

Plan de cuidados individualizado de un paciente recién diagnosticado de Esclerosis múltiple

M^a del Carmen Lobo Rodríguez

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II. Avda. Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
carmen.lobo@salud.madrid.org

Tutora

M^a del Carmen Pérez Martín

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II. Avda. Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
mcper01@pdi.ucm.es

Resumen: La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad crónica desmielinizante del sistema nervioso central, sin tratamiento curativo en el momento actual. Su etiología es desconocida hasta el momento, pero se sabe que existen factores genéticos, inmunológicos y ambientales predisponentes. Típicamente afecta a gente joven entre los 18 a 40 años y es más prevalente en mujeres que en hombres. La clínica es variada: neuritis óptica, ataxia, diplopia, disminución cognitiva y de la memoria, disfunción sexual, debilidad, espasticidad, disfunción vesical, alteraciones sensitivas, dolor. En la mayoría de los casos la enfermedad conlleva una discapacidad severa, aunque existen diferentes formas de evolución. Afecta de modo importante a la calidad de vida limitando tanto las actividades de la vida cotidiana, como las laborales. Metodología: Partiendo de un plan de cuidados, aplicado en particular a un paciente ingresado en el Hospital en el momento del diagnóstico de EM. Se utiliza la Taxonomía II NANDA. Se realizó la valoración detallada del paciente y atendiendo a los problemas detectados en él, se formularon los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las intervenciones que se realizaron para conseguirlos. La individualización de un plan de cuidados produce un aumento de la calidad de los mismos, lo que repercute favorablemente en el estado de salud.

Palabras clave: Esclerosis Múltiple-Cuidados. Taxonomía NANDA.

Abstract: Multiple sclerosis (MS) is a chronic demyelinating disease of the central nervous system, with no cure at present time. The aetiology is unknown so far, but it is known that genetic, immunological and environmental factors predispose to it. It typically affects young people ranging from the ages of 18 to 40 and it is more common in women than in men. The clinical features vary: optic neuritis, ataxia, diplopia, cognitive and memory decline, sexual dysfunction, weakness, spasticity, bladder dysfunction, sensory disturbances, pain. In most of the cases, the disease leads

to severe disability, although there are different forms of evolution. It significantly affects the quality of life by limiting daily life as well as work activities. Methodology: Starting from a care plan, applied in particular to a patient admitted to the hospital at the time of MS diagnosis, NANDA Taxonomy II is used. We performed detailed patient assessment and in response to the problems identified, we formulated nursing diagnoses, expected outcomes and interventions made to achieve these results. The customisation of a care plan leads to an increase in care quality, leading to a positive health effect.

Keywords: Multiple sclerosis-Care. NANDA Taxonomy.

INTRODUCCIÓN

Como enfermera asistencial, he desempeñado mi trabajo en diferentes unidades de Hospitalización y Urgencias. En todas ellas me he formado como enfermera para que los pacientes objeto de mis cuidados, realmente recibiesen unos cuidados con la calidad científico-técnica necesaria y que además también fuese percibida por ellos.

Cuando estuve trabajando en la Unidad de Neurología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, las patologías de los pacientes allí ingresados eran diversas, pero la que más me motivaba en mi formación era la Esclerosis Múltiple. Al analizar el porqué de este sentimiento, descubrí que el hecho de que se diera en pacientes jóvenes, en los que se veía afectada su vida académica, su trabajo, sus relaciones sociales, etc., justo en ese momento de la vida en el que casi se comienza a “salir del cascarón”, necesitaba una atención en los cuidados, quizá, especial. Además en ese momento, al menos permanecían ingresados en torno a las 2 semanas, para recibir una medicación a primera hora de la mañana. Por este ingreso, se interrumpían todas sus actividades, laborales o académicas, y se aislaban del entorno social, tan importante a edades tempranas. Es una patología con un enorme impacto en el paciente, la familia y la sociedad, que afecta al estado emocional, las relaciones personales, el empleo y la interacción social.

Por ello, he pensado hacer este plan de cuidados de un paciente que, justo antes de comenzar sus estudios en la Universidad, es diagnosticado de EM.

La EM es una enfermedad crónica desmielinizante que afecta al sistema nervioso central (SNC). Su evolución es variable, progresiva y puede llevar a discapacidad severa. Es una de las causas más prevalentes de discapacidad en adultos jóvenes en el mundo⁽¹⁾.

Se caracteriza por la triada de inflamación, desmielinización y gliosis (tejido cicatricial). Las lesiones (placas) varían de 1 ó 2 milímetros a varios centímetros y

afectan predominantemente a la sustancia blanca del SNC (Sistema Nervioso Central)⁽²⁾.

Existen cuatro formas de evolución de EM.

- **Recurrente-Remitente (RR)**

Se caracteriza por ataques discretos con evolución de días o semanas, en rara ocasión de horas. A menudo se produce una recuperación completa en las semanas o meses siguientes. Se afecta gravemente la deambulación durante un ataque. En el periodo intercrítico permanecen estables las funciones neurológicas.

- **Progresiva-Secundaria (SP)**

Su comienzo es igual a la RR. Sin embargo, en la evolución clínica de la forma recidivante cambia, produciendo un deterioro progresivo de las funciones sin relación con los ataques agudos (que pueden continuar o cesar en la fase progresiva). Origina un mayor grado de discapacidad neurológica que la RR. Los pacientes con RR tienen riesgo de desarrollar SP. Ésta última parece representar una etapa tardía de la enfermedad subyacente en forma de EM recidivante-remitente.

- **Progresiva o Primaria (PP)**

Las personas no experimentan brotes sino un deterioro funcional constante desde el inicio de la enfermedad. En estos casos la enfermedad se inicia en etapas avanzadas de la vida (mediana de edad cercana a los 40 años) y la incapacidad se desarrolla con rapidez.

- **Progresiva-Recidivante (PR)**

En este caso los pacientes tienen un deterioro incesante en su evolución desde el comienzo de la enfermedad. Sin embargo a veces se sobreañaden brotes a su evolución progresiva^{(2)(3,4)}

En lo referente al tiempo de evolución, algunos estudios apuntan que disminuye la esperanza de vida en 6-7 años respecto a la población general, pero se considera la principal causa de invalidez en el adulto joven⁽⁵⁾. Aunque, aun con el diagnóstico definitivo de EM, no podemos saber con certeza cuál va a ser la evolución de la enfermedad⁽³⁾.

Esta enfermedad cursa con “brotes”. La definición de brote hace referencia a la aparición de síntomas nuevos, o a un empeoramiento evidente de los síntomas previos. Su duración debe ser al menos de 24 horas para que pueda considerarse como

tal, y en ausencia de otro proceso concomitante febril-infeccioso, que mejoran o desaparecen posteriormente en el plazo de días, semanas o meses⁽³⁾.

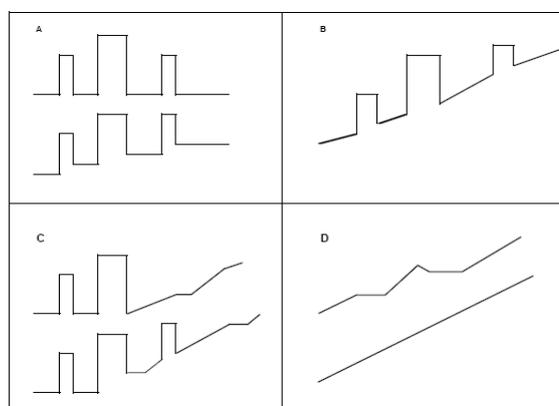


Figura 1: Tipos de EM según el perfil temporal: A) EM remitente-recurrente (RR). B) EM progresiva-recidivante (PR). C) EM secundariamente-progresiva (SP) D) EM primariamente-progresiva (PP).

El efecto incapacitante de la EM, desencadena detrimentos importantes en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) tanto de quienes la padecen, como de sus familias⁽⁶⁾⁽⁷⁾. Este detrimento se debe fundamentalmente a la peor valoración de diversos aspectos como la vitalidad, el estado de salud general, la función física y las relaciones sociales. Por la complejidad del análisis de la CVRS en pacientes que padecen esta enfermedad resulta difícil identificar los dominios específicos que interfieren en mayor medida, aún así su valoración periódica, proporciona una información esencial para mejorar el tratamiento sintomático, incrementar la adhesión al tratamiento y modificar el tratamiento inmunomodulador⁽⁶⁾.

Epidemiología

La EM es tres veces más frecuente en mujeres que en varones. Por lo general la edad de inicio está entre los 20 y los 40 años de edad (algo más tardía en varones que en mujeres), pero la enfermedad se puede presentar en cualquier momento de la vida. Casi un 10% de los casos se inicia antes de los 18 años de edad, pero también se han descrito casos extremos con inicio desde el primero o segundo año de vida o hasta los 80 años⁽²⁾.

En la actualidad se puede decir que existe un conocimiento adecuado de la distribución y la frecuencia de la enfermedad en España, puesto que existen numerosos estudios en diversas regiones españolas, incluyendo Baleares y las Canarias.

En ellos se confirma que España es una región de prevalencia intermedia-alta de la enfermedad, y parece no existir gradiente norte-sur^(8,9).

Otros estudios apuntan que la prevalencia de EM es irregular según las diferentes áreas geográficas, aunque también recomiendan cautela en la interpretación de estos resultados, ya que puede deberse a la diferencia en el registro (p.ej. en Cataluña la participación de los hospitales en el registro es voluntaria, por lo que existe riesgo de infradeclaración), e incluso a una mejor detección de los casos⁽¹⁰⁾.

En España se calcula que en la actualidad puede haber alrededor de 40.000 pacientes y actualmente la incidencia de la enfermedad se sitúa entre 3 y 4 casos nuevos al año por cada 100.000 habitantes, lo que hace suponer que en los próximos años las cifras de prevalencia aumenten hasta llegar a los 100 casos por 100.000 habitantes. Este dato no tiene que significar un aumento real de casos de EM, también puede estar relacionado con una mayor y más rápida detección⁽¹¹⁾.

Etiología

Se cree que la EM es una enfermedad en la que factores etiopatogénicos ambientales contribuyen a ejercer sus efectos en los primeros años de vida, aliados a una predisposición genética⁽⁸⁾.

Los estudios de migración e identificación de sitios epidémicos, sugieren que ocurre cierta disposición relacionada con la EM en la infancia y en los años previos al comienzo de las manifestaciones clínicas. También parece aumentar el riesgo en personas que han tenido infecciones por virus como el virus del herpes humano tipo 6 Clamidia pneumoniae⁽²⁾.

La evidencia también apoya una importante influencia genética. La asociación genética entre la EM y el sistema HLA es ampliamente conocido. Existe una asociación universal más o menos fuerte en todas las poblaciones caucásicas, a excepción de Cerdeña, entre la EM y el calotipo DR15/DQ6⁽⁸⁾.

En el momento actual, ninguna de las hipótesis sobre la etiología de la EM es plenamente convincente, se considera su etiología desconocida⁽⁷⁾ aunque existen factores ambientales, inmunológicos y genéticos predisponentes.

Clínica

Las manifestaciones clínicas de la EM varían de unos enfermos a otros. Puede comenzar de forma repentina o insidiosa. Los síntomas pueden ser acentuados o tan insignificantes que la persona puede que no acuda al médico durante meses o incluso años. Incluso se ha descubierto en necropsias lesiones sugestivas de EM en personas que nunca tuvieron síntomas en toda su vida. También se han dado hallazgos casuales en RNM (Resonancia magnética) hechas por alguna causa no relacionada con la EM, y que ha revelado signos de EM asintomática⁽²⁾.

En la exploración neurológica, por lo general, se identifican signos de disfunción neurológica tales como:

- **Debilidad en las extremidades**

Manifestada en forma de pérdida de potencia o destreza, fatiga o trastornos de la marcha. También es característica la debilidad inducida por el ejercicio^(2,3).

- **Espasticidad**

Se acompaña a menudo de espasmos musculares espontáneos o inducidos por el movimiento. En su mayoría en las extremidades inferiores, se suele acompañar de espasmos dolorosos e interfiere en la capacidad para la deambulación, trabajo o cuidado personal del enfermo^(2,3).

- **Neuritis óptica**

Incluye disminución de la agudeza visual “penumbra visual” o menor percepción del color “desaturación o discromatopsia”. Los síntomas pueden ser leves o evolucionar hasta la pérdida visual grave. Por lo general suelen ser monoculares, pero puede afectar a ambos ojos. Antes de la pérdida visual o al mismo tiempo, suele aparecer dolor periorbitario (agravado por el movimiento de los ojos). Puede identificarse un defecto pupilar aferente y los datos del fondo de ojo pueden ser normales o señalar edema del disco óptico (papilitis)^(2,3).

- **Diplopia (visión doble)**

Puede ocurrir a causa de oftalmoplegia internuclear o de parálisis del sexto par craneal, en raras ocasiones del tercero o cuarto. También pueden darse parálisis en la visión horizontal y nistagmo^(2,3).

- **Síntomas sensitivos**

Son diversos e incluyen parestesia (punzadas, comezón, hormigueo, prurito, o ardor doloroso) e hipoestesia (disminución o eliminación de la sensibilidad)⁽²⁾.

- **Ataxia**

Generalmente se manifiesta por temblores cerebelosos que pueden abarcar la cabeza y el tronco o la voz, produciendo disartria cerebelosa característica (lenguaje entrecortado)⁽²⁾.

- **Disfunción vesical**

Se presenta en más de un 90% de los pacientes con EM y, hasta en el 33% de los pacientes sobreviene disfunción con episodios de incontinencia semanales o más frecuentes⁽²⁾.

- **Disfunción cognitiva**

Puede incluir amnesia, disminución de la atención, dificultad para la resolución de problemas, lentitud en la modulación de la información y problemas de desplazamiento entre las tareas cognitivas. Ocasionalmente se ha observado disfunción cognitiva lo suficientemente acentuada para entorpecer las actividades de la vida cotidiana^(2,3,12).

- **Fatiga**

Casi el 90% de los pacientes la experimentan, siendo este el síntoma más frecuente para la incapacidad laboral en la EM, y se puede exacerbar por aumento de la temperatura, depresión, esfuerzo excesivo para realizar actividades de la vida cotidiana o por trastornos del sueño⁽²⁾.

- **Depresión**

Aparece aproximadamente en el 50% de los pacientes, puede ser reactiva, endógena o parte de la propia enfermedad y contribuir a la fatiga. El suicidio en personas con EM es 7,5 veces más frecuente que en testigos de igual edad⁽²⁾.

- **Disfunción sexual**

Puede manifestarse con disminución de la libido, de la sensibilidad en genitales, impotencia en varones y disminución de la lubricación vaginal o espasmo de los aductores en mujeres^(2,4).

- **Debilidad facial**

Es consecuencia de la lesión de la protuberancia anular y puede tener manifestaciones similares a la parálisis de Bell idiopática. A diferencia de ésta, en la EM no se asocia con pérdida de sensibilidad ipsolateral del gusto o con dolor retroauricular⁽²⁾.

- **Vértigo**

Puede aparecer de forma súbita por lesiones en el tronco del encéfalo, de manera superficial puede parecer una laberintitis aguda⁽²⁾.

- **Hipoacusia**

Puede darse en la EM pero es menos común⁽²⁾.

- **Dolor**

Existen diferentes tipos de dolor, entre ellos las disestesias de las extremidades, dolor regional complejo, neuralgia del trigémino, dolor asociado a neuritis óptica, espasmos tónicos dolorosos, lumbalgia y cefalea. La prevalencia del dolor varía enormemente de unos estudios a otros, pero afecta a un elevado porcentaje de pacientes con EM. Su fisiopatología se desconoce y no existen tratamientos específicos^(13,14).

- **Diagnóstico**

El diagnóstico precoz de cualquier enfermedad siempre es de gran importancia, pero en las enfermedades neurológicas y en concreto de la EM, puede resultar el método más efectivo para combatir esta enfermedad⁽¹¹⁾. Los criterios diagnósticos de EM, exigen documentar dos o más episodios de síntomas y dos o más signos que reflejen alteraciones en los fascículos de la sustancia blanca anatómicamente no vecinos del SNC (sistema nervioso central). Los síntomas deben permanecer durante al menos 24 horas y surgir como episodios separados por un mes o más. Al menos uno de los signos debe estar presente en la exploración neurológica y el segundo puede corroborarse por algún método diagnóstico como potenciales evocados, resonancia magnética (RNM), etc. El segundo evento clínico (en tiempo) se puede apoyar tan solo en la información de las diferentes pruebas diagnósticas, generalmente con la aparición de nuevas lesiones en la sustancia blanca detectadas en la RNM^(2,4).

- **Pruebas Diagnósticas**

- ✓ **RNM**

Ha revolucionado el diagnóstico y tratamiento de la EM. En el 95% de los casos se detectan anomalías características. En ella se aprecian placas de desmielinización. Las lesiones son multifocales en encéfalo, tallo encefálico, y médula espinal. Lesiones de más de 6 mm ubicadas en el cuerpo caloso, sustancia blanca periventricular, tronco del encéfalo, cerebelo o médula espinal son de especial utilidad para el diagnóstico.

- ✓ **Potenciales evocados**

La cuantificación de los potenciales evocados, permite conocer la función de las vías aferentes (visual, auditiva y somatosensitiva) o eferentes (motoras).

La técnica utiliza un promedio para medir los potenciales eléctricos del SNC provocados por la estimulación repetida de nervios periféricos escogidos o del encéfalo.

✓ **Líquido cefalorraquídeo (LCR)**

Las anomalías se identifican en el aumento de proteínas IgG y aparición de bandas oligoclonales.

Tratamiento

El síndrome clínico aislado se refiere a un evento neurológico inicial en el proceso clínico de la EM. Las características de este síndrome incluyen síntomas clínicos típicos de EM: inicio de la enfermedad que dura unas horas o días con remisión o que ocurre en pocas semanas, como ocurre generalmente con un brote. Cuanto mayor es la carga lesional, mayor es el riesgo del paciente de desarrollar EM clínicamente definida.

En este caso el tratamiento de elección es corticoides, no difiere del que se recomienda en una recaída, 1 gr de Metil-Prednisolona intravenosa durante 3 a 5 días sucesivos con o sin disminución posterior de la dosis por vía oral^(15,2)

El tratamiento con inmunomoduladores (interferones) está justificado cuando hay un alto riesgo de conversión a EM clínicamente definida.

En el caso de la EM remitente-recurrente (RR), caracterizada por la presencia de recaídas o brotes, la finalidad del tratamiento es prevenir la “recurrencia de recaídas” y la acumulación de discapacidad. Se recomienda el tratamiento temprano y, en este caso, los medicamentos que han demostrado efectividad terapéutica son: interferón beta-1a, interferón beta-1b, acetato de Glatirámico, Natalizumab, Fingolimod.

La EM secundaria progresiva (SP), caracterizada por recaídas superpuestas en un curso progresivo, es susceptible de tratamiento si presenta recaídas o actividad inflamatoria en la RM, es decir si hay forma activa de la enfermedad. Como tratamiento de primera elección y con nivel de recomendación A están los interferones beta-1^a subcutáneo e interferón beta-1b subcutáneo en igual posología que en la EMRR. Y como tratamiento de segunda elección también está aprobado el uso de Mitoxantrona o Azatiopina^(15,2). (Tabla 1).

En el caso de la EM progresiva primaria (PP) el tratamiento es la terapia sintomática⁽²⁾.

Medicamento	Dosis y vías de administración	Tiempo de administración	Estudios, nivel de evidencia y recomendación
Interferón β -1a	22-44 μ g, vía subcutánea	Tres veces por semana	PRISMS (1998): 184 pacientes/189 con placebo Recaídas-año/tiempo a la primera recaída: 0,87/9,6 meses; placebo: 1,28/4,5 meses Evidencia I, recomendación A
Interferón β -1a	30 μ g, vía intramuscular	Una vez por semana	MSCRG (1996): 158 pacientes/143 con placebo Recaídas-año/progresión: 0,61/21,9%; placebo: 0,9/34,9% Evidencia I, recomendación A
Interferón β -1b	250 μ g, vía subcutánea	En días alternos	MSSG (1993): 115 pacientes/112 con placebo Recaídas-año/tiempo a la primera recaída: 0,84/296 días; placebo: 1,27/153 días Evidencia I, recomendación A
Acetato de glatiramero	20 mg, vía subcutánea	Todos los días	Cop1 MSSG (1995): 125 pacientes/126 con placebo Recaídas-año/tiempo a la primera recaída: 0,59/287 días; placebo: 0,84/198 días Evidencia I, recomendación A
Natalizumab	300 mg, infusión endovenosa	Cada cuatro semanas	AFFIRM (2006): 627 pacientes/312 con placebo Progresión: hazard ratio frente a placebo = 0,58 Hay que considerar riesgo a largo plazo de leucoencefalopatía multifocal progresiva Evidencia I, recomendación A
Fingolimod	0,5 mg, vía oral	Una vez al día	FREEDOMS (2010): 1.033 pacientes Recaídas-año: 0,16-0,18; placebo: 0,4 Hay que considerar riesgo de bradicardia, bloqueo auriculoventricular, edema macular, leucopenia Evidencia I, recomendación A

Tabla 1. Medicamentos que demostraron efectividad terapéutica en la esclerosis múltiple y cuyos estudios de clase I permiten una recomendación de tipo A⁽¹⁵⁾.

Pronóstico

La mayoría de los enfermos con EM presentan discapacidad neurológica progresiva. Sólo un 20% de los pacientes no tendrán limitaciones funcionales quince años después del inicio, la mitad habrá avanzado a EM secundaria progresiva y necesitarán ayuda para la deambulación. Se sabe que 25 años después del inicio de la EM, casi el 80% de los pacientes habrá alcanzado este grado de incapacidad.

No obstante, es difícil calcular el pronóstico individual del paciente. Existen ciertas características clínicas que pueden sugerir un pronóstico más favorable, como la neuritis óptica o síntomas sensoriales como manifestaciones iniciales; menos de dos recaídas en el primer año de la enfermedad y mínima alteración después de cinco años. Por el contrario los pacientes con ataxia del tronco, temblor con la actividad, síntomas piramidales o enfermedad de evolución progresiva tienen una mayor probabilidad de sufrir incapacidad.

Es importante mencionar que algunos pacientes presentan una forma benigna de la enfermedad y nunca sufren discapacidad neurológica⁽¹⁶⁾.

La muerte como consecuencia directa de EM es poco frecuente, si bien se ha calculado una supervivencia a los 25 años del 85% de lo esperado. El paciente puede fallecer durante un ataque agudo de EM, pero esto es muy raro.

Con mayor frecuencia la persona muere por alguna complicación de la EM, como por ejemplo neumonía en una persona debilitada. También se produce la muerte por suicidio^(2,14).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Las acciones de enfermería se han planificado teniendo en cuenta el bienestar del paciente. En este caso concreto se ha elaborado un plan de cuidados individualizado para un paciente recién diagnosticado de EM.

El propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas reales y potenciales para establecer el modo de abordar las necesidades identificadas y realizar las intervenciones de enfermería pertinentes para tales necesidades.

El objetivo de los cuidados enfermeros es que el paciente alcance una curación o mejoría, para lo que será necesario hacerle participe de sus cuidados, trabajando con el paciente y la familia tanto en la valoración como en la identificación de los problemas.

La importancia de la metodología enfermera radica en que permite tener una base científica de conocimientos, midiendo y evaluando el producto enfermero, potenciando así la investigación enfermera. Ayuda a reducir la variabilidad de la práctica clínica, implica una unificación del lenguaje empleado (Taxonomía NANDA - Clasificación de diagnósticos enfermeros-, NIC –Clasificación de Intervenciones de enfermería-, NOC –Clasificación de resultados de enfermería). Se unifican los criterios de los profesionales en cuanto a la recogida de la información sobre el paciente, asegurando la continuidad de los cuidados y repercute en la optimización de los cuidados de enfermería tras seguir la metodología como forma de trabajo⁽¹⁷⁾.

El enfermero considera al paciente como la figura central del plan de cuidados y confirma la idoneidad de todos los aspectos de la atención de enfermería observando sus respuestas⁽¹⁷⁾.

DESARROLLO

Objetivos

- El objetivo de los cuidados enfermeros es que la persona alcance su bienestar y mejoría⁽¹⁸⁾.
- Definir la actuación de enfermería en un paciente hospitalizado con reciente diagnóstico de EM.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente y familia.
- Facilitar al paciente superar el miedo y la ansiedad ante la nueva situación, ajustando sus reacciones y su preocupación a la realidad.
- Minimizar complicaciones.
- Apoyo a la familia.

Metodología

En la Unidad de Neurología del H.G.U. Gregorio Marañón, se informa al paciente y a su familia del trabajo que se va a realizar y se les comunica la intención de presentar el plan de cuidados como trabajo de fin de grado del curso de Adaptación al Grado de Enfermería. Se muestran de acuerdo en colaborar en la entrevista para recogida de datos objetivos y subjetivos para poder desarrollar el plan de cuidados. Se han utilizado los patrones de salud de Marjory Gordon⁽¹⁹⁾ como instrumento de valoración enfermera para determinar el estado de salud de la persona y la familia.

Desarrollo del Plan de Cuidados Individualizado

Valoración: El primer paso identificado del proceso enfermero es la valoración⁽¹⁸⁾. El proceso enfermero es una teoría sobre como los enfermeros organizan los cuidados a las personas, las familias y las comunidades. Una valoración correcta debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases del proceso enfermero. La valoración, el diagnóstico y la planificación, así como las intervenciones, dependerán de la situación concreta en la que se encuentre el paciente.

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que pueden ser tratados por las enfermeras para llegar al diagnóstico enfermero. De esta valoración se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona de manera ordenada (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), lo que facilita a su vez el análisis de los mismos.

La valoración debe recoger datos objetivos, subjetivos y de la historia clínica o

informes de otros profesionales. Evitar siempre las connotaciones morales (bueno-malo), hacer presunciones e interpretar de forma subjetiva.

Los objetivos de la valoración enfermera son los siguientes⁽¹⁸⁾:

- Se centra en los datos necesarios par identificar las respuestas y experiencias humanas.
- Se realiza en colaboración con la persona, familia, el grupo o la comunidad.
- Los hallazgos están basados en la investigación y otras evidencias.

Entre los sistemas de valoración existentes, uno de los más empleados en nuestro medio de trabajo es la valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon (1982)⁽¹⁹⁾. Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Estos patrones surgen de la evolución entre el paciente y su entorno y están influenciados por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales. La valoración de cada uno de los patrones debe evaluarse en el contexto de los demás, ya que ningún patrón podrá comprenderse sin el conocimiento de los restantes. La interacción que se da entre estos patrones es lógica, puesto que las personas somos un TODO sin compartimentar, todo influye en todo: el entorno, la cultura, los valores, las creencias, etc.

Los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon permiten determinar el estado de salud de la persona, la familia o la comunidad^(18,19).

Presentación del caso

David es un joven de 19 años, es el mayor de 4 hermanos y de familia con fuertes creencias religiosas. Deportista, aficionado a la Fórmula I y buen estudiante. Desde hace dos años tiene novia, compañera de colegio desde los cuatro años y con quien comparte tanto su afición por el deporte como su deseo por estudiar ingeniería mecánica.

En junio de 2012, David superó las pruebas de selectividad y pudo matricularse en 1ª de grado de Ingeniería mecánica. Su novia también había superado con éxito las pruebas de selectividad y comenzarían juntos sus estudios en la Universidad. Durante el mes de agosto, comenzó con cansancio, dolor ocular y mareos, persistiendo 15 días por lo que acudió a Urgencias.

- **Estado actual**

El paciente refiere que desde hace aproximadamente 15 días:

- ✓ Ve los colores con menor intensidad.
- ✓ Ve peor, “creo que voy a necesitar gafas”.
- ✓ Dolor en el ojo derecho.

- **Exploración Física (datos recogidos de la Historia médica)**
 - ✓ Consciente, orientado, eupneico. Buena hidratación de piel y mucosas.
 - ✓ T.A. 118/60 F.C. Auscultación cardiaca rítmica 57 lpm (latidos por minuto), sin soplos.
 - ✓ Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación.
 - ✓ Auscultación pulmonar normal F.R. 21 rpm (respiraciones por minuto).
 - ✓ No se palpan masas ni megalias. No edemas.

- **Exploración neurológica**
 - ✓ Discromatopsia
 - ✓ Dolor ocular derecho a la movilización.
 - ✓ Agudeza visual disminuida.
 - ✓ Defecto pupilar aferente.
 - ✓ Movimientos oculares normales aunque dolorosos.
 - ✓ Exploración de la sensibilidad, motora, cerebelo y marcha normales.

- **Pruebas complementarias**
 - ✓ Analítica de sangre (AS): Bioquímica con hormonas tiroideas, hemograma, estudio de coagulación, estudio inmunológico (ANA, Anticuerpos antitiroideos, etc.). Resultados dentro de parámetros normales.
 - ✓ Punción lumbar (PL) con análisis del Líquido Cefalorraquídeo (LCR) y valoración de presión. Resultado: Presión LCR dentro de parámetros normales, se encuentran bandas oligoclonales con aumento de proteínas Ig G, células normales, glucosa normal.
 - ✓ TAC: Normal.
 - ✓ Resonancia Magnética (RNM) con contraste: Engrosamiento del nervio óptico derecho con captación de contraste.
 - ✓ Potenciales evocados visuales (PEV) : Retrasados desde ojo derecho.
 - ✓ Potenciales evocados somato-sensoriales (PESS): Normales.

- **Juicio diagnóstico**

Caso clínico aislado de posible origen desmielinizante.

Se recomienda revisión en 3 meses o acudir al Servicio de Urgencias si aparecen nuevos síntomas.

- **Tratamiento**

- ✓ Metil-prednisolona 1 gr/día durante 3-4 días hasta remisión de los síntomas.
- ✓ Omeprazol 20 mg intravenoso 1 c/24 horas.
- ✓ Tras una semana de tratamiento desaparece la sintomatología, no problemas de visión ni dolor a la movilización ocular.
- ✓ Al cabo de un mes nota adormecimiento de la cara por lo que acude de nuevo al Servicio de Urgencias. Ingresa en el Servicio de Neurología para completar estudio y tratamiento. Se repiten pruebas complementarias.

- **Resultados**

- ✓ AS: Dentro de parámetros normales.
- ✓ RNM: No se objetiva engrosamiento del nervio óptico. Se objetivan imágenes desmielinizantes hipointensas en T1 y señales hiperintensas en T2 de localización periventricular y morfología ovalada. Una de ellas capta contraste y se localiza a nivel pontino derecho.

- **Juicio diagnóstico**

Esclerosis múltiple Recurrente-Remitente (EMRR).

- **Tratamiento**

Interferón Beta 3 veces por semana por vía subcutánea.

La enfermera de la Unidad de Neurología del hospital estaba presente cuando se les comunicó la noticia. Una de las veces en que la enfermera pasó a la habitación de David y que este se encontraba sólo, le vio llorando y esta le preguntó si quería hablar sobre lo que le pasaba, plantearle dudas, etc., con el fin de intentar valorar que tipo de apoyo podría necesitar después del Diagnóstico. David no dudó en expresarle a la enfermera como se sentía: “Nunca pensé que podría pasarme esto a mí. He oído hablar de esta enfermedad y en este momento siento una gran ansiedad, angustia, miedo, y todos los sentimientos negativos que te puedas imaginar. ¿Es posible que acabe pronto en sillas de ruedas, que no pueda hacer deporte, ni comenzar mis estudios en la Universidad, ni crear una familia? ¿Qué pasará ahora?”

VALORACIÓN POR PATRONES DE M. GORDON

La valoración se realizó según los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon⁽¹⁹⁾.

Patrón 1. Percepción-Manejo de la Salud

Este patrón describe cómo el propio individuo percibe la salud y el bienestar y como maneja todo lo relacionado con la salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Paciente consciente, alerta y orientado. **T.A.** 118/60 **F.C** 57 lpm. **F.R.** 21 rpm.

No presenta alergias conocidas ni a medicamentos ni alimentarias.

Calendario vacunal completo también vacunado de hepatitis B. Acude anualmente a revisión preventiva al dentista. Practica ejercicio de forma periódica.

No hábitos tóxicos, no alcohol, ni tabaco, ni drogas.

En épocas de examen cefaleas asociadas a las pocas horas de sueño. Recurre a automedicación, toma paracetamol de 500 mgs de forma ocasional.

No ha requerido de ingresos hospitalarios hasta la fecha. No accidentes ni intervenciones quirúrgicas previas.

Tras el ingreso en Urgencias y posteriormente en la planta, sigue consciente y orientado y manifiesta su deseo de una pronta recuperación para poder ser dado de alta lo antes posible. Pese a su ingreso considera que tiene buena salud y que tiene una buena calidad de vida.

Patrón eficaz.

Patrón 1. Nutricional-Metabólico

Valorando este patrón se pretende determinar las costumbres de consumos de alimentos y líquidos en relación a las necesidades metabólicas del individuo y la disponibilidad de aquellos. También se explorarán los posibles problemas en su ingesta.

Refiere llevar una alimentación variada con frutas y verduras así como carne, pescado y lácteos. Aproximadamente el aporte calórico diario es de 2000 calorías distribuidas en 5 comidas día. El aporte hídrico varía entre los 2,5 a 3 litros/día.

Peso: 77 kg, Talla: 1,80. I.M.C. 23,77 (índice de masa corporal).
Tª corporal: 36,2°.

Apetito normal, no refiere problemas para la masticación, deglución ni digestión de los alimentos. No ganancia ni pérdida de peso.

Buena coloración e hidratación de piel y mucosas. No lesiones en piel ni mucosas.

Patrón eficaz.

Patrón 3. Eliminación

Determina el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella.

Su patrón de eliminación urinaria normal es de 5 ó 6 veces al día, no molestias al orinar, ni dificultades ni incontinencia. Frecuencia de defecación diaria, aspecto y consistencia de las deposiciones normal. No refiere necesidad de laxantes.

Patrón eficaz.

Patrón 4. Actividad y Ejercicio

Este patrón describe las capacidades para la movilización autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También para las costumbres de ocio y recreo.

Está perfectamente capacitado para llevar a cabo su aseo personal, como actividad habitual en su vida diaria.

Practica deporte diariamente de lunes a viernes, aproximadamente 90 min. El fin de semana dedica 2 horas a la natación.

Patrón eficaz.

Patrón 5. Descanso-Sueño

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

Habitualmente, suele dormir unas 8 horas por la noche, no suele despertarse. No suele dormir a lo largo del día.

Durante su ingreso en el Hospital le cuesta conciliar el sueño, pero una vez que se duerme no despierta hasta que por la mañana le llevan el termómetro. Al levantarse tiene sensación de haber descansado.

No tiene pesadillas ni precisa medicación para conciliar el sueño.

Patrón eficaz.

Patrón 6. Cognitivo-Perceptual

Describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo.

Nivel de conciencia, alerta. Nivel de estudios, Bachillerato va a comenzar 1º de Grado en ingeniería.

No utiliza gafas para leer. Audición normal, no presenta problemas a niveles gustativo, táctil ni olfativo.

No problemas de memoria ni aprendizaje. No problemas con el lenguaje, se expresa con fluidez. Buen nivel de comprensión y dicción.

Recuerda perfectamente hechos del pasado y el nombre de los miembros de su familia, etc. Así mismo, puede recordar bien lo que comió el día anterior. Está orientado en tiempo y espacio.

El paciente verbaliza no tener ningún conocimiento sobre su enfermedad.

Patrón alterado.

Patrón 7. Auto percepción-Autoconcepto

Describe el patrón de autoconcepto y percepciones de uno mismo.

El paciente manifiesta su deseo de recuperarse cuanto antes para poder tener el alta y volver a casa, pero lo que más se preocupa es que, si va a poder llevar su vida de antes y continuar con sus estudios. Se muestra impaciente e inquieto.

Patrón no alterado en el momento actual de la valoración.

Patrón 8. Rol-Relaciones

Este patrón incluye el papel o rol social que juega el individuo en el seno familiar, social, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

Vive con sus padres y sus 3 hermanos. Los tres son menores que el, tienen 13, 10 y 5 años. Con los dos mayores comparte su afición por el tenis y los fines de semana juegan algún partido. Al pequeño le considera la alegría de la casa y el le recoge a la salida del colegio los viernes y antes de ir a casa juega en el parque un rato con el.

El paciente ha sido un alumno estudioso, autónomo en sus estudios desde muy temprana edad. Refiere tener muy buenas relaciones con muchos de sus compañeros de colegio, con quienes comparte también actividades de ocio.

Muy buena relación y apoyo familiar.

Sus padres le describen como una persona madura, disciplina y ordenada. Muy cariñoso, sociable y divertido. Muy apreciado por sus profesores y compañeros de estudios. Se muestran muy preocupados sobre como va a afectar su enfermedad a su vida.

Patrón eficaz.

Patrón 9. Sexualidad-Reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

El paciente mantiene relaciones sexuales esporádicas. No contactos de riesgo. No presenta dificultades y relata son satisfactorias.

Utiliza métodos anticonceptivos de barrera. Tiene información sobre ETS (enfermedades de transmisión sexual).

Patrón eficaz.

Patrón 10. Adaptación-Tolerancia al Estrés

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés.

Se encuentra decaído durante su ingreso en el hospital, manifiesta sentir incertidumbre en cuanto a la evolución de su enfermedad.

El paciente verbaliza que en anteriores ocasiones, cuando ha tenido algún problema le ha costado afrontarlo.

Patrón alterado.

Patrón 11. Valores Creencias

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo.

El paciente se considera creyente y es practicante, acude a misa los domingos, siendo sus creencias muy importantes en su vida.

Patrón eficaz.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLAN DE CUIDADOS

El diagnóstico es un juicio clínico basado en una valoración y un análisis del estado de salud de un paciente, sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional de enfermería es responsable^(2,3).

Se encuentran los siguientes Diagnósticos de Enfermería, Criterios de resultado e intervenciones enfermeras^(17,18,20,21).

Planificación

En esta etapa se llevará a cabo la determinación de los diagnósticos principales (NANDA)⁽¹⁸⁾, estableciendo unos criterios de resultado u objetivos⁽¹⁷⁾ para poder llevar a cabo la evaluación de la resolución de los mismos, y planteando acorde a estos objetivos las intervenciones necesarias^(20,21).

DIAGNÓSTICO. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (CÓDIGO 00126)

Dominio 5. Percepción/Cognición. Sistema de procesamiento de la información humana que incluye atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

Clase 4. Cognición. Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje.

Definición. Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Características definitorias

- Informa del problema.

Factores relacionados

- Mala interpretación de la información.
- Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

NOC: 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad

Definición: Grado de comprensión transmitido sobre una enfermedad concreta.

- **Indicadores NOC.** Según escala: de Ninguno (1) – Escaso (2) – Moderado (3) – Sustancial (4) – Extenso (5).
 - ✓ 180302 Descripción del proceso de la enfermedad. Ingreso (2). Se espera alcanzar (5).
 - ✓ 180305 Descripción de los efectos de la enfermedad. Ingreso (2). Se espera alcanzar (5).
 - ✓ 180306 Descripción de signos y síntomas. Ingreso (2). Se espera alcanzar (5).
 - ✓ 180306 Descripción del curso habitual de la enfermedad. Ingreso (2). Se espera alcanzar (5).

La puntuación establecida de la escala, se deberá alcanzar antes de que finalice el ingreso hospitalario, es decir, en una semana. Se reevaluará en cada consulta de enfermería establecida trimestralmente.

- **Intervenciones NIC por NOC: 5606 Enseñanza individual**

Definición: Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.

- **Actividades NIC**

- ✓ Establecer compenetración.
- ✓ Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
- ✓ Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- ✓ Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).
- ✓ Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.
- ✓ Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades/incapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.
- ✓ Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente.
- ✓ Corregir las malas interpretaciones del paciente.
- ✓ Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- ✓ Incluir a la familia/ser querido, si es posible.

NOC: 1813 Conocimiento: Régimen terapéutico

Definición: grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico.

- **Indicadores NOC**

Según escala: de Ninguno (1) – Escaso (2) – Moderado (3) – Sustancial (4) – Extenso (5)

- ✓ 181304 Descripción de los efectos esperados del tratamiento. Ingreso (1). Se espera alcanzar (5).
- ✓ 181316 Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad. Ingreso (1). Se espera alcanzar (5).

La puntuación establecida de la escala, se deberá alcanzar antes de que finalice el ingreso hospitalario, es decir, en una semana. Se reevaluará en cada consulta de enfermería establecida trimestralmente.

- **Intervenciones NIC por NOC: 5618 Enseñanza: procedimiento prescrito**

Definición: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

- **Actividades NIC**

- ✓ Informar al paciente acerca de la duración del tratamiento.
- ✓ Determinar las experiencias anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados con el tratamiento.
- ✓ Explicar el propósito del tratamiento.
- ✓ Describir las actividades del tratamiento.
- ✓ Corregir las expectativas irreales del tratamiento, si procede.
- ✓ Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- ✓ Incluir a la familia/ser querido, si procede.

DIAGNÓSTICO: TEMOR (CÓDIGO 00148)

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés. Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento. Procesos para gestionar el estrés del entorno.

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Características definitorias

- Expresa inquietud.

- Cognitivas: Identifica el objeto del miedo.

Factores Relacionados

- Falta de familiaridad con la(s) experiencia(s) del entorno.

NOC: 1210 Nivel de miedo

Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable.

- **Indicadores NOC**

Según escala: de Grave (1) – Sustancial (2) – Moderado (3) – Leve (4) – Ninguno (5).

- ✓ 121005 Inquietud. Ingreso (2). Se espera alcanzar (5).
- ✓ 121014 Preocupación por sucesos vitales. Ingreso (2). Se espera alcanzar (5).
- ✓ 1210 31 Temor verbalizado. Ingreso (2). Se espera alcanzar (5).

Para alcanzar la puntuación establecida de la escala, se establece un periodo de 3 meses, aunque se harán evaluaciones de seguimiento periódicas. La primera se hará antes de que el paciente se vaya de alta del hospital. La siguiente coincidirá con la primera revisión médica. Posteriormente, la evaluación será trimestral.

NOC: 1404 Autocontrol del miedo

Definición: Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.

- **Indicadores NOC**

Según escala: de Nunca demostrado (1) – Raramente demostrado (2) – A veces demostrado (3) – Frecuentemente demostrado (4) – Siempre demostrado (5).

- ✓ 140403 Busca información para reducir el miedo. Ingreso (3). Se espera alcanzar (5).

Para alcanzar la puntuación establecida de la escala, se establece un periodo de 3 meses, aunque se harán evaluaciones de seguimiento periódicas. La primera se hará antes de que el paciente se vaya de alta del hospital. La siguiente coincidirá con la primera revisión médica. Posteriormente, la evaluación será trimestral.

- **Intervenciones NIC por NOC: 5240 Asesoramiento**

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades., problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

- **Actividades NIC(20,21)**

- ✓ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- ✓ Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
- ✓ Establecer metas.
- ✓ Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad.
- ✓ Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede.
- ✓ Favorecer la expresión de sentimientos.

- **Intervenciones NIC por NOC: 5380 Potenciación de la seguridad**

Definición: Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.

- **Actividades NIC**

- ✓ Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.
- ✓ Permanecer con el paciente durante los periodos de ansiedad.
- ✓ Escuchar los miedos del paciente familia

- **Intervenciones NIC por NOC: 5820 Disminución de la ansiedad**

Definición: minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

- **Actividades NIC**

- ✓ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- ✓ Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- ✓ Escuchar con atención.
- ✓ Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- ✓ Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- ✓ Administrar medicamentos que reduzcan el nivel de ansiedad si están prescritos.
- ✓ Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

- **Intervenciones NIC por NOC: 5230 Aumentar el afrontamiento**

Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o

amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

- **Actividades NIC(20,21)**

- ✓ Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- ✓ Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- ✓ Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- ✓ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- ✓ Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- ✓ Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante.
- ✓ Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- ✓ Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- ✓ Animar a la implicación familiar, si procede.
- ✓ Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- ✓ Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.

- **Intervenciones NIC por NOC: 7110 Fomentar la implicación familiar**

Definición: Facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

- **Actividades NIC**

- ✓ Observar la estructura familiar y sus roles.
- ✓ Proporcionar información crucial a los miembros de la familia sobre el paciente de acuerdo con los deseos de este último.
- ✓ Identificar otros factores relacionados con el estrés sobre la situación para los miembros de la familia.

- **Intervenciones NIC por NOC: 5340 Presencia**

Definición: Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica.

- **Actividades NIC**

- ✓ Escuchar las preocupaciones del paciente.
- ✓ Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad.

DIAGNÓSTICO: AFRONTAMIENTO INEFICAZ (CÓDIGO 00069)

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés. Forma de hacer frente a los acontecimientos procesos vitales.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento. El proceso de gestionar el estrés del entorno.

Definición. Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

Características definitorias

- Expresa incapacidad para el afrontamiento.

Factores relacionados

- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
- Incertidumbre.

NOC: 1302 Afrontamiento de problemas

Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

- **Indicadores NOC**

Según escala: de Nunca demostrado (1) – Raramente demostrado (2) – A veces demostrado (3) – Frecuentemente demostrado (4) – Siempre demostrado (5).

- ✓ 130202 - Identifica patrones de superación eficaces. Ingreso (2). Se espera alcanzar (5).
- ✓ 130206 – Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento. Ingreso (2). Se espera alcanzar (5).

Para alcanzar la puntuación establecida de la escala, se establece un periodo de 3 meses, aunque se harán evaluaciones de seguimiento periódicas. La primera se hará antes de que el paciente se vaya de alta del hospital. La siguiente coincidirá con la primera revisión médica. Posteriormente, la evaluación será trimestral.

- **Intervención NIC por NOC: 5230 Aumentar el afrontamiento**

Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o

amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

- **Actividades NIC**

- ✓ Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- ✓ Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- ✓ Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- ✓ Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- ✓ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- ✓ Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- ✓ Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante.
- ✓ Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- ✓ Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- ✓ Animar a la implicación familiar, si procede.
- ✓ Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- ✓ Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.

- **Intervención NIC por NOC: 5240 Asesoramiento**

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades., problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

- **Actividades NIC**

- ✓ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- ✓ Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
- ✓ Establecer metas.
- ✓ Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad.
- ✓ Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede.
- ✓ Favorecer la expresión de sentimientos.
- ✓ Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.

DIAGNÓSTICO RIESGO DE IMPOTENCIA (CÓDIGO 00152)

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés. Forma de hacer frente a los

acontecimientos procesos vitales.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento. El proceso de gestionar el estrés del entorno.

Definición: Riesgo de percibir una experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.

Factores de riesgo

- Conocimientos deficientes.
- Curso impredecible de la enfermedad.
- Patrones de afrontamiento ineficaces.

NOC: 1302 Afrontamiento de problemas

Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Para alcanzar la puntuación establecida de la escala, se establece un periodo de 3 meses, aunque se harán evaluaciones de seguimiento periódicas. La primera se hará antes de que el paciente se vaya de alta del hospital. La siguiente coincidirá con la primera revisión médica. Posteriormente, la evaluación será trimestral.

- **Intervenciones NIC por NOC: 5380 Potenciación de la seguridad**

Definición: Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.

- **Actividades NIC**

- ✓ Mostrar calma.
- ✓ Evitar producir situaciones emocionales intensas.
- ✓ Escuchar los miedos del paciente/familia.
- ✓ Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos.
- ✓ Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.
- ✓ Ayudar al paciente/familia a identificarlos factores que aumentan el sentido de seguridad.

- **Intervenciones NIC por NOC: 5230 Aumentar el afrontamiento**

Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles

de la vida cotidiana.

- **Actividades NIC**

- ✓ Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- ✓ Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- ✓ Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- ✓ Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- ✓ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- ✓ Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- ✓ Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante.
- ✓ Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- ✓ Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- ✓ Animar a la implicación familiar, si procede.
- ✓ Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- ✓ Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.

INTERVENCIONES ENFERMERAS “NO” PROCEDENTES DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Intervenciones NIC: 7710 Colaboración con el médico

Definición: Colaboración con los médicos para proporcionar cuidados de calidad al paciente.

- **Actividades NIC**

- ✓ Establecer una relación de trabajo profesional con el personal médico.
- ✓ Alentar la comunicación abierta directa entre médicos y cuidadores.
- ✓ Ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.
- ✓ Informar de los cambios en el estado del paciente, si procede.

Intervenciones NIC: 5900 Documentación

Definición: Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica.

- **Actividades NIC**

- ✓ Registrar los hallazgos en la valoración, completos en registros iniciales.

- ✓ Registrar las valoraciones de cuidados, diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería y los resultados de los cuidados proporcionados.
- ✓ Describir las conductas del paciente de manera objetiva y precisa.
- ✓ Registrar la respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería.
- ✓ Registrar la implicación de los seres queridos.
- ✓ Guardar la confidencialidad del registro.

Intervenciones NIC: 7910 Consulta

Definición: Uso de los conocimientos técnicos para trabajar con aquellos individuos que solicitan ayuda en la resolución de problemas permitiendo que individuos, familias, grupos o instituciones alcancen los objetivos identificados.

- **Actividades NIC**

- ✓ Identificar el propósito de la consulta.
- ✓ Recoger datos e identificar el problema objeto del asesoramiento.
- ✓ Proporcionar conocimientos técnicos a aquellos individuos que soliciten ayuda.

Intervenciones NIC: 7110 Fomentar la implicación familiar

Definición: Facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

- **Actividades NIC**

- ✓ Facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.
- ✓ Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente.
- ✓ Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluyendo resultados esperados e implantación del plan de cuidados.
- ✓ Reconocer y respetar los mecanismos para enfrentarse a la familia.
- ✓ Identificar las dificultades del paciente junto con los miembros de la familia.

Intervenciones NIC: 8060 Transcripción de órdenes

Definición: Transferencia de información de las hojas de órdenes al sistema de documentación y planificación de cuidados del paciente.

- **Actividades NIC**

- ✓ Asegurarse de que la hoja de órdenes se adjunta a la identificación del paciente.
- ✓ Asegurarse de que las órdenes están documentadas según protocolo del centro antes de su consideración.
- ✓ Transferir la orden a la correspondiente hoja de trabajo, formulario de medicación, tira de laboratorio o plan de cuidados.

Intervenciones NIC: 2317 Administración de Medicación subcutánea

Definición: Preparación de medicaciones por vía subcutánea.

- **Actividades NIC**

- ✓ Comprobar las fechas de caducidad del fármaco a administrar.
- ✓ Administrar la inyección utilizando técnicas asépticas.
- ✓ Elegir el lugar de inyección adecuado.
- ✓ Controlar si se producen efectos esperados o adversos.
- ✓ Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo de la institución.

APLICACIÓN

Es la fase de realización y registro de las actividades de enfermería. El registro es imprescindible no sólo para la planificación de las actividades de enfermería, además garantiza la posibilidad de la continuidad de cuidados, facilitando la comunicación entre los profesionales. El registro es la base para poder evaluar los progresos y constituye una herramienta imprescindible en la investigación en materia de cuidados, sin olvidar que además es un requisito legal.

EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios indicadores de los criterios de resultados de las intervenciones.

Tenemos que observar si se han cumplido los objetivos esperados es decir, observar si mediante las intervenciones abordadas hemos podido restaurar el patrón alterado.

La evaluación está presente en cada una de las etapas del Plan de cuidados. Debe ser planificada y continua entre el estado de salud inicial del paciente y los resultados esperados. Debe medir la evolución de la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras. Sólo así sabremos si dichas intervenciones han sido eficaces, o si por el contrario, es necesario introducir algún cambio en el plan.

En esta etapa de evaluación, tenemos que observar si se han cumplido los objetivos esperados es decir, observar si mediante las intervenciones abordadas hemos podido restaurar el patrón alterado. Si en esta evaluación observamos que las actividades realizadas no han sido efectivas, habría que modificar el plan de cuidados.

La evaluación debe ser continua para poder detectar nuevas alteraciones que habría que abordar y elaborar un nuevo plan de cuidados.

CONCLUSIONES

El uso de planes de cuidados en la práctica enfermera, no solo facilita la aplicación de los cuidados de enfermería, también permite unificar criterios en la actuación dentro del equipo de enfermería. La utilización de un lenguaje estandarizado para describir lo que la persona está experimentando y el uso de una metodología homogénea, permite mejorar la calidad de la atención.

En este paciente concreto, según la valoración realizada se pudieron detectar las necesidades alteradas mediante los diagnósticos de enfermería tanto sobre su enfermedad como de las necesidades derivadas de su reciente diagnóstico, y por tanto, del desconocimiento de la misma.

Es importante resaltar la importancia de la participación activa de la familia en su proceso y es fundamental la información individualizada y adaptada a las demandas del paciente y la familia con respecto a la enfermedad, los cuidados y el pronóstico.

La aplicación del plan de cuidados de enfermería permite mejorar la calidad de los cuidados, repercutiendo todo ello en la rapidez de la recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oreja-Guevara C, Miralles A, Garcia-Caballero J, Noval S, Gabaldon L, Esteban-Vasallo MD, et al. Clinical pathways for the care of multiple sclerosis patients. *Neurologia* 2010 Apr;25(3):156-162.

2. Hauser SL, Goodin DS. Esclerosis múltiple y otras enfermedades desmielinizantes. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 17ª ed. Vol.II. Madrid: McGraw Hill; 2008. p. 2611-2620.
3. Téllez N, Montalbán X. Manifestaciones iniciales de la esclerosis múltiple. FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2001; 8(9):606-19.
4. Fernández Fernández O, Fernández Sánchez VE. Esclerosis múltiple. Concepto. Etiopatogenia. Fisiopatología. Manifestaciones clínicas. Investigaciones paraclínicas. Diagnóstico. Historia natural. Elsevier Medicine 2007. Serie 09; 76. p.4867-77.
5. Sadovnick AD, Ebers GC, Wilson RW, Paty DW. Life expectancy in patients attending multiple sclerosis clinics. Neurology. 1992 May;42(5):991-994.
6. Olascoaga J. Quality of life and multiple sclerosis. Rev Neurol. 2010 Sep 1;51(5):279-288.
7. Benito-Leon J, Bermejo-Pareja F. Is the epidemiology of multiple sclerosis changing? Rev Neurol. 2010 Oct 1;51(7):385-386.
8. de Sa J. Epidemiology of multiple sclerosis in Portugal and Spain. Rev Neurol. 2010 Oct 1;51(7):387-392.
9. Sastre-Garriga J, Rovira A, Bonaventura I, Escudero-Torrella J, Marco-Igual M, Aymerich X, et al. Spanish multi-centre observational study of the first attacks suggestive of multiple sclerosis: the PREM cohort. Rev Neurol. 2011 Nov 16;53(10):577-583.
10. Otero S, Batlle J, Bonaventura I, Brieva L, Bufill E, Cano A, et al. Multiple sclerosis epidemiological situation update: pertinence and set-up of a population based registry of new cases in Catalonia. Rev Neurol. 2010 May 16;50(10):623-633.
11. Arbizu T, Arroyo-González R, Casanova I, Estruch B, Fernández O, Izquierdo Ayuso G, Montalbán X. El diagnóstico precoz de esclerosis múltiple en urgencias: una necesidad con importantes implicaciones terapéuticas. Emergencias. 2011;23:140-145.
12. Mestas L, Salvador J, Gordillo F. Reserva cognitiva y déficit en la planificación en pacientes con esclerosis múltiple. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012;32:55-65.
13. Grau-López L, Sierra S, Martínez-Cáceres E, Ramo-Tello C. Analysis of the pain in multiple sclerosis patients. Neurologia. 2011 May;26(4):208-213.

14. Bermejo PE, Oreja-Guevara C, Díez-Tejedor E. Pain in multiple sclerosis: prevalence, mechanisms, types and treatment. *Rev Neurol*. 2010 Jan 16;31;50(2):101-108.
15. Abad P, Nogales-Gaete J, Rivera V, Cristiano E, Hamuy F, Oehninger C, et al. LACTRIMS consensus document for the pharmacological treatment of the multiple sclerosis and its clinical variants. *Rev Neurol* 2012 Dec 16;55(12):737-748.
16. Barraquer-Bordas L. Extremely mild forms of multiple sclerosis with very long evolution. *Arq Neuropsiquiatr*. 1997 Sep;55(3A):467-471.
17. Moorhead S, Johnson M, Mass ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
18. Herman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona. Elsevier; 2013
19. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Barcelona: Elsevier; 2003.
20. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochtermann J, editores. Clasificaciones de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
21. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey-Dochtermann J, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Madrid: Elsevier; 2006.

Recibido: 16 mayo 2014.

Aceptado: 21 diciembre 2014.