

CASO CLÍNICO: ABORDAJE ENFERMERO EN PACIENTE POST-PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Premio al mejor Caso Clínico de la AEEC y del Colegio Oficial de Enfermería de Huesca.

Autoras

Amat Vizcaíno A, López Gómez MM, Vargas Jiménez MS, López García J.

Enfermeras de la Unidad de Cardiología del Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Resumen

• **Introducción:** las situaciones de salud por las que pasan los individuos, más si éstas son graves, generan sentimientos de inseguridad en paciente/familia, y dificultan la organización familiar. Considerando que cada persona es única y el abordaje debe ser individualizado, presentamos un caso clínico que puede servir de guía. Se trata de un individuo de 48 años, fumador y con dislipemia como factores de riesgo, que sufre parada cardiorrespiratoria y se procede a su reanimación. Se realizó un abordaje enfermero integral de paciente y familia, ante una situación de deterioro neurológico tras RCP, detección de los problemas de autonomía y un importante diagnóstico enfermero: Riesgo de afrontamiento familiar comprometido.

• **Objetivos:** fomentar la autonomía del paciente. Participación activa de la familia en el plan de cuidados.

• **Material y método:** la metodología fue el proceso de atención enfermero: Valoración inicial según Gordon, diagnósticos NANDA, objetivos NOC e intervenciones NIC. Tras la detección de los diagnósticos anteriores se estableció el Plan de Cuidados individualizado.

• **Resultados:** se instauró un programa educativo con la cuidadora, se pactaron los cuidados que ésta debía proporcionar al paciente: adiestramiento para suplir los problemas de autonomía y vigilancia de complicaciones. Tras las intervenciones educativas, la cuidadora mostró conocer las acciones cuidadoras entrenadas, adquiriendo, tanto el paciente como ella misma un nivel de autonomía satisfactorio para su manejo en el domicilio.

• **Conclusiones:** un plan de cuidados personalizado y pactar con paciente-familia los objetivos, favorece la implicación de cuidadores, ayuda a superar las dificultades, aumentando su compromiso y satisfacción, y garantiza su consecución.

Palabras clave: Plan de cuidados, riesgo de afrontamiento familiar comprometido, cuidadora.

NURSING CARES IN PATIENT AFTER CARDIORESPIRATORY STOP

Abstract

• **Introduction:** The health situations patients go through, specially in serious cases, cause insecurity feelings in them and their families, and make the family's organization difficult. Considering that each person is unique and that each case must be individually tackled, the following clinical case will be illustrated to be used as a guide: a 48-years-old smoker patient with dislipemia as a risk factor, suffering from a cardiorespiratory stop. Resuscitation was carried out and the nursing staff proceeded to deal with both the patient and his family given the neurological situation worsened after and CPR, detection of autonomy problems and an important diagnosis: Delicate family confrontation risk.

• **Objetives:** To encourage the patient's self-autonomy. To involve the family actively in the care plan.

• **Material and method:** the methodology was the process of nursing attention: initial valuation according to Gordon, NANDA diagnosis, NOC objectives and NIC interventions. Once this diagnosis was stated, a personal care plan was designed.

• **Results:** An educational programme with the carer was established and the care treatment was set -a training to make up for autonomy problems and surveillance in case of complications. After the educational interventions, the carer proved that she knew the trained care actions and both the patient and the carer herself achieved a satisfactory autonomy level to manage at home.

• **Conclusions:** A personally-designed Care Plan an agreement with the patient and his family in terms of objectives helps carers to get involved and to overcome difficulties, thus increasing their commitment and satisfaction as well as ensuring the plan.

Key words: Care plan; delicate family confrontation risk; the carer.

Dirección para correspondencia:

Asunción Amat Vizcaino. Enfermera.
Unidad de Cardiología del Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. SAS.
Tfno: 659 848 139.
Correo electrónico: ari220971@hotmail.com

Introducción

Las situaciones de salud por las que pasan los individuos, más si éstas son graves, crónicas o incapacitantes, generan sentimientos de inseguridad en paciente/familia, y dificultan la organización familiar.

Considerando que cada persona es única y el abordaje debe ser individualizado, presentamos un caso clínico que puede servir de guía. Se trata de un individuo de 48 años, fumador y con dislipemia como factores de riesgo, que sufre parada cardiorrespiratoria, precisando reanimación. Se realizó un abordaje enfermero integral del paciente/familia ante una situación de deterioro neurológico tras RCP, detección de los problemas de autonomía y un importante diagnóstico enfermero: riesgo de afrontamiento familiar comprometido¹.

Enfocamos los objetivos al fomento de la autonomía del paciente, tanto durante la hospitalización como en el posterior paso al domicilio, asesorándole y adiestrándole a él y su familia en los cuidados enfermeros y el manejo de las posibles complicaciones que pudiera presentar.

También se buscó la participación activa de la familia en el plan de cuidados. El primer paso que hubo que realizar fue identificar al cuidador principal, que podríamos definir como aquella persona (familiar o amigo) sobre la que recae la máxima responsabilidad de los cuidados, no está remunerada por ello, el tiempo de dedicación no tiene límites establecidos y puede ser ayudada por otros cuidadores secundarios formales o informales.

"Diversos estudios muestran que los cuidadores principales, o el hecho de cuidar a una persona con enfermedad y/o discapacitada, supone cambios, que van desde cambios en sus vidas a nivel personal, familiar, laboral y social; hasta repercusiones negativas en su salud física y psicológica. Algunos autores hablan del síndrome del cuidador², como de una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de que el cuidador se convierta en un paciente y se produzca la claudicación familiar"³.

El impacto en la vida del cuidador principal puede pasar por situaciones de:

- Cambios a nivel familiar: los cuidadores manifiestan que se altera toda su vida familiar, conflictos familiares, afecta a las relaciones de pareja, alteración de las relaciones sexuales, aislamiento, pérdida del tiempo libre; problemas laborales como absentismo, problemas económicos por reducción de ingresos o aumento de gastos.

- Problemas psíquicos: ansiedad, depresión, irritabilidad.

- Llegando incluso con el tiempo a desarrollar problemas físicos: dolor articular, cefaleas, alteraciones del sueño, cansancio.

Presentación del Caso

Fernando, 48 años, casado y con 2 hijos, empresario con un cargo de alta responsabilidad. Ha sido un importante fumador activo hasta agosto de 2007, que presentó un episodio de dolor torácico con ingreso hospitalario. A partir de entonces, reduce a la mitad su hábito tabáquico. Dislipemia como otro factor de riesgo cardiovascular.

En octubre, sufre PCR en su lugar de trabajo. Es reanimado (RCP básica y avanzada) durante un periodo superior a 20 minutos y trasladado a este hospital donde ingresa en la unidad de cuidados intensivos. Su esposa, Paqui, es ama de casa y se dedica al cuidado de sus dos hijos de 24 y 16 años.

El paciente llega a nuestra Unidad consciente y orientado temporo-espacialmente, con preguntas repetitivas (Escala de Glasgow 14 puntos). Dos días después y coincidiendo con hipertermia, se deteriora de forma importante su nivel cognitivo.

Datos de la Valoración

Valoración inicial de enfermería según los Patrones Funcionales de Marjorie Gordon⁴:

1.- Patrón Percepción de Salud-Manejo de salud. Paciente parcialmente dependiente para el manejo de su salud. Previo al ingreso, autónomo.

2.- Patrón Nutricional-Metabólico. Dieta habitual con restricción de grasas y sal. Medidas antropométricas dentro de la normalidad. Al ingreso en planta dieta blanda triturada mediante batidora para facilitar la deglución tras extubación.

3.- Patrón Eliminación. Hábito intestinal diario. Durante su estancia en UCI no ha realizado deposiciones. Portador de sonda vesical, con orina clara y sin referir molestias.

4.- Patrón Actividad-Ejercicio. Vida activa que requería esfuerzo físico por su trabajo. Al ingreso tolera actividad moderada.

5.- Patrón Sueño-Descanso. Sueño poco reparador a causa del estrés laboral.

6.- Patrón Cognitivo-Perceptual. A su ingreso consciente y desorientado temporo-espacialmente. Reconoce al personal sanitario, familiares y allegados.

7.- Patrón Rol-Relaciones. Trabaja en su propia empresa. Casado y con 2 hijos. Muy dependiente de su esposa durante su ingreso.

8.- Patrón Autopercepción-Autoconcepto. Mantiene actitud colaboradora. Asimila y acepta la información suministrada.

9.- Patrón Sexualidad-Reproducción. Sexualmente activo.

10.- Patrón Adaptación-Tolerancia al estrés. Baja tolerancia al estrés.

11.- Patrón Valores-Creencias. Católico, no practicante.

Exploración física:

FC: 64 lpm **FR:** 16 rpm **Temperatura:** 36'5 °C **Pupilas:** I.N.R. **Edemas:** No presenta. **NOVA:** 2 (puntuación de riesgo de úlcera por presión al ingreso).

Alergias: Intolerancia al ácido clavulánico.

Plan de Cuidados

Plan de cuidados (véase tabla 1)

Fernando durante el ingreso en nuestra unidad presenta de forma súbita un cuadro febril secundario a una infección urinaria, con afectación cognitiva importante.

Se desconecta del medio convirtiéndose en una persona totalmente dependiente según índice de Barthel para sus autocuidados: mutismo, no come, en algunas ocasiones confuso, otras agresivo (Escala de Glasgow: 10 puntos). Solo permite el acercamiento de su esposa.

En función del deterioro del estado de salud del paciente se plantea un nuevo plan de cuidados donde tiene un papel primordial el cuidador principal (Paqui).

Tabla 1. Plan de cuidados^{5,6,7}

Diagnóstico	Criterio de resultado	Intervenciones
00011 ESTREÑIMIENTO r/c actividad física insuficiente y manifestado por cambios en el patrón intestinal.	0501 Eliminación intestinal. Indicador: 050112 Facilidad eliminación heces VI:2 RE:5 RO:5 050110 Estreñimiento VI:1 RE:5 RO:5	0450 Manejo del estreñimiento -Identificar los factores que pueden causar estreñimiento o contribuyen a él (medicamentos, reposo, dieta). -Instruir al paciente-familia sobre la relación dieta/ejercicio/ingesta de líquidos para el estreñimiento. -Instruir al paciente-familia acerca de la dieta rica en fibra. -Instruir al paciente-familia sobre el uso correcto de laxantes.
00148 TEMOR r/c hospitalización y evolución de la enfermedad y m/p verbalización manifiesta	1404 Control del miedo. Indicador: 140403 Busca información para reducir el miedo. VI:2 RE:5 RO:4 140413 Mantiene el control sobre su vida. VI:2 RE:4 RO:3	5820 Disminución de la ansiedad -Explicar todos los procedimientos. -Permanecer con el paciente, dar seguridad. -Animar la manifestación de sentimientos, preocupaciones y miedos.
CP: Alteración del ritmo cardiaco		4040 Cuidados cardiacos -Observar signos vitales fr. -Monitorizar el estado cardiovascular. -Observar si hay disritmias. -Instruir al paciente-familia sobre las limitaciones y progresión de las actividades. -Promover la reducción del estrés. -Establecer una relación de apoyo con el paciente-familia. -Instruir al paciente sobre la importancia del informe inmediato de cualquier molestia torácica.

VI: Valoración inicial RE: Resultado esperado RO: Resultado obtenido

Diagnóstico	Criterio de resultado	Intervenciones
<p>PROBLEMA DE AUTONOMÍA: HIGIENE r/c alteraciones cognitivas y m/p incapacidad para lavarse parcialmente.</p>	<p>0305 Autocuidados: higiene. Indicador: 030503 Se limpia la zona perineal VI:1 RE:5 RO:4 030506 Mantiene la higiene bucal VI:1 RE:5 RO:5 030509 Se peina o cepilla el pelo VI:1 RE:5 RO:5</p>	<p>1610 Baño -Baño en cama. -Realizar la higiene bucal, cuidado de uñas. -Lavar y secar el pelo. -Inspeccionar el estado de la piel. 1801 Ayuda autocuidados: baño/higiene -Proporcionar los objetos personales deseados. -Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea independ. -Ayuda para la higiene en aseo. -Ayuda para la higiene bucal, lavado del pelo.</p>
<p>PROBLEMA DE AUTONOMÍA: VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL r/c alteraciones cognitivas y m/p incapacidad para ponerse la ropa.</p>	<p>0302 Autocuidados: vestir. Indicador: 030213 Se abrocha los zapatos VI:1 RE:5 RO:3 030206 Se abrocha la ropa VI:1 RE:5 RO:3</p>	<p>1630 Vestir -Vestir al paciente después de completar la higiene personal. -Seleccionar la ropa adecuada. -Proporcionar asistencia hasta que el paciente sea totalmente capaz de vestirse por sí mismo. 1802 Ayuda autocuidados: vestir/arreglo -Informar de la ropa adecuada. -Ayuda para vestir y desvestir. -Ayuda para el afeitado. -Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.</p>
<p>PROBLEMA DE AUTONOMÍA: ELIMINACIÓN r/c alteraciones cognitivas y m/p incapacidad para controlar esfínteres.</p>	<p>0310 Autocuidados: uso del inodoro. Indicador: 031002 Reconoce y responde a la urgencia para defecar VI:1 RE:5 RO:5 031003 Entra y sale del cuarto de baño VI:1 RE:5 RO:5 031009 Se ajusta la ropa después de usar el inodoro VI:1 RE:5 RO:5</p>	<p>1804 Ayuda con los autocuidados: aseo -Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación. -Proporcionar cuña. -Enseñar al paciente-familia la rutina del aseo. -Acompañar al aseo si precisa. -Facilitar la higiene después de la eliminación. -Disponer de intimidad durante la eliminación.</p>
<p>PROBLEMA DE AUTONOMÍA: ALIMENTACIÓN r/c alteraciones cognitivas y m/p incapacidad para ingerir los alimentos de forma segura.</p>	<p>0303 Autocuidados: comer. Indicador: 030303 Maneja utensilios VI:1 RE:5 RO:5 030314 Finaliza una comida VI:1 RE:5 RO:5</p>	<p>1050 Alimentación -Incorporar la cama del paciente. -Colocar el babero y dar de comer. -Animar a la familia a que lo alimenten. 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación -Identificar la dieta prescrita. -Arreglar la comida en la bandeja (abrir envases, cortar carne, pelar huevo, etc.).</p>

<p>PC: ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA SECUNDARIO A PCR.</p>		<p>-Observar si hay infección. -Comparar el estado actual con el previo para detectar las mejorías y deterioros en la condición del paciente. -Avisar al médico responsable si procede. -Realizar consulta con el cuidador correspondiente para iniciar un nuevo tratamiento o cambiar los tratamientos existentes.</p>
--	--	--

VI: Valoración inicial RE: Resultado esperado RO: Resultado obtenido

Valoración de la cuidadora principal⁸

En el fin de semana en que su marido experimentó un empeoramiento de su salud, Paqui expresaba sentimientos de miedo ante la evolución del proceso, labilidad emocional, aumento de su hábito tabáquico de forma compulsiva, impotencia ante la nueva situación, necesidad de respuestas. Y en todo momento ofreció su colaboración en los cuidados enfermeros, que a su vez a ella le servía para disminuir su ansiedad.

Se instauró un programa educativo con ella, se pactaron los cuidados que ella podía proporcionar a su marido: adiestramiento para suplir los problemas de autonomía (desde manejo de SNG hasta aspiración de secreciones) y vigilancia de complicaciones; siempre bajo nuestra supervisión.

Tras las intervenciones educativas, Paqui mostró conocer y llevar a cabo las acciones cuidadoras para las que se le había entrenado de cara a un manejo en domicilio satisfactorio, en caso de continuar con su déficit.

Afortunadamente, la evolución del proceso patológico fue favorable. Resolviéndose la etiología del cuadro agudo, Fernando mejoró notablemente. Veremos a continuación con más detalle la situación al alta.

Situación al alta. Resultados⁹

1.- D.E: Problema de autonomía: higiene r/c alteraciones cognitivas y m/p incapacidad para lavarse parcialmente.

Ha presentado déficit total. Al alta precisa agente de suplencia parcial.

2.- D.E: Problema de autonomía: vestido y arreglo personal r/c alteraciones cognitivas y m/p incapacidad para ponerse la ropa.

Ha presentado déficit total. Al alta precisa agente de suplencia parcial.

3.- D.E: Problema de autonomía: eliminación r/c alteraciones cognitivas y m/p incapacidad para controlar esfínteres.

Ha presentado déficit total precisando sondaje vesical. Al alta autónomo.

4.- D.E: Problema de autonomía: alimentación r/c alteraciones cognitivas y m/p incapacidad para ingerir los alimentos de forma segura.

Ha presentado déficit total precisando alimentación artificial por SNG durante su fase aguda. Al alta autónomo.

5.- D.E: Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención de secreciones y m/p presencia moderada de secreciones.

Ha precisado en su fase aguda aspiración de secreciones. Actualmente con ausencia de ruidos respiratorios y buena dinámica respiratoria.

6.- D.E: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c alta puntuación en la escala NOVA5 (7 puntos).

Durante su estancia ausencia de úlceras por presión. NOVA 5 (1 punto).

7.- D.E: Riesgo de aspiración r/c reducción del nivel de conciencia.

Durante su estancia no signos de aspiración pero ha precisado valoración por dietética y nutrición, siendo necesaria nutrición enteral. Actualmente tolera una dieta normal, con reflejo tusígeno y glosofaríngeo conservado.

8.- D.E: Riesgo de caídas r/c ansiedad y agitación.

En su fase aguda siempre ha estado acompañado y con las barandillas elevadas; no ha presentado traumatismo. Valorado por rehabilitación, se le han realizado sesiones de fisioterapia rehabilitadora que continuarán al alta. Actualmente camina por la unidad acompañado por su esposa, pero persiste el riesgo de caídas.

9.- D.E: Riesgo de afrontamiento familiar comprometido r/c desorganización familiar y cambio temporal de roles.

El familiar de referencia, su esposa, ha sido informada en todo momento del proceso de enfermedad de su marido y ha necesitado ser instruida en los cuidados especiales que ha requerido el paciente durante su estancia hospitalaria y de cara al alta.

A. P.C: Alteración del nivel de conciencia secundario a PCR.

B. CP: Alteración del ritmo cardiaco.

A.- Ha presentado cuadro confusional (E. de Glasgow: 10 pts) y desconexión del medio con episodios de agitación y agresividad. Actualmente no está desorientado ni agitado, aunque persiste deterioro cognitivo (E. de Glasgow: 15 pts). Ha sido valorado y tratado por neurología y psicología clínica, que a su vez lo ha derivado a centros especializados en neuropsicología para valoración y tratamiento si procede.

B.- No ha presentado arritmias ni dolor torácico durante su estancia. Se le realizó cateterismo cardiaco diagnóstico sin complicaciones; ECG seriados y

ecocardiografías de control; manteniéndose hemodinámicamente estable y normotenso.

Conclusiones

Aplicar un plan de cuidados personalizado al paciente y pactar con él y su familia los objetivos a alcanzar, favorece la implicación de los cuidadores y garantiza la consecución de objetivos.

Implicar y buscar la corresponsabilidad de la familia en los cuidados que necesita, ayuda a superar las dificultades; aumentando su compromiso y satisfacción.

Agradecimiento

A la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en cuidados del Servicio Andaluz de Salud (SAS) por su apoyo y formación en Metodología Enfermera y en Investigación.

Referencias

1. Morilla Herrera JC, Morales Asencio JM. Afrontamiento familiar inefectivo comprometido. En: Algoritmos de juicio diagnóstico en respuestas humanas. Fundación Index: Biblioteca Lascasas, 2005.
2. Pérez JM, Abanto J, Labarta J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Aten Primaria*. 1996;18:194-202.
3. Bermejo Caja C, Martínez Marcos M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. Proyecto de investigación. *Revista científica NURE* (11). Dic-2004-Ene 2005.
4. ordon M. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 11.ª edición. Madrid: McGraw-Hill, 2007.
5. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Madrid: Harcourt-Brace, 2007.
6. Luis Rodrigo MT (eds). Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8.ª edición. Barcelona: Elsevier/Masson; 2008.
7. MacCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 4.ª ed. Madrid: Elsevier/Mosby; 2004 (últ. Reimpres. 2008).
8. Bayés R. Descripción del perfil psicológico del cuidador y la importancia de la educación sanitaria y el soporte emocional". En: Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio. Disponible en: <http://www.fehad.org/valhad/default.htm>; 1998.
9. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de resultados de Enfermería (CRE). 2.ª edición. Madrid: Harcourt-Mosby, 2003.