting; 00103 Impaired swallowing; 00039 Risk of respiratory aspiration; 00051 impaired verbal communication; 00031 Ineffective cleaning of the airways; 00032 Ineffective breathing pattern; 00092 Activity intolerance; 00155 Fall hazards; 00090 Impairment on the ability for the mobility.

Conclusions: It is important, from a nursing point of view, to know what special care that these patients required.

© 2013 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La encefalopatía anóxica tras parada cardiorrespiratoria (PCR) se produce por la falta de oxígeno y nutrientes al cerebro por un determinado periodo de tiempo. La mayoría de estos casos aparecen tras la realización de maniobras de resucitación cardiopulmonar¹. Se ha visto que tras una PCR solo un 1,4% de los supervivientes no presentan ningún tipo de secuela neurológica². Sin embargo, se estima que el 64% de los individuos reanimados tras una PCR sufren alteraciones neurológicas³.

Las células cerebrales son altamente sensibles a la falta de oxígeno, algunas mueren ante la falta de este en menos de 5 min dando lugar a una hipoxia cerebral que puede causar la muerte o daño cerebral grave reversible o irreversible⁴. El pronóstico depende del grado de lesión y del tiempo que haya estado el cerebro sin aporte de oxígeno. Si el periodo de tiempo fue breve el pronóstico del daño cerebral será «reversible»⁵. Las principales complicaciones de la encefalopatía anóxica van desde que el paciente sufra un estado vegetativo permanente donde conserva funciones vitales (como respirar, ciclo de vigilia-sueño), hasta la aparición de úlceras por presión, infecciones respiratorias y desnutrición. Muchos de estos pacientes tras la encefalopatía anóxica presentan movimientos anormales como fasciculaciones o espasmos, y en algunos casos pueden aparecer hasta crisis epilépticas⁶.

Metodología/caso clínico

Se seleccionó a un paciente mediante la técnica de muestreo intencional ingresado en 2012 para rehabilitación en la unidad de daño cerebral rehabilitable de un centro socio-sanitario. Se analizó su historia clínica para la recogida de datos demográficos/clínicos con consentimiento previo del tutor del paciente.

Descripción del caso

Varón de 60 años de nacionalidad ucraniana, derivado a la unidad de daño cerebral rehabilitable del centro sanitario de media-larga estancia con diagnóstico principal

de encefalopatía anóxica (encefalopatía difusa de grado moderado-importante) secundaria a parada cardiorrespiratoria de unos 15 min. Con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipidemia e infarto agudo de miocardio en 2011. No tenía reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Al ingreso presenta constantes vitales dentro de los límites normales: tensión arterial 110/60 mmHg; frecuencia cardiaca 68 lpm; saturación de oxígeno 100% con oxigenoterapia.

Se efectuó valoración de enfermería al ingreso, basada en el modelo de Virginia Henderson⁷.

- Necesidad de oxigenación:
 - o Presenta traqueostomía con cánula de plata del número 6.
 - o Porta oxigenoterapia continua a 12 l/min por mascarilla de alto flujo con dispositivo Venturi especial para traqueostomía.
- Necesidad de alimentarse/hidratarse:
 - o Portador de SNG de silicona 14 Fr.
 - o Presenta disfagia orofaríngea, con tolerancia de dieta túrmix de consistencia *pudding*, sin realizar Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) desde su hospital de referencia.
 - o Ingesta hídrica con espesante, consistencia *pudding*.
 - o Dependiente total para esta actividad.
- Necesidad de eliminación:
 - o Incontinente doble, precisa pañal.
 - o Al ingreso presenta deposiciones diarreicas.
- Necesidad de movimiento y postura:
 - o Vida cama-sillón.
 - o No es colaborador en las transferencias.
 - o Índice de Barthel: 0 «dependiente total».
- Necesidad de dormir/descansar:
 - o No presenta alteración de este patrón.
 - o No tratamiento farmacológico para la conciliación del sueño.
- Necesidad de vestirse/desvestirse:
 - o Dependiente para esta actividad.
- Necesidad de termorregulación:
 - o Sin alteración.
- Necesidad de higiene:
 - o Dependiente para esta actividad.

Tabla 1 Plan de cuidados según la taxonomía diagnóstica NANDA-NIC-NOC

NANDA	NOC	NIC
00016 Deterioro de la eliminación urinaria R/C-deterioro sensitivo motor M/P-incontinencia Problema de independencia	0503 Eliminación urinaria	0590 Manejo de la eliminación urinaria
00014 Incontinencia fecal R/C-inmovilidad M/P-incapacidad para reconocer la urgencia de defecar. Problema de independencia	0501 Eliminación intestinal	0410 Cuidados de la incontinencia intestinal
00091 Deterioro de la movilidad en cama R/C-deterioro del estado físico M/P-deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama Problema de independencia	0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológica 0212 Movimiento coordinado	0740 Cuidados del paciente encamado 1806 Ayuda en el autocuidado: transferencias
00047 Riesgo-deterioro de la integridad cutánea R/C-factores mecánicos Problema de independencia	1101 Integridad tisular: piel y membranas	0740 Cuidado del paciente encamado 3590 vigilancia de la piel. 3540 Prevención de UPP
00102 Déficit de autocuidado: alimentación R/C-deterioro neuromuscular M/P-incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca Problema de autonomía	1010 Autocuidado: alimentación	1056 Nutrición enteral por SNG. 1860 terapia de la deglución
00108 Déficit de autocuidado baño/higiene R/C-deterioro neuromuscular M/P-incapacidad para acceder al cuarto de baño Problema de autonomía	0301 Autocuidado: baño	1801 Ayuda en el autocuidado: baño/higiene 1610 baño
00109 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento R/C-deterioro neuromuscular M/P-incapacidad para ponerse/quitar la ropa Problema de autonomía	0302 Autocuidado: vestir	1802 Ayuda en el autocuidado: vestir/arreglo personal 1630 vestir
00103 Deterioro de la deglución R/C-deterioro neuromuscular M/P-tos Problema de colaboración	1918 Prevención de aspiración 1010 Estado de la deglución	1056 Alimentación enteral por sonda
00039 Riesgo de aspiración R/C-factores mecánicos Problema de independencia	1010 Estado de deglución 0403 Estado respiratorio: ventilación	1056 Nutrición enteral por sonda 3140 Manejo de las vías aéreas 1710 Mantenimiento de la salud bucal 5520 Facilitar el aprendizaje
00051 Deterioro de la comunicación verbal R/C-alteraciones del sistema nervioso central M/P-dificultad para comprender los pensamientos verbalmente Problema de colaboración	0903 Comunicación: expresiva	
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C-vía aérea artificial M/P-excesiva cantidad de esputo Problema de independencia	0410 Estado respiratorio: permeabilidad de la vía aérea	3180 Manejo de la vía aérea artificial 3160 Aspiración de las vías aéreas
00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C-disfunción neuromuscular M/P-disnea Problema de independencia	0403 Estado respiratorio: ventilación 0802 Signos vitales	3350 Monitorización respiratoria

Tabla 1 (continuación)

NANDA	NOC	NIC
0092 Intolerancia a la actividad R/C-inmovilidad M/P-imposibilidad anormal en la respuesta a la actividad Problema de colaboración	0005 Tolerancia a la actividad	0180 Manejo de la energía. 6680 Monitorización de signos vitales
00155 Riesgo de caída R/C-Disminución del estado mental Problema de colaboración	1909 Conducta de prevención de caídas	6490 Prevención de caídas
00090 Deterioro de la habilidad para la traslación R/C-deterioro neuromuscular M/P-incapacidad para trasladarse de la cama a la silla Problema de colaboración	0210 Realización de la transferencia	1806 Ayuda en el autocuidado: transferencias

Fuente: Johnson⁸.

- Índice de Braden-Bergstrom: 10 «alto riesgo de sufrir úlcera por presión»;
- Presenta eritema en la zona púbica, relacionado con la presión y la presencia de deposiciones diarreicas.
- Necesidad de seguridad:
 - Porta contención mecánica en cama (contención abdominal y de miembros superiores) por riesgo de retirada de SNG y de caída.
 - Portador de catéter venoso central (subclavia derecha); acudirá a su hospital de referencia el día 30 de marzo de 2012 para valorar su retirada.
- Necesidad de comunicación:
 - Consciente y alerta al ingreso, *Glasgow Coma Scale (GCS)*:11.
 - Presenta afasia, junto con problemas de origen lingüístico, al ser de nacionalidad ucraniana; responde a nombre, nomina, comprende parcialmente, no repite. Obedece a órdenes sencillas de forma fluctuante.
 - Casado, tiene una hermana que colabora en los cuidados, recibe visitas de amigos.
- Necesidad de creencias/valores:
 - No manifiesta creencias religiosas ni espirituales.

Tabla 2 Evolución del paciente desde el ingreso hasta el alta

Diagnóstico de enfermería inicial	Criterios de resultado NOC al ingreso	Evolución de criterios de resultado NOC al alta
00032 Patrón respiratorio ineficaz	0403 Estado respiratorio: ventilación (portador de cánula de traqueostomía). Indicador: movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas, Likert 2	0403 Estado respiratorio: ventilación (cierre de traqueostoma). Indicador: movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas, Likert 5
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas		
00103 Deterioro de la deglución	1010 Estado de deglución. Indicador: capacidad de masticación, Likert 1 (nutrición enteral por SNG y MECV-V. Disfagia a líquidos consistencia néctar a volúmenes bajos)	1010 Estado de deglución. Indicador: capacidad de masticación, Likert 5 (retirada SNG y MECV-V. Tolerancia vía oral a todas consistencias y volúmenes)
00102 Déficit de autocuidado: alimentación	1010 Autocuidado: alimentación. Indicador: come, Likert 1	1010 Autocuidado: alimentación. Indicador: come, Likert 4
00092 Intolerancia a la actividad	0005 Tolerancia a la actividad. Indicador: esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad, Likert 1	0005 Tolerancia a la actividad. Indicador: esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad, Likert 4
00091 Deterioro de la movilidad en cama	0212 Movimiento coordinado. Indicador: control del movimiento. Likert 1	0212 Movimiento coordinado. Indicador: control del movimiento. Likert 3
00109 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento	0302 Autocuidado: vestir. Indicador: se viste, Likert 1	0302 Autocuidado: vestir. Indicador: se viste, Likert 3

- Necesidad de trabajar/realizarse:
 - o Trabajaba en la construcción.
- Necesidad de ocio/necesidad de aprender:
 - o Imposibilidad para valorar estas necesidades.

Resultados

Mediante la lectura de la historia clínica del paciente, y a partir de la anamnesis, se elaboró un plan de cuidados de enfermería inicial en función de los problemas identificados usando las taxonomías NANDA, NIC y NOC⁸ (tabla 1). Tras la valoración continuada del paciente y en función de su evolución, se individualizó el plan de cuidados de enfermería de acuerdo con las necesidades que se iban presentando.

El paciente fue dado de alta al domicilio con su esposa tras 6 meses de hospitalización. Al alta los criterios de resultado evolucionaron positivamente. Analizando la evolución de diagnósticos de enfermería (DdE) como: «(00032) patrón respiratorio ineficaz» y «(00031) limpieza ineficaz de las vías aéreas» desde el ingreso hasta el momento actual (6 meses) se lograron controlar las secreciones respiratorias y retirar la cánula de traqueostomía, con lo cual se resuelven estos DdE. En el DdE «(00103) deterioro de la deglución» el paciente presentó una evolución satisfactoria, tras la retirada de la cánula de traqueostomía se consiguió la retirada de la SNG y la correcta tolerancia por vía oral a todas las consistencias y volúmenes, controlada por el MECV-V, de forma que estos DdE se resolvieron. En función del DdE «(00092) intolerancia a la actividad» el resultado del índice de Barthel continúa siendo dependiente total (25), con una ligera evolución, mejorando en algunas actividades como en la alimentación (ayuda parcial), en las transferencias (mínima ayuda) y en el aseo/vestido (ayuda parcial), por lo tanto mejorando en los DdE «(00102) déficit de autocuidados: alimentación», «(00108) déficit de autocuidado: baño/higiene» y en «(00109) déficit de autocuidados: vestido/acicalamiento» y gracias a la leve mejoría funcional también se ha visto disminuido el riesgo de padecer UPP, valorado por la escala de Braden-Bergstrom, manteniendo el DdE de «(00047) riesgo de deterioro de la integridad cutánea» (tabla 2)⁸.

Conclusiones

El presente caso clínico fue diseñado para adaptar un plan de cuidados de enfermería a las necesidades de un paciente con encefalopatía anóxica secundaria a parada cardiorrespiratoria ingresado en una unidad de daño cerebral rehabilitable. El plan de cuidados de enfermería elaborado en función de los problemas identificados usando las taxonomías NANDA, NIC y NOC nos ha permitido individualizar los cuidados enfermeros y valorar unos resultados medibles, proporcionando una valoración continua de la evolución de los DdE

activados inicialmente. Además, el conocimiento adquirido sobre el proceso fisiopatológico de la encefalopatía postanóxica favoreció a la identificación de las necesidades reales y contribuyó para prestar unos cuidados enfermeros de calidad e individualizados al paciente atendido.

Con el presente trabajo podemos justificar la importancia del lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC en el sistema informático de trayectorias clínicas (herramienta de gestión de cuidados enfermeros proporcionado por nuestro centro), que nos permite organizar metodológicamente el trabajo enfermero, facilitando el registro y mejorando la calidad asistencial de los profesionales de enfermería, constituyendo, por lo tanto, un programa imprescindible para la práctica clínica habitual, una vez que contribuye a una mejor coordinación entre los distintos profesionales, y así a una mayor continuidad de los cuidados enfermeros proporcionados al paciente y a la familia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todo el personal de enfermería de la Unidad de Daño Cerebral Rehabilitable (S. Rafael) de la Fundación Instituto San José de Madrid, sin cuya colaboración la realización de este trabajo no hubiera sido posible.

Bibliografía

1. Coloma-Canella I, García-Castrillo L. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en resucitación cardiopulmonar. *Rev Esp Cardiol*. 1999;52.
2. Gener J, Moreno J, Mesalles E, Rodríguez N. Supervivencia inmediata y al año de la reanimación cardiopulmonar en una unidad de Cuidados Intensivos. *Med Clin Barcelona*. 1989;93:995-8.
3. Ewy GA, Kern KB, Sanders AB, Newburn D, Valenzuela TD, Clark L, et al. Cardiocerebral resuscitation for cardiac arrest. *Am J Med*. 2006;119:6-9.
4. Eckstein M, Stratton SJ, Chan LS. Cardiac arrest resuscitation evaluation in Los Angeles: CARE-LA. *Ann Emerg Med*. 2005;45:504-9.
5. Elvira de la Morena MJ, Cruzado JA. Caregivers of patients with disorders of consciousness: coping and prolonged grief. *Acta Neurol Scand*. 2013;127:413-8.
6. Zivin JA. Approach to cerebrovascular diseases. En: Goldman L, Ausiello D, editores. *Cecil medicina*. 23rd ed Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007. Chap 430.
7. Gonzalez MJG. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 2.ª ed. México: Editorial Progreso; 2004.
8. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorehead S, et al, editores. *Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2.ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.