



UNIVERSIDAD DE JAÉN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN ENFERMERÍA  
Trabajo Fin de Grado

**La vida es sueño:  
DISOMNIAS.  
Un caso clínico.**

Autora: Genoveva Cobler Ibancos  
Tutora: Pilar Peña Amaro

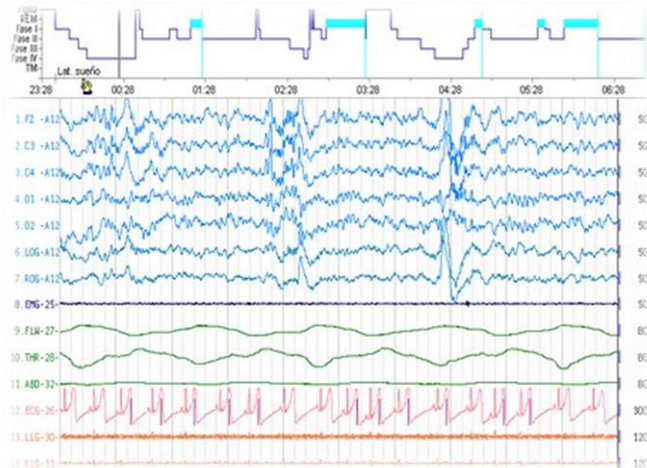
Jaén, 10 de Junio de 2015



UNIVERSIDAD DE JAÉN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN ENFERMERÍA  
Trabajo Fin de Grado

# La vida es sueño: DISOMNIAS. Un caso clínico.



Autora: Genoveva Cobler Ibancos

Tutora: Pilar Peña Amaro  
Jaén, 10 de Junio de 2015

## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1. Apnea del sueño. ....</b>	<b>3</b>
2.1.1. Apnea central del sueño.....	4
2.1.2. Apnea obstructiva del sueño.....	4
2.1.3. Prevalencia de la apnea del sueño.....	4
2.1.4. Etiología de la apnea del sueño.....	4
2.1.5. Diagnóstico de la apnea del sueño.....	5
<b>2.2. Narcolepsia. ....</b>	<b>5</b>
2.2.1. Crisis de sueño diurno.....	5
2.2.2. Crisis de cataplejía. ....	5
2.2.3. Alucinaciones hipnagógicas.....	6
2.2.4. Parálisis del sueño.....	6
2.2.5. Prevalencia de la narcolepsia. ....	6
2.2.6. Etiología de la narcolepsia. ....	7
2.2.7. Diagnóstico de la narcolepsia. ....	7
<b>2.3. Revisión bibliográfica.....</b>	<b>8</b>
<b>3. METODOLOGÍA, MARCO TEÓRICO Y JUSTIFICACIÓN. ....</b>	<b>9</b>
3.1. Metodología.....	9
3.2. Marco teórico. ....	9
3.3. Justificación.....	10
<b>4. PRESENTACIÓN DEL CASO.....</b>	<b>11</b>
<b>5. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....</b>	<b>15</b>
<b>6. PLAN DE CUIDADOS.....</b>	<b>23</b>
6.1. Fase diagnóstica. ....	23
6.2. Fase de planificación.....	24
6.3. Fase de ejecución.....	32
6.4. Fase de evaluación. ....	34
<b>7. DISCUSIÓN.....</b>	<b>42</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>45</b>

## **1. RESUMEN.**

Se define como Disomnias a los trastornos primarios del inicio o el mantenimiento del sueño, o de somnolencia excesiva, que se caracterizan por un trastorno de la cantidad, la calidad y el horario del sueño. Incluye el Insomnio primario, la Hipersomnias primaria, la Narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano y la Disomnias no especificada.

El caso clínico que se presenta es el de un paciente diagnosticado de Hipersomnias severa y Apnea de Sueño. Tras una valoración inicial se elaboró un plan de cuidados, siguiendo el modelo conceptual de Joyce Travelbee. Se detectan las necesidades alteradas y se formulan los principales diagnósticos de enfermería, siguiendo la taxonomía NANDA, NIC y NOC incluyendo, lógicamente, criterios de resultados deseados e intervenciones enfermeras.

**Palabras clave:** Disomnias. Hipersomnias. Apnea de Sueño. Caso clínico. Plan de cuidados de enfermería.

## **ABSTRACT.**

Dyssomnias are primary disorders of starting or maintaining sleep or of excessive sleepiness and are characterized by a disturbance in the amount, quality, or timing of sleep. It includes primary Insomnia, primary Hypersomnia, Narcolepsy, sleep disorders related to breathing, circadian rhythm disorder and unspecified Dyssomnia.

The clinical case presented is that of a patient diagnosed with severe Hypersomnia and Sleep Apnea. After an initial assessment a care plan is developed, following Joyce Travelbee conceptual model. The altered needs are identified and the main nursing diagnoses are formulated, according to the taxonomies of the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), nursing interventions classification (NIC) and nursing outcomes classifications (NOC) and it includes, logically, desired outcomes and nursing interventions.

**Keywords:** Dyssomnia. Hypersomnia. Sleep Apnea. Clinical case. Nursing care plan.

## **2. INTRODUCCIÓN.**

Las Disomnias son definidas como los trastornos primarios del inicio o el mantenimiento del sueño, o de somnolencia excesiva, que se caracterizan por un trastorno de la cantidad, la calidad y el horario del sueño.<sup>1</sup>

Dentro de las Disomnias se distingue un grupo de trastornos cuyo síntoma más importante es la somnolencia diurna excesiva o Hipersomnia, definida como la incapacidad de mantener un nivel de vigilancia adecuado durante el día.<sup>2</sup>

La Hipersomnia se caracteriza por producirse en momentos no apropiados (trabajo, conduciendo, actos sociales, etc.). No desaparece tras aumentar el tiempo de sueño nocturno y produce repercusiones significativas sobre el rendimiento cognitivo, la actividad motora y el funcionamiento sociolaboral del sujeto.

Las causas de la Hipersomnia son trastornos generales como anemia, hipotiroidismo, encefalopatías tóxico-metabólicas, trastornos psiquiátricos y uso de fármacos (Benzodiacepinas).<sup>3</sup>

En adultos las causas más frecuentes de Hipersomnia son el síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (60%) y la Narcolepsia (25%).<sup>4</sup>

De entre todas la Disomnias, nos centraremos la Apnea del Sueño y la Narcolepsia.

### **2.1. Apnea del sueño.**

La **Apnea de Sueño**, denominada también “disfunción respiratoria profunda”, es una interrupción respiratoria que ocurre durante el ciclo del sueño, se caracteriza por pausas repetitivas de la respiración llegando a ocasionar una hipoxia. Suele producirse por adoptar posiciones inadecuadas durante el sueño, es frecuente en personas de la tercera edad y predomina en el sexo masculino. Las personas que tienen mayor riesgo de desarrollar este trastorno son los sujetos con obesidad, paladar blando amplio, desviación del tabique, úvula atrófica y macroglosia. El individuo puede presentar somnolencia excesiva durante el día, insomnio, depresión y cansancio.<sup>5</sup>

### **2.1.1. Apnea central del sueño.**

Se observa **Apnea Central del Sueño** en pacientes con diversas lesiones de la parte baja del tallo cerebral que ponen peligro a la vida y con un trastorno conocido como síndrome de hipoventilación primaria o idiopática. Este último término se aplica a las muchas formas de pérdida total de la respiración automática, en especial durante el sueño. Los pacientes despiertan con frecuencia durante la noche, por lo general después de un periodo apneico, y a menudo se quejan de insomnio. Los ronquidos son leves e intermitentes.

### **2.1.2. Apnea obstructiva del sueño (SAOS).**

La **Apnea de tipo obstructiva** es más común que la variedad central pura. Se relaciona con la obesidad y raras veces con acromegalia, mixedema, micrognatia y distrofia miotónica. Se caracteriza por ronquidos ruidosos de un tipo especial. Tras cierto periodo de respiración regular pero ruidosa sobreviene la desaparición de los esfuerzos respiratorios y luego el flujo de aire se interrumpe a pesar de los esfuerzos inspiratorios repetidos. Después de un periodo prolongado de apnea (de 10 a 30 segundos o incluso más) el paciente efectúa una serie de esfuerzos respiratorios cada vez más intensos hasta que la respiración se readopta, acompañada de ronquidos muy intensos o de despertar breve.<sup>6</sup>

### **2.1.3. Prevalencia de la apnea del sueño.**

En adultos, es más habitual en hombres que en mujeres (3:1); sin embargo, en prepúberes no existe diferencia en relación al sexo. La prevalencia de la Apnea Obstructiva del Sueño puede llegar hasta el 10% de la población, y se incrementa en la edad tardía. La prevalencia de la Apnea Central es la décima parte que la obstructiva y es más común en ancianos.<sup>7</sup>

El 43% de los pacientes con somnolencia presenta apneas del sueño. Es un trastorno común, con mayor prevalencia en los hombres (4%) que en las mujeres (2%) en la tercera edad, con sobrepeso u obesidad.<sup>8</sup>

### **2.1.4. Etiología de la apnea del sueño.**

La Apnea Central se produce cuando el cerebro deja temporalmente de enviar señales a los músculos que controlan la respiración.<sup>5</sup> Las apneas obstructivas del sueño se deben fundamentalmente a que los músculos que normalmente mantienen las vías

respiratorias abiertas se relajan y se abomban durante el sueño, haciendo que la lengua, las amígdalas, el paladar blando y la úvula bloqueen repetidamente la respiración.<sup>6</sup>

### **2.1.5. Diagnóstico de la apnea del sueño.**

El diagnóstico definitivo se consigue mediante una prueba conocida como polisomnografía. Se trata de un tipo de estudio del sueño donde se evidencian los episodios del cese de la respiración. Esta prueba consiste en situar una serie de sensores (electrodos) en diversas zonas del cuerpo y conectarlos a un equipo que vigila la actividad del corazón, los pulmones y el cerebro, así como los patrones respiratorios, los movimientos de los brazos y las piernas, y las concentraciones de oxígeno en la sangre. De esta manera, el registro que se consigue proporciona información sobre la existencia de apneas, el número de estas y las repercusiones que han tenido en los diferentes órganos.<sup>9</sup>

## **2.2. Narcolepsia.**

La **Narcolepsia** es un síndrome clínicamente caracterizado por la presencia de somnolencia diurna excesiva y ataques de sueño, acompañado de uno o más síntomas asociados tales como cataplexia, parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas. El sueño nocturno se encuentra también sensiblemente alterado, siendo característica principal una latencia muy corta para el inicio del sueño REM.

### **2.2.1. Crisis de sueño diurno.**

El paciente permanece somnoliento y aletargado durante el día, y presenta varios episodios de sueño, repentino e intenso. Puede dormirse a cualquier hora del día, y en cualquier situación, ya que la entrada en el sueño puede ser tan brusca que el paciente no se da cuenta de que se duerme, y esto puede suponer caídas y accidentes. La somnolencia se acentúa lógicamente en los momentos en los que hay más tendencia al sueño, como después de la comida. Tras dormir, aunque sea un rato breve, el paciente suele despertarse descansado y despejado durante un tiempo variable.

### **2.2.2. Crisis de cataplejía.**

Las crisis de cataplejía consisten en una brusca relajación muscular, sin pérdida de conciencia, desencadenada por un estímulo como la risa, emociones intensas como el miedo, el enfado o la alegría, o por realizar movimientos bruscos; pero también pueden

ocurrir sin que exista ningún factor desencadenante. El paciente nota que se le caen los párpados, la mandíbula o la cabeza hacia delante, y que se le aflojan los brazos y las piernas, por lo que puede llegar a caer al suelo. Las crisis de cataplejía suelen ser muy breves, de unos segundos, pero pueden durar varios minutos, y suelen darse varias veces al día. Además, pueden afectar a un número limitado de músculos o comprometer la mayor parte de la musculatura corporal.

### **2.2.3. Alucinaciones hipnagógicas.**

Se trata de experiencias muy reales (imágenes y sonidos), con frecuencia, aterradoras, que se producen cuando la persona pasa de la vigilia al sueño. El paciente tiene dificultades para distinguir las alucinaciones de lo que es real, por eso resultan tan inquietantes.

### **2.2.4. Parálisis del sueño.**

Consiste en la incapacidad para moverse o hablar durante un breve periodo de tiempo al despertar o al quedarse dormido. Puede acompañarse de una sensación de zumbido o presión en los oídos y cede de forma espontánea o gracias a estímulos o ruidos externos.<sup>10</sup>

### **2.2.5. Prevalencia de la narcolepsia.**

La Narcolepsia se presenta de carácter irresistible y de ocurrencia en situaciones fuera de lo común, como cuando el individuo se encuentra de pie, comiendo o sosteniendo una conversación. Se pueden experimentar episodios de conducta automática y amnesia.

Con frecuencia el sueño nocturno se interrumpe y reduce. Los narcolépticos tienen un aumento de la incidencia de apnea de sueño y de movimientos periódicos de las piernas y el cuerpo, pero no de sonambulismo.

Los ataques catapléjicos ocurren sin provocación en quizás el 5% de los casos. Duran sólo unos cuantos segundos o un minuto o dos y su frecuencia varia. Casi todos los ataques de cataplejía son parciales (es decir, sólo queda colgante el maxilar inferior).

Una vez que se establecen, la Narcolepsia y la cataplejía por lo general continúan por el resto de la vida del paciente.<sup>5</sup>



La Narcolepsia afecta por igual a hombres y mujeres. La prevalencia estimada es de entre el 0,02 y el 0,16% en la población adulta.<sup>6</sup>

#### **2.2.6. Etiología de la narcolepsia.**

La causa de esta enfermedad es desconocida, aunque todos los pacientes estudiados presentan haplotipos HLA específicos, lo que sugiere un origen genético. Se ha reconocido un vínculo significativo entre éste y alelos específicos del complejo mayor de histocompatibilidad (MHC). Se observa una asociación especialmente fuerte con HLA-DR2, es decir, con el alelo 2 del locus HLA-DR. Los individuos con el marcador DRB1\*1501 (alelo más específico del antígeno DR2) tienen una probabilidad de desarrollar la enfermedad muy superior a la de los que carecen del mismo. Se ha establecido que tal probabilidad es cien veces mayor en las personas con DR2 respecto de aquellas sin DR2 (riesgo relativo aproximado). Más recientemente, las investigaciones se han centrado en otros alelos específicos de HLA (sobre todo, DQB1\*0602 y DQA1\*0102), los cuales también predisponen para la enfermedad (y lo hacen en forma más significativa que DR2).<sup>11</sup>

#### **2.2.7. Diagnóstico de la narcolepsia.**

Los criterios diagnósticos de Narcolepsia según la International Classification of Sleep Disorders (ICSD):

A. El paciente se queja de excesiva somnolencia diurna, que ocurre casi diariamente durante los últimos tres meses.

B. Una historia de cataplejía definida como episodios repentinos y transitorios de pérdida del tono muscular desencadenado por emociones.

C. Confirmarse el diagnóstico mediante Polisomnografía Nocturna (PSGn) seguida de una Prueba Múltiple de Latencias de Sueño (PMLS). La latencia media de sueño debe ser menor o igual a 8 minutos con 2 o más entradas en REM, seguidas a un sueño nocturno suficiente durante la noche anterior a la prueba (mínimo seis horas). La PMLS es la técnica de elección en la mayoría de los casos, siendo especialmente útil en casos sin cataplejía.

D. Que alternativamente los niveles de hipocretina-1 en LCR son menores o iguales a 110 pg/mL o un tercio de los valores normales de los controles.

E. La Hipersomnia no es explicada por otro trastorno del sueño neurológico o mental, por uso de medicamentos o trastorno de abuso de sustancias.<sup>12</sup>

### 2.3. Revisión bibliográfica.

En nuestra revisión bibliográfica, se han obtenido los resultados siguientes:

BASE DE DATOS	CADENA	FECHA	Nº RESULTADOS	REVISADOS
<b>Cuiden Plus</b>	Hipersomnia	15/12/2014	1	1
<b>Cuiden Plus</b>	Apnea and sueño	15/12/2014	42	5
<b>Cuiden Plus</b>	Narcolepsia	15/12/2014	6	0
<b>Cochrane en español</b>	Hipersomnia	17/12/2014	2	0
<b>Cochrane en español</b>	Apnea del sueño	17/12/2014	21	3
<b>Cochrane en español</b>	Apnea y sueño y (intervencion* o cuidad* o actividad*)	17/12/2014	10	1
<b>Cochrane en español</b>	Narcolepsia	17/12/2014	0	0
<b>CINAHL</b>	Hypersomnia	27/01/2015	78	1
<b>CINAHL</b>	Sleep apnea and care and nursing	27/01/2015	23	1
<b>CINAHL</b>	Narcolepsy	27/01/2015	58	3

*Tabla 1: Revisión bibliográfica en distintas bases de datos (elaboración propia).*

OTRAS FUENTES	CADENA	FECHA	Nº RESULTADOS	REVISADOS
<b>Google Académico</b>	Disomnia	18/02/2015	158	19
<b>Google Académico</b>	Disomnia y epidemiología	18/02/2015	26	10
<b>Google Académico</b>	Narcolepsia y HLA	09/03/2015	303	37

*Tabla 2: Revisión bibliográfica en otras fuentes (elaboración propia).*

### **3. METODOLOGÍA, MARCO TEÓRICO Y JUSTIFICACIÓN.**

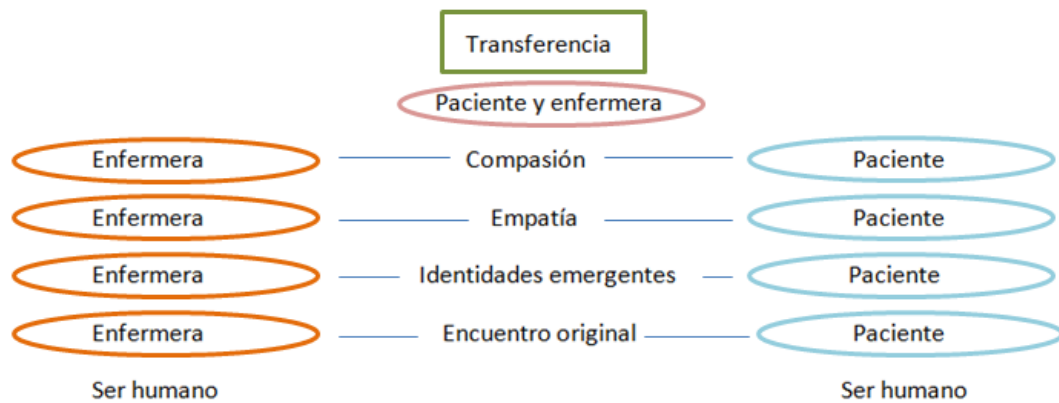
#### **3.1. Metodología.**

Para la realización del caso hemos llevado a cabo una valoración al paciente según los patrones funcionales de Marjory Gordon<sup>13</sup>, estableciendo un plan de cuidados individualizado atendiendo a los patrones funcionales alterados siguiendo taxonomía NANDA<sup>14</sup>, NOC<sup>15</sup> y NIC<sup>16</sup>, incluyendo criterios de resultados deseados e intervenciones enfermeras.

#### **3.2. Marco teórico.**

Joyce Travelbee presentó su teoría de la relación entre seres humanos en su libro *Interpersonal Aspects of Nursing*<sup>17</sup>. Publicó principalmente a mediados de la década de 1960 y murió en 1973, a una edad relativamente temprana. Propuso que el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, a encontrar un significado para estas experiencias, siendo el fin último la presencia de la esperanza. La obra de Travelbee era conceptual y escribió sobre las enfermedades, el sufrimiento, el dolor, la esperanza, la comunicación, la interacción, la empatía, la compasión, la transferencia y el uso terapéutico del propio yo. Propuso que la enfermería se lleva a cabo mediante relaciones entre seres humanos que comienzan con el encuentro original, que progresa a través de fases de identidades emergentes, sentimientos progresivos de empatía y, posteriormente, compasión, hasta que la enfermera y el paciente consiguen la transferencia en la última fase (*figura 1*). Travelbee creía que era tan importante solidarizarse como empatizarse con el paciente si enfermera y paciente tenían que desarrollar una relación entre seres humanos<sup>18</sup>. Fue explícita en cuanto a la espiritualidad de paciente y enfermera, observando lo siguiente:

“Se piensa que los valores espirituales que mantiene una persona determinada, en gran medida, su percepción de la enfermedad. Los valores espirituales de la enfermera y sus opiniones filosóficas sobre la enfermedad y el sufrimiento determinarán hasta qué grado podrá ayudar a un enfermo a encontrar o no el significado en estas situaciones”<sup>17</sup>.



*Figura 1: Relación enfermera – paciente.*

La teoría de Travelbee amplió las teorías de relación interpersonal de Peplau y Orlando, pero su síntesis exclusiva de las ideas diferenció su trabajo en cuanto a la relación humana terapéutica entre la enfermera y el paciente.<sup>19</sup>

### **3.3. Justificación.**

Es muy poco lo que se sabe sobre las Disomnias en adultos. La mayoría de las investigaciones se llevan a cabo con población infantil y adolescente. Este es uno de los aspectos que más nos ha motivado a seguir adelante con este caso clínico, pues el ver que no encontrábamos información suficiente nos ha hecho realizar una investigación personal, en la que la evidencia científica eran nuestros propios resultados.

Este caso clínico está enfocado desde el modelo conceptual de Joyce Travelbee y su modelo de relaciones entre seres humanos. En nuestro caso hemos tenido una relación muy directa y hemos vivido este proceso de enfermedad desde el comienzo. Se trata de una relación persona a persona (enfermera – paciente) en la que también se incluye a la familia y donde se han establecido lazos afectivos y de comunicación.

Hemos elegido este caso clínico tras llevar viendo a este paciente dos años en los que, tras realizarle varias pruebas diagnósticas, una intervención quirúrgica y haber pasado por varias revisiones en especialistas, sigue presentando la misma clínica e, incluso, ha empeorado. No sólo veíamos como el paciente iba empeorando con el tiempo, sino que también hemos podido observar como toda familia sufría las consecuencias y, en especial su mujer, la cual está llevando la carga no sólo del hogar sino de la enfermedad de su marido pues ha cambiado su vida por completo y, por esta razón, también hemos querido abordarla en este trabajo.

Pensamos, también, que es un tema de especial interés para la enfermería, pues es un caso peculiar, del cual apenas hay investigación y, al mismo tiempo, queríamos darlo a conocer pues hemos podido comprobar que la sociedad tiene un gran desconocimiento de esta enfermedad.

#### **4. PRESENTACIÓN DEL CASO.**

Varón de 55 años de edad, diagnosticado de Hipersomnia severa y Apnea de Sueño en 2013, en tratamiento farmacológico con Presión Positiva Continua en la Vía Aérea (CPAP) con mascarilla buconasal a 8,5 cm H<sub>2</sub>O con humidificador, Furoato de fluticasona, Pantoprazol, Levosulpirida, Simvastatina, Ácido fólico, Fero-gradumet y Modafinil. Como antecedentes personales presenta hernia de hiato, migraña, vértigos de Meniere y erosiones gástricas en antro. Exfumador desde hace 18 años. En 2002 sufrió un accidente del cual fue intervenido por una fractura de extremo inferior de radio y cubito cerrada, situación por la cual es pensionista y presenta una minusvalía del 33%.

En lo que respecta a los antecedentes familiares, su padre murió con 58 años de silicosis y su madre murió con 56 años de un parada cardiorrespiratoria. Refiere que su madre también dormía mucho durante el día, pero él y sus hermanos pensaban que era por la medicación que tomaba.

#### **Valoración inicial en el servicio de neumología del Hospital San Agustín el día 19/02/2013.**

El motivo de consulta es hipersomnia diurna ociosa y activa.

Es roncador, no sabe si hace pausas de apnea, cansancio diurno habitual, con despertares nocturnos habituales, cefalea matutina, no déficit de memoria.

Medicación activa: Hidrocortisona 10mg/g.

A la exploración se observa: SatO<sub>2</sub> 98%, en la auscultación cardiopulmonar tonos rítmicos sin soplos y murmullo vesical conservado sin ruidos sobreañadidos.

Se realiza Test de Epworth, obteniéndose 21 puntos.

Se solicita valoración del Síndrome de Apnea – Hipopnea del Sueño (SAHS). Cita en consulta con Espirometría, Rx tórax, EKG, Estudio del Sueño, Hormonas y analítica.

Tratamiento: Perder peso.

**Revisión en consulta de neumología el día 17/05/2013.**

Acude a consulta para nueva valoración de SAHS, tiene pendiente la realización de pruebas. Refiere tos y expectoración mucosa blanquecina, su médico de cabecera le ha prescrito tratamiento con Atrovent.

Pruebas diagnósticas: Rx tórax normal, EKG normal, Espirometría (mal realizada).

Resultado de analítica: descenso del número de hematíes y aumento del colesterol. Resto de la analítica normal.

Tratamiento: Foster 2 inhalaciones c/12h y Atrovent de rescate a demanda si tos, pitos o ahogo.

Se vuelve a citar cuando se realice el Estudio de Sueño y la Espirometría.

**El día 19/11/13 se realiza el Estudio Poligráfico Respiratorio Nocturno Domiciliario (Estudio del sueño).**

El estudio se realiza sin incidencias. El resultado es Índice de Apnea-Hipopnea (IAH) de 86,1.

**Revisión en consulta de neumología el día 26/03/2014.**

Continúa con Hipersomnia diurna igual. No ha perdido peso. El juicio clínico tras estudio del sueño es SAHS severo.

Tratamiento: Perder peso, evitar alcohol y miorrelajantes por la noche, CPAP con mascarilla nasal a 7 cm H<sub>2</sub>O, Pantoprazol 20mg 1 comprimido c/24 horas, Furoato de Fluticasona 27,5 mcg/dosis pulverizador nasal 4 c/24 horas, revisión a los 3 meses.

**Vuelve a su revisión en consulta de neumología el día 10/12/2014.**

Continúa con somnolencia a pesar de utilizar CPAP a diario. Nota fugas orales importantes. Cumple unas 6 horas en la noche. No ronca con CPAP puesta. Refiere que por la mañana expulsa mucosidad blanca que le hace vomitar. Sequedad oral matutina. No ha perdido peso. Congestión nasal ocasional.

Tratamiento: Se insiste en la pérdida de peso, evitar alcohol y miorrelajantes por la noche, CPAP con mascarilla buconasal a 8,5 cm H<sub>2</sub>O con humidificador, lavados nasales con agua de mar estéril o Suero Fisiológico a diario, revisión a los 6 meses.

Su neumóloga lo deriva al servicio de otorrinolaringología por obstrucción nasal y epistaxis de repetición, prácticamente diarias.

#### **Acude al servicio de otorrinolaringología por primera vez el día 02/04/2014.**

Se le realiza: Rinoscopia anterior, Nasofibroscoopia y se le infiltra Etoxiesclerol a ambos lados del septum en la región de la mucosa friable.

Se solicita analítica y cultivo nasal.

Diagnósticos de la especialidad: Epistaxis de repetición e IRN (Insuficiencia Respiratoria Nasal).

#### **Revisión en consulta de otorrinolaringología el día 09/04/2014.**

Resultados del cultivo nasal: Flora saprófita y Staphylococcus Coagulasa Negativa.

El paciente a pesar del tratamiento refiere congestión nasal constante y epistaxis de repetición.

Tratamiento: Continuar con tratamiento anterior y realización de una radiofrecuencia de cornete inferior izquierdo. Se le explica la intervención, firma el consentimiento informado y se incluye en lista de espera quirúrgica.

#### **Servicio quirúrgico de Otorrinolaringología día 13/06/2014.**

El paciente ingresa con el diagnóstico de Hipertrofia Turbinal para tratamiento quirúrgico, se realiza bajo sedación una reducción turbinal.

Evoluciona favorablemente por lo que se procede al alta.

Recomendaciones: Durante la intervención se le coloca un taponamiento nasal, se le advierte que mientras lo lleve, son normales molestias, como congestión nasal, sequedad en la boca o garganta, lagrimeo, molestias en la nariz o la cara y pesadez de cabeza, por lo que podrá tomar Paracetamol 1g c/6 horas. Debe evitar medicamentos que contenga Ácido Acetilsalicílico y los antiinflamatorios en general. Es normal que

drene algo de sangre y manche las gasas o los algodones, pudiendo ser necesario el cambio de las mismas con ayuda de su cuidador.

Por otro lado, el paciente acude a su médico de Atención Primaria el día 01/10/2013 refiriendo historia de pirosis durante muchos años, prácticamente todos los días. A menudo tiene regurgitaciones nocturnas. A veces tiene arcadas y vómitos de contenido alimentario o bilioso. No tiene dolor torácico. Normalidad del ritmo intestinal. Por todo esto, su médico decide derivarlo al servicio de Aparato Digestivo.

**El día 08/11/2013 acude al servicio de Aparato Digestivo del A.H. San Agustín y el informe es el siguiente:**

Se solicita gastroscopia y test de ureasa, que se realiza el día 15/01/2014. Acude a revisión el día 16/01/2014 donde se le informa del juicio clínico: Hernia de hiato, erosiones gástricas, Enfermedad por Reflujo Gastro-Esofágico (ERGE).

Por otro lado, el paciente sufre un dolor intenso e impotencia funcional en hombro izquierdo, sin traumatismo previo. Su médico de AP lo pone bajo tratamiento con Voltarén, con el cual siente algo de mejoría y lo deriva al servicio de Medicina Física y Rehabilitación del mismo hospital, donde acude el día 29/07/2014.

En la exploración siente dolor a la abducción a  $>90^\circ$  y rotaciones, con limitación a últimos grados, presentando síndrome subacromial izquierdo.

Se solicita control de TA y glucemia y una ecografía bilateral de hombro la cual se realiza el día 09/09/2014, con un resultado diagnóstico de tendinosis supraespinoso izquierda.

Tratamiento: Rehabilitación durante 15 días y Naproxeno 550 mg c/12 horas.

Alta el día 02/12/2014 tras encontrarse mejor clínicamente, buen control de TA y glucemia aceptable. Se le recomienda evitar los esfuerzos, realización de ejercicios domiciliarios de hombro y control por su médico de AP al alta.

**El día 06/12/2014 acude al servicio de urgencias del centro de salud La Purísima Concepción de La Carolina.**

Presenta mucho dolor e impotencia funcional en talón izquierdo. Tras valoración por el médico y analítica, presenta un episodio de gota con un valor de ácido úrico en sangre



de 8,3 mg/dl. El tratamiento prescrito es Colchicina. Tras finalización del tratamiento los niveles de Ácido Úrico en sangre son normales.

El día 11/12/2014 su médico de cabecera tras valorar los resultados de la revisión de neumología, procede a derivación por protocolo al servicio de Neurología bajo juicio clínico de Narcolepsia.

### **Primera visita a consulta en el servicio de neurología del Complejo Hospitalario de Jaén el día 05/02/2015.**

Tras su valoración, el neurólogo solicita: TAC craneal y Estudio Polisomnográfico de Sueño – Test de Latencias Múltiples de Sueño (TLMS) para estudio de Hipersomnolencia.

Tratamiento: Modafinilo 100 mg/día por la mañana. A la semana se precisa subir a 100 mg en desayuno y 100 mg a medio día; dormir por la noche; no tomar café ni tranquilizantes; no beber alcohol y evitar obesidad. Seguir las indicaciones de neumología con CPAP.

Realización de TAC sin contraste IV de cráneo el 03/03/2015, exploración sin hallazgos patológicos significativos.

Pendiente de realización del TLMS, programado para el día 21/05/2015.

## **5. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.**

### **PERCEPCIÓN-MANTENIMIENTO DE LA SALUD.**

Buen estado de salud en general. No alergias. Actualmente padece hipersomnolia y apnea de sueño, tendinosis supraespinosa izquierda, descompensación de TA, de la glucemia y del colesterol. También presenta prurito espontáneo generalizado por todo el cuerpo.

Antecedentes: hernia de hiato, sinusitis, migraña, vértigos de Meniere y erosiones gástricas en antro. En 2002 sufrió un accidente del cual fue intervenido por una fractura de extremo inferior de radio y cubito cerrada, situación por la cual presenta una minusvalía del 33%.

Paciente polimedicado cuyo tratamiento actual consiste en CPAP y Furoato de Fluticasona, Pantoprazol, Levosulpirida, Diclofenaco, Simvastatina. Nolotil y Cetirizina según sintomatología. Reconoce todo el tratamiento, sabe para qué es cada medicación y sabe explicarla.

Refiere tener poca información de su enfermedad. Tiene el CPAP y sabe qué es para las apneas y sabe cómo funciona pero no sabe qué es una apnea. Se la diagnosticaron, le mandaron el tratamiento y va a sus revisiones pero solo eso. Lo mismo le pasó cuando se operó de los cornetes, le dijeron que tenían y operarlo, lo operaron, pero nadie le explicó la operación. Manifiesta que no tiene una percepción real de su situación y no sabe porque se duerme.

Paciente intervenido en varias ocasiones, la primera intervención fue de un forúnculo anal en el 1989. Artrodesis radiocarpiana en 2003 de la mano derecha por una fractura. Una turbinectomía en 2014.

Como acciones preventivas se vacuna todos los años de la gripe, pero reconoce no hacerse revisiones de próstata. No fuma, es exfumador desde hace 19 años. No consume alcohol, sólo refiere tomar una cerveza al día, en alguna ocasión dos.

Antecedentes de un accidente de tráfico en el año 2000, en el cual reconoce que se quedó dormido mientras conducía.

No antecedentes de caídas.

## **NUTRICIONAL Y METABÓLICO.**

Paciente que pesa 87 Kg y mide 164 cm (IMC de 32,35 - obesidad tipo 1).

Refiere comer de todo, dice que su mujer no es de hacer comida con mucha grasa, que muy raramente come fritos. Se cuida un poco de la sal. Le gusta más la carne que el pescado. No toma ningún suplemento alimenticio. A parte de realizar sus cinco comidas al día, reconocer estar picoteando durante todo el día, no puede evitar ir a la cocina y comer cualquier cosa que vea.

Come pescado 2-3 veces/semana, carne: 4-5 veces/semana, verdura: 3-4 veces/semana, legumbres: 2-3 veces/semana, fruta solo le gustan las naranjas, los plátanos y la sandía, pan diario aproximadamente media barra, dulces sólo cuando los

ve le apetece y se come uno, si no los ve no le da deseo y leche 2 vasos/día (uno por la mañana y otro por la noche).

Desde que se quedó en paro en 2012 ha ganado peso, aproximadamente 10 Kg, peso que justifica al quedarse sin empleo y no hacer ejercicio.

En lo que respecta a la ingesta de líquido refiere beber en torno al litro y medio al día.

Vomita todos los días por la mañana nada más levantarse. Me describe que cuando se incorpora siente muchas náuseas y empieza a toser y es cuando vomita gran cantidad de mocos.

No dificultades para masticar. No alteraciones del gusto. No caries. Le faltan 3 piezas dentales. Tiene dos prótesis dentales. Se lava los dientes dos veces al día, después de desayunar y cuando va a acostarse. No le cuesta masticar aunque dice hace ruidos muy raros mientras come porque como tiene mucha mucosidad durante el día, al tener la nariz taponada tiene que respirar por la boca y le cuesta comer y respirar a la vez.

Temperatura 36,5 °C. Buen estado de la piel, buena coloración, no deshidratación. Presenta edemas en ambos pies (fóveas de 1+). Piel grasa excepto las manos, sobre todo la mano derecha que es la accidentada, las tiene muy reseca y agrietadas. Tiene muchas pecas y presenta dos verrugas, una en la frente y otra en el cielo de la boca. No hematomas. Temperatura de los miembros iguales, excepto la mano derecha que es ligeramente inferior.

Presenta anemia desde principios del 2013, momento en el que empezó su valoración en el servicio de neumología.

## **ELIMINACIÓN.**

**INTESTINAL:** Continente. Manifiesta no tener problemas para la defecación (una vez al día, a primera hora de la mañana nada más levantarse), aunque en alguna ocasión se le han producido fisuras por el esfuerzo. Heces normales tirando a duras. No hemorroides. Lo que si refiere tener son muchos gases.

**URINARIA:** Continente. Orina entre diez y doce veces al día, incluso se levanta a orinar por la noche dos o tres veces. Comenta que orina a “*trompicones*”, que empieza a orinar, se le corta y vuelve a orinar y lleva así unos cuatro años. No sabe decirme la cantidad aproximada que puede llegar a orinar en un día.

No presenta molestias ni al orinar ni al defecar ni toma ninguna ayuda para hacerlo.

Gran sudoración. Me cuenta que una vez hace 10 años, sudó tanto que llegó a deshidratarse. Presentó una hipopotasemia.

### **ACTIVIDAD Y EJERCICIO.**

Presenta dificultad para respirar y él cree que es por la gran retención de mocos. Si sube o baja las escaleras se fatiga, si se acacha para atarse los cordones de los zapatos siente que le falta el oxígeno y cuando come también tiene problemas para comer y respirar a la vez.

Como hemos comentado, presenta un brote de tos cuando se levanta por la retención de mocos nocturna hasta que se produce el vómito. También comenta que después de estornudar le da como “*garraspera*” y se pone a toser. Es tos seca.

Actualmente en tratamiento con CPAP y Furoato de Fluticasona.

En el momento de la valoración presenta una FR de 13 rpm, una FC de 70 ppm con pulso rítmico y una TA de 130/75 mmHg.

No ruidos respiratorios.

Algunas veces le dan calambres en las manos y se le quedan los dedos engarrotados.

Desde el accidente laboral no puede trabajar en su oficio que era encofrador. Con la mano derecha no puede coger peso, comenta que le falla y se le caen las cosas.

Debido a la hipersomnia siempre que va a algún sitio tiene que ir alguien con él porque conduciendo se duerme o si va a comprar se duerme en lo alto del carro.

Intenta realizar ejercicio, como andar, correr o sacar al perro, pero no lo hace todos los días, a pesar de tener mucho tiempo libre ya que está jubilado, pero reconoce que no le gusta. Manifiesta sentirse desganado pero no cansado.

Exploración motora: observo a la inspección, palpación y comparación de los grupos musculares que no hay diferencias en lo que respecta a la masa muscular (14 cm de perímetro braquial); el tono muscular también es el mismo en toda la musculatura excepto la de la muñeca derecha que debido a la placa que lleva puesta tras el accidente laboral la tiene fija y no puede realizar ningún movimiento de flexión y extensión de la muñeca, pero si puede abrir y cerrar la mano. Por último evaluó la fuerza según la escala de fuerza muscular propuesta por el Medical Research Council (MRC)<sup>20</sup>:

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR SEGÚN EL MRD	
No contracción	0
Contracción que no desplaza articulación	1
Desplazamiento articular sobre plano	2
Desplazamiento articular contra gravedad	3
Movimiento contra resistencia	4
Fuerza normal	5

*Tabla 3: Fuerza muscular según el MRC.*

Presentando fuerza normal (5) en toda su musculatura excepto en el brazo derecho que debido a la rigidez de su muñeca intenta no hacer esfuerzos con ella, presentando así, movimiento contra resistencia (4).

### **SUEÑO/DESCANSO.**

Duerme durante todo el día, se duerme a cualquier hora y en cualquier lugar.

De noche duerme entre 7 – 8 horas, refiriendo sueño reconfortante y placentero, sin dificultades para conciliarlo. A pesar de ello, duerme a cabezadas durante el día. Se duerme si se sienta a ver la tele, si se está tomando una cerveza, si va a por los niños al colegio mientras los espera, si acompaña a su mujer a comprar y se queda en el coche.

Manifiesta no tener sueño o sentirse cansado, solo que se duerme sin poder evitarlo. Da igual el ambiente en el que se encuentre, se duerme sin problemas. Si esta su hijo con la música se duerme, si esta su cuñado con la tele se duerme, si hay visita en la casa y están hablando se duerme.

Realizamos Test de Epworth, obteniendo 21 puntos, indicando hipersomnia.

## **COGNITIVO/PERCEPTUAL.**

Presenta dolor continuo en hombro izquierdo desde octubre de 2014, debido a la tendinosis. Valorando el dolor del 1 al 10, un 3 en reposo y un 5 al movimiento. Controlado con analgésicos.

Usa gafas por tener miopía y astigmatismo. Se las pone durante todo el día. A veces no se las quita ni para dormir porque se le olvida quitárselas. Fue al oftalmólogo por última el año pasado. Este año no ha ido aun.

Se le forman muchos tapones en los oídos desde hace unos 7 años aproximadamente, empezó a darse cuenta cuando comenzó a trabajar en la gasolinera y notó que no escuchaba bien a los clientes y tenía que volverles a preguntar que le habían dicho. Mayor formación de tapones en el oído derecho que en el izquierdo. Sin tapones tiene buena audición. No prótesis auditivas.

Alteraciones de la sensibilidad (comenta que de vez en cuando siente como si se le durmiesen las manos).

También presenta parestesias intermitentes en toda la zona alrededor de pelvis, refiriendo pérdida de sensibilidad de esta zona y, en especial, en los genitales.

Presenta cierta pérdida de memoria, le he preguntado si se acuerda de lo que comió ayer y no ha sabido decírmelo. Dice que algunas veces va a por algo y cuando llega a donde esta no sabe a qué había ido. Su mujer lo manda a por algo va y se tiene que volver a preguntar que le había pedido. Tiene dificultad para concentrarse. Le cuesta mucho tomar decisiones, siempre le da muchas vueltas a las cosas, se las piensa mucho.

Se encuentra consciente y orientado, pero si se duerme y se despierta se desorienta.

## **AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO.**

Se describe como un hombre sociable, respetuoso, familiar, muy servicial. En lo físico nunca se ha preocupado, ahora un poco por la barriga. Lo que si le preocupó fue cuando se le empezó a caer el pelo pero ya lo tiene asumido. Dice ser una persona normal, honrada, sin complejos, sin envidias y trabajadora. No es una persona que se enfada con facilidad, dice que es muy cabezón pero muy pacífico.

Muestra preocupación por su familia, por una situación que ha pasado en la familia. Tiene miedo a que le vuelva a pasar. Hace dos años, la hija se peleó con su pareja y ella no pudo afrontarlo, por lo hubo un intento de autólisis con Trankimacin. Desde entonces la familia no es la misma, él no es el mismo, porque dice que está pendiente de ella, si ella duerme más de la cuenta se preocupa, la despierta y teme que lo vuelva a hacer.

Se siente una persona luchadora que nunca ha dejado de luchar por cualquier cosa que ha perseguido. Es capaz de controlar situaciones diarias pero al mismo tiempo es muy indeciso.

Tiene buena aceptación de las críticas familiares o de personas de su entorno que no se enfada con facilidad, que acepta si le dan un consejo pero que si no está de acuerdo pues que no le hace caso.

Expresa sentirse querido. Dicen que sus hijos no son de mostrar el afecto, que no son besucones, pero que si se preocupan mucho, si por ejemplo va a recogerlos al colegio y su hijo ve que se retrasa lo llama por si le ha pasado algo. Si su mujer siente un ruido en la casa y sabe que está haciendo algo de momento lo busca.

## **ROL – RELACIONES.**

Es casado. Tiene 2 hijos, un hombre de 17 años y una mujer de 20 años. Ve a sus hijos todos los días, menos cuando están en el colegio o salen a la calle. Vive con sus dos hijos, su mujer y su cuñado. Refiere que la relación de familia es buena.

Es pensionista por una minusvalía en mano derecha, tras un accidente laboral. Esto le limita la realización de ciertas AVD, como lavar los platos, porque dice que se le escurren al no tener suficiente fuerza en la mano.

Tiene tiempo de ocio pues le gusta sacar a pasear al perro, aunque reconoce no hacerlo todos los días. También lleva a su hijo a los entrenamientos de fútbol y todos los fines de semana van junto a su mujer a ver el partido.

## **SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN.**

No se ha realizado ninguna revisión de próstata.

La relación con su mujer dice que es excelente, que tienen sus cosillas pero que por lo general es muy buena.

Actualmente no mantienen relaciones sexuales. Dice llevar aproximadamente tres años sin mantenerlas, porque durante una relación se quedó dormido. Eso le dio mucha vergüenza y desde entonces no han vuelto a mantener una relación sexual. Dice que siente mucho deseo por su mujer, pero no siente deseo por mantener relaciones sexuales porque se acuesta y se duerme y se le van las ganas. Cuando esto pasó lo habló con su mujer y ella lo comprendió, le dijo que no se preocupase que lo olvidara. Pero él no ha podido. También comenta que tiene cierto complejo, porque mientras mantenían relaciones se ahogaba mucho y hacía ruidos muy raros y le daba vergüenza. Confiesa que ya no es lo mismo, porque antes cuando se acostaban, aunque no hubiese relación sexual, hablaban, o abrazaba a su mujer o jugueteaban, pero como ahora es caer en la cama y dormir, y que no lo puede evitar, que lo intenta pero no puede. Cree que está afectando a la pareja pero dice que su mujer es muy comprensiva.

Según él no tiene problemas de erección. A pesar de no mantener relaciones sexuales él tiene erección pero se duerme y se le pasa. No tiene eyaculaciones nocturnas. No refiere secreciones anormales.

### **AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS.**

El gran cambio en su vida fue quedarse sin trabajo, el cual se vio agravado por la situación que vivió con su hija y el diagnóstico de hipersomnia.

Actualmente no se siente estresado, sabe el problema de salud que tiene pero no le preocupa. Dice que le ha cambiado la vida totalmente, porque no está con la familia igual que antes, porque pasa mucho tiempo durmiendo, por ejemplo, si están por la tarde todos en el salón, pues él está durmiendo. Pero a pesar de ello no vive una situación estresante debido a ella.

Si tiene algún problema siempre se lo cuenta a su mujer y entre los dos buscan una solución.

### **VALORES Y CREENCIAS.**

Es cristiano pero no practicante. Religión católica.

Refiere acordarse de Dios sólo en los momentos difíciles. Solo va a misa o a la iglesia cuando es una celebración familiar como una comunión o una boda.



## **6. PLAN DE CUIDADOS.**

### **6.1. Fase diagnóstica:**

Hemos detectado los siguientes diagnósticos de enfermería:

**D.E:** (00198) “Trastorno del patrón del sueño R/C falta de control del sueño M/P verbalización del paciente de no poder evitar dormirse en cualquier momento, lugar o situación”

**DE:** (00134) “Náuseas R/C acumulación de mucosidad en las fosas nasales M/P verbalización de náuseas y vómitos por el paciente”.

**DE:** (00001) Desequilibrio nutricional por exceso R/C aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas M/P un IMC de 32,35 (obesidad tipo 1).

**DE:** (00026) “Exceso de volumen de líquidos R/C compromiso de los mecanismo reguladores M/P aumento de la presión arterial y edemas”.

**DE:** “Hiperuricemia R/C alimentación inadecuada M/P dolor intenso, inflamación e impotencia funcional en pie izquierdo y un aumento de ácido úrico en sangre”.

**DE:** (00059) “Disfunción sexual R/C sueño M/P ausencia de relaciones sexuales con su mujer en los últimos tres años”.

**DE:** (00093) “Fatiga R/C sobrepeso y aumento del ejercicio físico M/P cansancio y falta de energía”.

**DE:** (00131) “Deterioro de la memoria R/C dificultad de concentración M/P incapacidad para recordar acontecimientos recientes”.

**DE:** (00122) “Trastorno de la percepción auditiva) R/C alteración en la recepción M/P alteración en los patrones de comunicación y cambio informado de la sensibilidad acústica”.

**DE:** (00148) “Temor R/C problema familiar reciente M/P aumento del estado de alerta e informes de temor a que vuelva a ocurrir esa situación”.

## 6.2. Fase de planificación.

**D.E:** (00198) “Trastorno del patrón del sueño R/C falta de control del sueño M/P verbalización del paciente de no poder evitar dormirse en cualquier momento, lugar o situación”

**NOC:** Sueño/Vigilia (*elaboración propia*).

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA
(000401) Horas de sueño	1	4
(000403) Patrón de sueño	1	4
1 – Gravemente comprometido / 5 – No comprometido.		

Tabla 4: Indicadores para el objetivo “sueño” (NOC y elaboración propia).

**NIC:** Equilibrio sueño/vigilia (*elaboración propia*).

CÓDIGO	ACTIVIDADES
185006	Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.
185008	Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor, molestias, frecuencia urinaria) y/o psíquicas (miedo o ansiedad).
185010	Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.
185011	Determinar el esquema vigilia/sueño del paciente.
(Propio)	Controlar la respuesta al tratamiento con modafinilo.

Tabla 5: Actividades para mejorar el sueño (NIC y elaboración propia).

Hemos elegido las actividades en función del patrón actividad/reposo del paciente. Concentra la mayor cantidad de actividad durante las mañanas para, por la tarde, pasarse toda ella en el sofá en el cual, cómo es lógico se duerme. Con este plan de actividades pretendemos que reparta las actividades a lo largo del día, impidiendo así que pase toda la tarde en el sofá.

Cómo no se duerme sólo por estar en el sofá, sino que se duerme de pie, fregando los platos, conduciendo o manteniendo una conversación, queremos determinar también el patrón de sueño nocturno y saber la cantidad y calidad de horas de sueño durante la noche, para saber si esto repercute en las horas de sueño diurnas.

El neurólogo prescribió tratamiento con Modafinilo, un fármaco estimulante del sistema nervioso central. En ensayos clínicos realizados el Modafinilo mostró incrementar y mejorar el estado de vigilia, reduciendo el número de episodios de sueño durante el día. El Modafinilo es considerado cómo fármaco de elección para el tratamiento de episodios de sueño irresistible por la Federación Europea de Sociedades Neurológicas.<sup>21</sup>

**DE:** (00134) “Náuseas R/C acumulación de mucosidad en las fosas nasales M/P verbalización de náuseas y vómitos por el paciente”.

**NOC:** (1618) Control de las náuseas y vómitos.

INDICADOR	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
	ACTUAL	DIANA
(161801) Reconoce el inicio de náuseas.	5	5
(161802) Describe factores causales.	5	5
(Propio) Ausencia de vómitos	1	5
1 – Nunca demostrado / 5 – Siempre demostrado.		

*Tabla 6: Indicadores para el objetivo “control de las náuseas y vómitos” (NOC y elaboración propia).*

**NIC:** (1450) Manejo de las náuseas.

CÓDIGO	ACTIVIDADES
(Propio)	Valoración de las náuseas: frecuencia, duración, intensidad y factores desencadenantes.
(Propio)	Revisar medicación.

*Tabla 7: Actividades para mejorar las náuseas (elaboración propia).*

**NIC:** (1570) Manejo del vómito.

CÓDIGO	ACTIVIDADES
(Propio)	Valoración del vómito: frecuencia, duración, intensidad y factores desencadenantes.
(Propio)	Revisar medicación.
(Propio)	Mantener una buena higiene bucal
(Propio)	Enseñar al paciente la posición de seguridad para evitar aspiraciones.

*Tabla 8: Actividades para mejorar el vómito (elaboración propia).*

**NIC:** (3140) Manejo de las vías aéreas.

CÓDIGO	ACTIVIDADES
(Propio)	Realizar lavados nasales con solución salina 2 veces/día, preferentemente al levantarse y al acostarse para limpiar la mucosidad de la fosa y evitar el estancamiento del mismo. <sup>22</sup>

*Tabla 9: Actividades para el manejo de las vías aéreas (elaboración propia).*

**DE:** (00001) Desequilibrio nutricional por exceso R/C aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas M/P un IMC de 32,35 (obesidad tipo 1.)

**NOC:** (1612) Control del peso.

INDICADOR	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
	ACTUAL	DIANA
(161202) Mantiene una ingesta calórica óptima.	1	4
(161221) Alcanza el peso óptimo.	1	5
1 – Nunca demostrado / 5 – Siempre demostrado.		

*Tabla 10: Indicadores para el objetivo “control del peso” (NOC y elaboración propia).*

**NIC:** (1280) Ayuda para disminuir el peso.

CÓDIGO	ACTIVIDADES
128001	Ayudar a ajustar la dieta al estilo de vida y nivel de actividad.
128009	Determinar los esquemas de alimentación actuales haciendo que el paciente lleve un diario de lo que come.
128011	Leerá las etiquetas al comprar alimentos para controlar la cantidad de grasas y calorías de los alimentos obtenidos.
128013	Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de ingesta de alimentos y el aumento del gasto de energía.
(Propio)	Pesar al paciente los días 1 y 15 de cada mes, en iguales condiciones: ropa, ayunas, hora.

*Tabla 11: Actividades para ayudar a disminuir el peso (NIC y elaboración propia).*

**NIC:** (0200) Fomento del ejercicio.

CÓDIGO	ACTIVIDADES
(020002)	Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
(020004)	Ayudar al paciente a integrar el plan de ejercicios en su rutina semanal.
(020009)	Incluir a la familia en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.

*Tabla 12: Actividades para el fomento del ejercicio (NIC y elaboración propia).*

**DE:** (00026) “Exceso de volumen de líquidos R/C compromiso de los mecanismo reguladores M/P aumento de la presión arterial y edemas”.

**NOC:** (0601) Equilibrio hídrico.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA
(060101) Presión arterial	1	5
1 – Gravemente comprometido / 5 – No comprometido.		

*Tabla 13: Indicadores para el objetivo “equilibrio hídrico” (NOC y elaboración propia).*

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA
(060112) Edema periférico	2 – Sustancial	5 – Ninguno.
1 – Grave / 5 – Ninguno.		

*Tabla 14: Indicadores para el objetivo “equilibrio hídrico” (NOC y elaboración propia).*

**NIC:** (4130) Monitorización de líquidos.

CÓDIGO	ACTIVIDADES
413005	Determinar cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación.
413009	Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina.
413010	Observar distensión de las venas del cuello, si hay crepitación pulmonar, edema periférico y ganancia de peso.
413011	Observar las mucosas, turgencia de la piel y sed.
413020	Vigilar peso.
413021	Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca y estado respiratorio.

*Tabla 15: Actividades para la monitorización de líquidos (NIC y elaboración propia).*

**DE:** “Hiperuricemia R/C alimentación inadecuada M/P dolor intenso, inflamación e impotencia funcional en pie izquierdo y un aumento de ácido úrico en sangre”.

**NOC:** (Propio) Control del episodio de gota.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA
(Propio) Valores de ácido úrico en sangre.	1	5
1 - Desviación grave del rango normal / 5 - Sin desviación del rango normal.		

*Tabla 16: Indicadores para el objetivo “control del episodio de gota” (elaboración propia).*

**NIC:** Manejo de la alimentación.

CÓDIGO	ACTIVIDADES
(Propio)	Llevar una dieta baja en purinas (evitar café, carnes rojas, embutidos, marisco).
(Propio)	Elevar la ingesta hídrica (alrededor de 2 litros/día).
(Propio)	Evitar ingesta de alcohol.
(Propio)	Controlar peso y tensión arterial.

*Tabla 17: Actividades para el manejo de la alimentación (elaboración propia).*

**DE:** (00093) “Fatiga R/C sobrepeso y aumento del ejercicio físico M/P cansancio y falta de energía”.

**NOC:** (0005) Tolerancia a la actividad.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA
(000502) Frecuencia cardíaca en respuesta a la actividad.	2	4
(000503) Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad.	2	4
1 – Gravemente comprometido / 5 – No comprometido.		

*Tabla 18: Indicadores para el objetivo “tolerancia a la actividad” (NOC y elaboración propia).*

**NIC:** (0180) Manejo de la energía.

CÓDIGO	ACTIVIDADES
018002	Ayudar al paciente a establecer metas realistas de actividades.
018005	Ayudar al paciente a elegir las actividades que reconstruyan la resistencia de forma gradual.
018014	Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
018015	Controlar la respuesta de oxígeno del paciente (frecuencia y ritmo cardíaco y frecuencia respiratoria) a los autocuidados.

*Tabla 19: Actividades para el manejo de la energía (NIC y elaboración propia).*

**NIC:** (0200) Fomento del ejercicio.

CÓDIGO	ACTIVIDADES
020003	Ayudar al paciente a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.
020004	Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
020010	Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
020015	Preparar técnicamente al paciente para evitar lesiones durante el ejercicio.
020016	Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del paciente.
020017	Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente (pesándolo semanalmente).

*Tabla 20: Actividades para el fomento del ejercicio (NIC y elaboración propia).*

**DE:** (00059) “Disfunción sexual R/C sueño M/P ausencia de relaciones sexuales con su mujer en los últimos tres años”.

**NOC:** (0119) Funcionamiento sexual.

INDICADOR	PUNTUACIÓN	
	ACTUAL	PUNTAJE DIANA
(011901) Expresa interés sexual.	1	4
(011925) Realiza la actividad sexual sin coacción de la pareja.	1	5
1 – Nunca demostrado / 5 – Siempre demostrado.		

*Tabla 21: Indicadores para el objetivo “funcionamiento sexual” (NOC y elaboración propia).*

**NIC:** (5248) Asesoramiento sexual.

CÓDIGO	ACTIVIDADES
(Propio)	Incluir a la mujer en esta intervención.
(Propio)	Animar al paciente a explicar los porqués del desinterés sexual.
(Propio)	Apoyo emocional tanto al paciente como a su mujer.
(Propio)	Aconsejar que intenten contacto íntimo de manera progresiva.
(Propio)	Aconsejar cambiar el entorno/lugar del contacto íntimo, probar otros ambientes y otras prácticas sexuales.

*Tabla 22: Actividades para el asesoramiento sexual (elaboración propia).*

**DE:** (00131) “Deterioro de la memoria R/C dificultad de concentración M/P incapacidad para recordar acontecimientos recientes”.

**NOC:** (0908) Memoria.

INDICADOR	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
	ACTUAL	DIANA
(090802) Recuerda información reciente de forma precisa.	2	4
1 – Gravemente comprometido / 5 – No comprometido.		

*Tabla 23: Indicadores para el objetivo “memoria” (NOC y elaboración propia).*

**NIC:** (4760) Entrenamiento de la memoria.

CÓDIGO	ACTIVIDADES
(Propio)	Recordad lo que ha comido y cenado el día anterior.
(Propio)	Ver las noticias por la mañana y por la tarde hacer una lista de las más importantes.
(Propio)	Tratar de memorizar la lista de la compra.
(Propio)	Al leer una palabra pensar en otras 5 que comiencen con la misma letra.
(Propio)	Usar una agenda para anotar fechas y acontecimientos importantes.
(Propio)	Juegos de cartas, solitarios, encontrar parejas, recordar el orden, etc.

*Tabla 24: Actividades para el entrenamiento de la memoria (elaboración propia).*



**DE:** (00122) “Trastorno de la percepción auditiva) R/C alteración en la recepción M/P alteración en los patrones de comunicación y cambio informado de la sensibilidad acústica”.

**NOC:** (2401) Función sensitiva: auditiva.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA
(240101) Agudeza auditiva (izquierda)	4	5
(240102) Agudeza auditiva (derecha)	3	4
1 - Desviación grave del rango normal / 5 - Sin desviación del rango normal.		

*Tabla 25: Indicadores para el objetivo “función sensitiva: auditiva” (NOC y elaboración propia).*

**NIC:** (1640) Cuidados de los oídos.

CÓDIGO	ACTIVIDADES
(Propio)	Evitar la introducción de productos en el conducto auditivo externo con el afán de limpiarlo, como bastoncillos, horquillas del pelo o rascarse con el dedo, ya que pueden dañar la membrana y el interior, y provocar tapones.
(Propio)	Evitar sumergir los oídos en el agua durante mucho tiempo.
(Propio)	Usar tapones y secarse los oídos después de cada baño y en la piscina, para así se eviten infecciones.
(Propio)	Visitar a su médico especialista cuando note molestias.
(Propio)	En el caso de formación de tapones, instalar unas gotas de aceite de oliva en el oído para ablandar el cerumen impactado antes de la irrigación.

*Tabla 26: Actividades para el cuidado de los oídos (elaboración propia).*

**DE:** (00148) “Temor R/C problema familiar reciente M/P aumento del estado de alerta e informes de temor a que vuelva a ocurrir esa situación”.

**NOC:** (1210) Nivel de miedo.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA
(121006) Inquietud.	2	4
(121015) Preocupación por la fuente del miedo.	2	4
1 – Grave / 5 – Ninguno.		

*Tabla 27: Indicadores para el objetivo “nivel de miedo” (NOC y elaboración propia).*

**NIC:** (5270) Apoyo emocional.

CÓDIGO	ACTIVIDADES
527008	Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
527011	Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
527013	Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

*Tabla 28: Actividades para el apoyo emocional (NIC y elaboración propia).*

### **6.3. Fase de ejecución:**

El principal problema del paciente es la somnolencia diurna excesiva. Lo primero que hicimos fue valorar el patrón de sueño, las patologías asociadas y el correcto uso del CPAP. Presenta un buen patrón de sueño nocturno, no toma medicación estimulante y la utilización del CPAP era la adecuada. El sueño irresistible durante todo el día persiste a pesar del sueño reparador. Nuestra línea de actuación fue integrarlo en actividades recreativas de tal forma que estuviese ocupado y, evitar así, la posibilidad de dormir pues cuando no hace nada siempre está en el sofá. También, comprobamos la adherencia al tratamiento con Modafinilo y vigilamos si aparecían efectos secundarios pues era una medicación que el paciente nunca había tomado.

Para las náuseas y los vómitos encontré el factor desencadenante, que resultó ser la acumulación de mocos en nariz y, sobre todo, en garganta durante la noche. Presenta antecedentes de sinusitis. Cuando el paciente se incorpora y la mucosidad se moviliza, siente náuseas y vomita todas las mañanas. Para ello, enseñamos al paciente a realizar lavados nasales con suero salino fisiológico y le recomendamos que los hiciera dos veces al día, al levantarse y al acostarse.

Una de las cosas evidentes cuando valoramos al paciente por primera vez es que tenía sobrepeso. Por ello, evaluamos el número de comidas que hace al día, la forma de cocinarlas y las cantidades ingeridas, comprobamos que era equilibrada y nos damos cuenta de que el problema que tiene el paciente no es que ingiera grandes cantidades de comida, sino que “picotea” durante todo el día tenga hambre o no. No hace falta el establecimiento de una dieta hipocalórica sino un cambio de hábitos Para que sea consciente de la cantidad de calorías que ingiere al día le propusimos que realizara un

diario de comidas. Para ello, insistimos en que leyera las etiquetas de los alimentos para que supiese reconocer las cantidades de calorías, grasas y azúcares, para después, calcular la cantidad de calorías ingeridas por día. Nuestro objetivo era concienciar al paciente y motivarlo para llevar una mejor alimentación.

También le recomendamos realizar ejercicio físico. A él le gusta sacar a su perra a pasear, pero lo hace por poco tiempo, alrededor de 10 – 15 minutos. Le propusimos que lo hiciera durante al menos 30 o 45 minutos todos los días.

Cuando observamos la presencia de edemas en ambos pies, la primera intervención fue detectar el tipo de fóvea e intentar averiguar la causa. Así decidimos realizar un balance hídrico y comprobar así la presencia o ausencia de retención de líquidos. Tras obtener una diuresis de 1750 ml con una ingesta de 1500ml (sin contar líquidos presentes en los alimentos), la retención de líquido quedó descartada, por ello, nos decantamos por observarlos para averiguar si estos se debían al sedentarismo del paciente o podrían tener un origen nutricional.

Con la Hiperuricemia controlamos el dolor y la adherencia del paciente al tratamiento.

Una de las excusas que ponía el paciente de no hacer ejercicio es que se fatigaba. Por esta razón propusimos que realizará ejercicio de baja intensidad, cómo es el caminar durante 30-45 min al ser posible todos los días, pero que empezara por 2-3 días y sucesivamente fuese aumentando. También, monitorizamos sus constantes (TA, FC y FR) una vez a la semana.

Un gran tema de interés es el de la disfunción sexual, pues en él se incluye a su mujer. Quisimos abordar este tema entre la pareja y que, así, tuviesen un apoyo mutuo. Nuestra intervención aquí fue, primero hablar con él de cómo se sintió y de cómo se siente ahora, preguntar por qué no ha habido ningún tipo acercamiento después de esto y animarle a que vuelva a intentarlo. Después, hablamos a solas con su mujer para saber exactamente lo mismo, cómo se sintió, como se siente y el porqué de la distancia entre ellos. Ambos coincidieron en lo mismo y es que no se han vuelto a acercar por vergüenza. Él a que su mujer le rechace y ella por no presionar a su marido. Con esto, lo último que hicimos fue animarlos a que hablaran, intercambiaran sus sentimientos y poder así intentar solucionar esta situación.

Para el deterioro de la memoria intentamos actuar de tal manera que se pudiera compaginar el entrenamiento de esta con la realización de actividades recreativas, por lo que los juegos de mesa o de cartas fueron nuestra elección.

Con respecto al trastorno de la percepción auditiva, como el problema era la formación de tapones, realizamos educación para la salud para la higiene de oídos. Para ello, enseñamos al paciente la correcta realización del lavado de oídos.

Por último, el paciente presenta temor a que su hija vuelva a autolesionarse. Ha sido un tema difícil de abordar, pues el paciente me dejó claro que no quería hablar de ello. Por esta razón, nuestra mejor intervención ante ello ha sido respetar esta decisión, mantenernos en silencio y ofrecerle nuestra disposición a escucharlo y apoyarlo cuando él lo necesite.

“El silencio es un componente esencial en la escucha activa: guardar silencio no significa estar ausente. Implica mantener una postura atenta, abierta y relajada, junto con una mirada que indique al paciente que estamos ahí para escucharle y que lo que nos quiere decir nos parece verdaderamente interesante”.<sup>23</sup>

#### **6.4. Fase de evaluación.**

Comenzamos el plan de cuidados el 24/11/2014 y ha finalizado el 25/03/15. Durante estos cuatro meses la evolución es la siguiente:

Su patrón de sueño sigue siendo el mismo. No ha mejorado, incluso podemos decir que ha empeorado puesto que el paciente se ha dado cuenta del peligro que corre al quedarse dormido en cualquier situación y hemos conseguido que deje de conducir.

La neumóloga cambió el tratamiento con CPAP de gafas nasales a mascarilla buconasal y aumentó de 7 a 8,5 cm H<sub>2</sub>O con humidificador. No hay ningún tipo de mejoría. Duerme durante toda la noche y prácticamente durante todo el día y refiere no sentirse cansado, solo que no puede evitar quedarse dormido. Se duerme en cualquier situación, manteniendo una conversación, viendo la televisión, mientras desayuna, lavando los platos, haciendo la compra mientras empuja el carro o conduciendo.

Ha empezado a tener alucinaciones en el periodo que se queda dormido. Esto le ocurre cuando está manteniendo una conversación y empieza a imaginarse cosas hasta que se duerme.

El tratamiento con Modafinilo tuvo que ser suspendido por los efectos secundarios que ha presentado en el paciente (aumento de la tensión arterial y taquicardia).

Es evidente que esta situación no le afecta sólo a él sino también a su familia, no puede llevar una vida normal y su mujer e hijos lo manifiestan.

A pesar de todas las intervenciones realizadas, de mantenerlo ocupado realizando actividades de ocio o ayudando a su mujer en las tareas de la casa, evitando el que esté sentado en el sofá todas las horas posibles, programando un periodo de siesta de media hora diaria e implicando a la familia en la realización de actividades conjuntas para mantenerlo activo, la hipersomnia persiste por lo que los indicadores no han avanzado, estando iguales que al principio:

INDICADOR	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ACTUAL
(000401) Horas de sueño	1	1
(000403) Patrón de sueño	1	1
1 – Gravemente comprometido / 5 – No comprometido.		

*Tabla 29: Evaluación de los indicadores del objetivo “sueño” (NOC y elaboración propia).*

Un problema que nos llamó la atención del paciente es que todas las mañanas cuando se levantaba vomitaba gran cantidad de mocos que, parece ser, acumula durante la noche.

Le recomendamos que se realizara lavados nasales dos veces al día, al levantarse y antes de acostarse, pero los vómitos matutinos persistían tras dos semanas y tuvimos que suspenderlos porque el paciente empezó a tener epistaxis nasal en abundancia mientras se los realizaba y también cuando se sonaba la nariz. La epistaxis persistió una semana después de retirar los lavados.

Los lavados nasales no han dado ningún resultado, por lo que el paciente continúa con vómitos matutinos de contenido mucoso, y los indicadores siguen iguales que al principio, ya que en ningún momento ha sentido mejoría con su realización:

INDICADOR	PUNTUACIÓN	
	INICIAL	ACTUAL
(161801) Reconoce el inicio de náuseas.	5	5
(161802) Describe factores causales.	5	5
(Propio) Ausencia de vómitos	1	1
1 – Nunca demostrado / 5 – Siempre demostrado.		

*Tabla 30: Evaluación de los indicadores del objetivo “control de las náuseas y vómitos” (NOC y elaboración propia).*

En lo que respecta al desequilibrio nutricional por exceso, el resultado del cálculo de calorías fue de 2720,82 kcal/día. Con ello el paciente fue consciente de que tenía que rectificar su hábito alimentario y hacer ejercicio. Comenzó a perder peso, pero se debió a que su mujer estuvo trabajando y él se tuvo que encargar de la casa y de los hijos y estuvo más ajetreado. Aunque perdió 3kg, esto no fue por llevar una buena alimentación y hacer deporte, sino porque comenzó a llevar una rutina de vida distinta a la que llevaba cuando su mujer estaba en casa. Con esto los indicadores quedaron:

INDICADOR	PUNTUACIÓN	
	INICIAL	ACTUAL
(161202) Mantiene una ingesta calórica óptima.	3	4
(161221) Alcanza el peso óptimo.	2	5
1 – Nunca demostrado / 5 – Siempre demostrado.		

*Tabla 31: Evaluación de los indicadores del objetivo “control del peso” (NOC y elaboración propia).*

Comenzó a coger peso de nuevo, en menos de un mes engordó 700 gramos. Su mujer ya estaba en casa y él trabaja menos en ella y no hacía ejercicio. Además se le sumó que el paciente se encontraba en el punto de que llegaba a esconderse para comer.

Los indicadores avanzaron pero comenzaron a retroceder como al inicio, quedando:

INDICADOR	PUNTUACIÓN	
	INICIAL	ACTUAL
(161202) Mantiene una ingesta calórica óptima.	1	4
(161221) Alcanza el peso óptimo.	1	5
1 – Nunca demostrado / 5 – Siempre demostrado.		

*Tabla 32: Evaluación de los indicadores del objetivo “control del peso” (NOC y elaboración propia).*

Cuando observamos estos resultados quisimos hablar con él ya no desde el punto de vista de profesional, sino desde nuestro lado más humano, de persona a persona, tal y como hemos enfocado este caso clínico, para hacerle ver que perder peso no sólo un objetivo de este trabajo, sino para él y para su salud.

Cuando volvemos a las dos semanas a visitarlo, sin decirle nada, nos comenta con mucho entusiasmo que se había pesado y había perdido 3,5 Kg, que ha evitado el picoteo y que andan tres veces en semana durante una hora, mientras saca a su perra a pasear. Dice estar motivado para seguir. Nos da las gracias porque se había dado cuenta de que no era una obligación sino un consejo y decidió dar el paso. A día 25/03/2015 pesa 79,1 Kg, perdiendo en cuatro meses un total de 7,9 Kg; presentando un IMC=29,37 (sobrepeso), saliendo del rango obesidad. Con esto los indicadores avanzaron:

INDICADOR	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ACTUAL
(161202) Mantiene una ingesta calórica óptima.	3	4
(161221) Alcanza el peso óptimo.	3	5
1 – Nunca demostrado / 5 – Siempre demostrado.		

*Tabla 33: Evaluación de los indicadores del objetivo “control del peso” (NOC y elaboración propia).*

Al realizar ejercicio y perder peso, el paciente manifiesta fatigarse menos, aunque le queda adaptarse al ejercicio físico diario, pues sus frecuencias cardiaca y respiratoria se alteran con este, pero han mejorado, encontrándose los indicadores:

INDICADOR	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ACTUAL
(000502) Frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad.	2	3
(000503) Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad.	2	3
1 – Gravemente comprometido / 5 – No comprometido.		

*Tabla 34: Evaluación de los indicadores del objetivo “tolerancia a la actividad” (NOC y elaboración propia).*

Cuando valoramos al paciente presentaba edemas en ambos pies (fóvea de 1+). A las tres semanas de la valoración presentó un brote de gota y estuvo en tratamiento con Colchicina, observando que los edemas desaparecían, lo que nos hizo pensar que estos podrían estar relacionados con las proteínas. Cuando acabó el tratamiento con Colchicina los edemas parecían volver a aparecer, pero en este momento el paciente perdió peso y no se observaban edemas, lo que nos parece confirmar que estos podían deberse a la falta de movilidad física (sedentarismo). También, la tensión arterial que se encontraba descompensada, presenta valores normales. Alcanzándose los objetivos:

INDICADOR	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ACTUAL
(060101) Presión arterial	1	5
1 – Gravemente comprometido / 5 – No comprometido.		

*Tabla 35: Evaluación de los indicadores del objetivo “equilibrio hídrico” (NOC y elaboración propia).*

INDICADOR	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ACTUAL
(060112) Edema periférico	2	5
1 – Grave / 5 – Ninguno.		

*Tabla 36: Evaluación de los indicadores del objetivo “equilibrio hídrico” (NOC y elaboración propia).*

Unas semanas después de la valoración inicial el paciente sufrió un brote gotoso, con unos niveles de ácido úrico en sangre = 8,3 mg/dl. Su médico le pauta tratamiento con Colchicina durante 40 días 1 comprimido/día. Los signos de gota han desaparecido, aunque no disponemos de una analítica que lo confirme.

Por lo tanto este diagnóstico queda resuelto y los indicadores han alcanzado los valores diana.

INDICADOR	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ACTUAL
(Propio) Valores de ácido úrico en sangre.	1	5
1 - Desviación grave del rango normal / 5 - Sin desviación del rango normal.		

*Tabla 37: Evaluación de los indicadores del objetivo “control del episodio de gota” (NOC y elaboración propia).*



Otro problema con el que nos encontramos fue el de su sexualidad. Quisimos abordar este tema entre la pareja para que tuviesen apoyo mutuo. El paciente ha perdido confianza en sí mismo y no se atreve a volver a intentarlo, a lo que se le suma la vergüenza que sintió cuando esto ocurrió. Su mujer ya ha hablado con él en varias ocasiones para decirle que olvide lo pasado, pero no ha sido posible el acercamiento. Tras nuestra intervención, no hemos conseguido que la pareja vuelva a mantener relaciones sexuales pero si que el paciente se manifieste más cariñoso y atento. El diagnóstico no es resuelto, pero los indicadores han avanzado quedando:

INDICADOR	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ACTUAL
(011901) Expresa interés sexual.	1	3
(011925) Realiza la actividad sexual sin coacción de la pareja.	1	1
1 – Nunca demostrado / 5 – Siempre demostrado.		

*Tabla 38: Evaluación de los indicadores del objetivo “funcionamiento sexual” (NOC y elaboración propia).*

Para abordar el deterioro de la memoria y poder detectar este diagnóstico, el día que le realizamos la valoración, le preguntamos que había comido el día anterior. El paciente no se acordaba, le dijimos que pensara pero no se acordó, hasta el punto que se levantó para buscar a su mujer y preguntarle. No quisimos dar por hecho en ese momento el deterioro de memoria y en días posteriores, mientras le realizábamos el seguimiento le preguntábamos lo mismo, que nos dijera que había comido el día anterior. Él siempre se quedaba pensando un rato, al final con dificultad nos lo decía, pero no todo, porque después se lo preguntábamos a su mujer y siempre se le olvidaban cosas. Otro dato que nos verificó este diagnóstico fue que su mujer lo mandaba a por algo y se tenía que volver a preguntarle porque se le olvidaba. Tras realizar juegos de memoria, con ayuda de cartas, juego de memorizar colores y papel y lápiz para apuntar las cosas que le mandara su mujer hacer he conseguido que al preguntarle algo y sea capaz de decírmelo todo, que no se le olvide nada, aunque piense durante un rato. El tema de apuntar las cosas para que no se le olvidaran no lo ha hecho porque ha utilizado otro método, cuando le mandaba su mujer a por algo lo iba repitiendo hasta que llegaba a donde lo había mandado.

Consigue recordar información reciente, alcanzándose los objetivos:

INDICADOR	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ACTUAL
(090802) Recuerda información reciente de forma precisa.	2	4
1 – Gravemente comprometido / 5 – No comprometido.		

*Tabla 39: Evaluación de los indicadores del objetivo “memoria” (NOC y elaboración propia).*

Con lo que respecta al temor, hemos intentado en varias ocasiones sacar la conversación para abordar el grado de temor del paciente y ver si evolucionaba a mejor. Pero no ha querido hablar con nosotras, sólo se ha limitado a decir que su hija sigue estando bien y que eso es lo que quiere, pero que le es inevitable sentir el temor a que vuelva a pasar por esa situación. Ofrecimos nuestra disposición a hablar de ello cuando quisieran, pues vi necesario incluir a su mujer, para ayudarlos y escucharlos cuando lo necesitaran. No se ha dado el caso de que pidan mi ayuda, entonces nos limitamos a tener una posición de silencio y apoyo de la decisión que han tomado de no hablar de ello. Por lo tanto los indicadores no han evolucionado, quedando como al inicio:

INDICADOR	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ACTUAL
(121006) Inquietud.	2	2
(121015) Preocupación por la fuente del miedo.	2	2
1 – Grave / 5 – Ninguno.		

*Tabla 40: Evaluación de los indicadores del objetivo “nivel de miedo” (NOC y elaboración propia).*

Por último, para el trastorno de la percepción auditiva realizamos una educación para la salud sobre la higiene de oídos, la cual el paciente ha llevado a cabo con éxito, consiguiéndose los resultados esperados:

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA
(240101) Agudeza auditiva (izquierda)	4	5
(240102) Agudeza auditiva (derecha)	3	4
1 - Desviación grave del rango normal / 5 - Sin desviación del rango normal.		

*Tabla 41: Evaluación de los indicadores del objetivo “función sensitiva: auditiva” (NOC y elaboración propia).*

Hemos detectado que la mujer del paciente se encontraba en una situación de desbordamiento. Toda la carga de la familia y de la enfermedad de su marido era para ella, pues que con él no podía ni siquiera hablar porque se quedaba dormido. Por este motivo creímos conveniente abordar el rol del cuidador.

**DE:** (00061) “Cansancio en el desempeño del rol de cuidador r/c estado de salud de su marido m/p cambio en la realización de las actividades de la vida cotidiana, familiar y de pareja y ausencia tiempo para actividades recreativas”.

**NOC:** (2508) Bienestar del cuidador familiar.

INDICADOR	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
	ACTUAL	DIANA
(Propio) Realización de actividades recreativas	2	4
1 – Nunca / 5 – Siempre.		

*Tabla 42: Indicadores para el objetivo “bienestar del cuidador familiar” (NOC y elaboración propia).*

**NIC:** Implicación en actividades recreativas.

CÓDIGO	ACTIVIDADES
018001	Ayudar a identificar las preferencias de actividades.
018026	Evitar realizar actividades de cuidados durante los periodos de descanso programados.
(Propio)	Establecer unas horas al día para ella misma, de descanso o recreación.
(Propio)	Buscar un punto de apoyo para la realización de las actividades recreativas y para evitar el abandono de las mismas, como por ejemplo amigos/as.
(Propio)	Evaluar los resultados obtenidos con la realización de actividades recreativas.

*Tabla 43: Actividades para la implicación en actividades recreativas (NIC y elaboración propia).*

Debido a la repercusión que esta patología tiene, no solo sobre paciente, sino sobre la familia, vi necesario abarcar en mi trabajo el rol del cuidador que su mujer está desempeñando, pues al estar su marido durmiendo prácticamente “todo el día”, es ella la que lleva la carga del hogar y tiene que tener una especial atención con su marido pues tiene que vigilarlo en todo momento para ver en qué lugares y situaciones se duerme por si corre peligro.

Hemos tenido mucha confianza para hablar con la mujer del paciente y he podido ayudar directamente en su distracción, a que tuviese tiempo para ella y a conseguir que participara en actividades recreativas para su disfrute. Me iba con ella para tomar un café, aprovechaba para que se desahogase conmigo sobre lo que sentía con la situación en la que se encontraba su marido, le daba ánimos y conseguí que se apuntara a una asociación en la que van cuatro veces a la semana a ensayar para un trono de semana santa y a coser.

Tras llevar varios días en esta asociación, nos confiesa que mientras se encuentra en estos talleres desconecta totalmente y no se preocupa por nada, que disfruta mucho con sus compañeras y que cuando llega a casa ve las cosas de otra manera. Aun así, cuando está en casa no puede eludir la verdad y cuando ve a su marido dormir, se siente sola y sin compañía, no puede hablar con él porque se duerme y sus hijos son grandes y estudiando y no puedes estar tampoco con ellos. Nos confiesa que es lo que más echa de menos, la compañía de su marido, el mantener una conversación con él.

Por este motivo los indicadores no pueden alcanzar su máximo valor, pero si han avanzado a la puntuación diana, quedando:

INDICADOR	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ACTUAL
(Propio) Realización de actividades recreativas	2	4
1 – Nunca / 5 – Siempre.		

*Tabla 44: Evaluación de los indicadores del objetivo “bienestar del cuidador familiar” (NOC y elaboración propia).*

## 7. DISCUSIÓN.

Cuando comenzamos este caso clínico nuestra prioridad era intentar solucionar el problema de la hipersomnia, de ese sueño excesivo que tenía al paciente todo el día durmiendo. A pesar de observar otros patrones alterados, el patrón del sueño era el de mayor prioridad pues no sólo lo afectaba a él sino que también a su familia y, en especial, a su mujer. Conforme avanzaba el plan de cuidados, nos dimos cuenta que el sueño por nosotras mismas éramos incapaces de solucionarlo, pues se trata de un problema de colaboración. Así que replanteamos nuestras intervenciones hacia la consecución de un mejor nivel de vida y la disminución de riesgos que el sueño podía

llegar a ocasionar, consiguiendo que el paciente deje de hacer cosas que implican un peligro para su vida, como era el conducir.

Hemos visto al paciente ir empeorando en el paso de estos meses pues ha comenzado a tener alucinaciones. Comenzó el tratamiento prescrito por el neurólogo pero tuvo que dejarlo pues aumentaba su TA y se encontraba muy nervioso, además, se seguía durmiendo igualmente. Ahora sólo queda esperar a la realización del Test de Latencias Múltiples del Sueño y sus resultados.

Por todo esto, y sin dejar de lado el problema del sueño, nos involucramos en el resto de patrones alterados.

Hemos conseguido que el paciente pierda 7,9 Kg de peso, pasando de presentar una obesidad tipo I a un sobrepeso. Continúa haciendo ejercicio, se siente más sano y mejor consigo mismo. Además, al actuar sobre este patrón se han resuelto otros diagnósticos de enfermería, cómo son la fatiga, los edemas que han desaparecido por completo y la compensación de la tensión arterial y glucemia.

En mi opinión, estos resultados son muy importantes para la práctica clínica pues si un paciente tiene un determinado problema que a la vez implica tener otros, incidiendo sobre el principal los demás se resuelven, obteniendo los mejores resultados y reduciendo la carga de trabajo y tiempo en intentar abarcarlos todos.

Por otro lado, nos implicamos mucho con su mujer. Presentaba un cansancio en el desempeño del rol del cuidador clarísimo, pues llevaba la carga de la familia y de la casa ella sola, ya que su marido siempre estaba durmiendo. Intentaba hablar con su marido, pero este se quedaba dormido y al final desistía y lo dejaba como imposible. No salía de casa pues se encontraba muy cansada y desmotivada. Esta es la razón por la que le hemos dedicado un tiempo de este trabajo y nos sentimos muy satisfechas de ello pues, a pesar de saber que su marido sigue con el mismo problema, ella es otra persona. Sale con sus amigas y se ha apuntado a un taller de costura y a una hermandad de semana santa que está ocupando casi todas sus tardes pues ensayan con el trono. Se siente útil y realizada. Y lo más importante es que se siente apoyada por su marido, pues él le ha comentado que ha hecho muy bien en tener tiempo para ella.

Esto es otro dato de interés para la práctica clínica, pues la enfermería no solo ha de ocuparse de las personas que tengan un problema de salud, deben también hacerlo de

los cuidadores informales que pueden llegar a presentar un nivel de agotamiento físico y psíquico importante e, incluso, un aislamiento social. Por todo esto, es necesaria la actuación de enfermería para ofrecer alternativas en el ámbito del ocio e integración social, pues cuidando al cuidador se cuida al paciente.

Para finalizar, queremos señalar las dificultades y limitaciones que se nos han presentado a lo largo de este trabajo.

Una gran dificultad fue el hecho de que el paciente llegó a esconderse de nosotras para comer. Esto nos hizo sentir mal pues pensábamos que lo estábamos agobiando con nuestros consejos e intervenciones, pero al final se dio cuenta de que todo era por su bien y ahora nos alegramos del resultado obtenido.

Otra dificultad fue el no poder hacer nada más para resolver la hipersomnia, aunque es un logro importante que lo esté abordando un especialista. Como limitación, el tiempo, pues aún le falta al paciente pruebas que realizarse y no sabremos los resultados de ellas a tiempo para incluirlos en este trabajo.

Dormir es un aspecto fundamental para tener un buen estado de salud, pero dormir en exceso y no poder hacer nada por evitarlo ¿es salud?, para nosotras no. Por eso elegimos este caso y, aunque el problema sigue ahí, las condiciones de vida de este paciente y las de su familia han mejorado y aumentar el estado de salud es una competencia enfermera.

## 8. BIBLIOGRAFÍA.

---

- <sup>1</sup> Gómez Jarabo G. Disomnias [sede web]. Salamanca: Biopsicología.net; 2012 [acceso 16 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.biopsicologia.net/el-proyecto/nivel-4-patologias/894-disomnias>
- <sup>2</sup> Santin J, Godoy J. Diagnóstico diferencial de las hipersomnias [sede web]. Chile: uc.cl; 2013 [acceso el 15 de diciembre de 2014]. Disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/neurologia/cuadernos/cuadernos\\_92/pu\\_b\\_05\\_92.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/neurologia/cuadernos/cuadernos_92/pu_b_05_92.html)
- <sup>3</sup> Santin-Martínez J. Trastornos del sueño. En: Nogales-Gaete J. Tratado de Neurología Clínica. 1ª ed. Santiago de Chile: Universitaria.cl; 2005. p. 41-50.
- <sup>4</sup> Bautista Ibáñez S, Balanza Soriano J, Torres Buisan L. Trastornos del sueño. En: Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria. Madrid: Ars Medica; 2004. p. 141-158.
- <sup>5</sup> Chuquimia Zárate LD, Vargas Flores TC. Trastornos del sueño. Revista de actualización clínica [Internet]. 2013 [citado 19 Feb 2015]; 35:1819-1823. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v35/v35\\_a07.pdf](http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v35/v35_a07.pdf)
- <sup>6</sup> Maurice V, Adams RD, Ropper AH. El sueño y sus anomalías. Principios de neurología. 7ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2004. p. 378 – 401.
- <sup>7</sup> Salazar Vallejo MA, Segarra Echebarría R. Psicopatología del sueño [Internet]. En: Waits T, Lauzon JC. Introducción a la Psicopatología. Grupo Ars XXI. 2004. p. 353-392.
- <sup>8</sup> Frieder P. Tratamiento actual de los trastornos del sueño. En: Moizezowicz J. Psicofarmacología Psicodinámica IV. 1ª ed. Buenos Aires: Colorograf; 2007. p. 51-80.
- <sup>9</sup> Sánchez Armengol M.A. Oximetría nocturna. Poligrafía. Polisomnografía. Aplicaciones al diagnóstico del Síndrome de apneas-hipopneas del sueño. En: Soto Campos J.G. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. Madrid: Ergon; 2005. p. 199-201.
- <sup>10</sup> WebConsultas [Internet]. Alcalá de Henares: Bermejo Rubio, N; 2013 [actualizado 15 Mar 2013; citado 17 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/narcolepsia/narcolepsia-2982>
- <sup>11</sup> Wikipedia [Internet]. San Francisco: Wikipedia; 2001 [actualizado 28 Dic 2014; citado 17 Mar 2015]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Narcolepsia>

- 
- <sup>12</sup> De Vicente Álvarez-Manzaneda E. Avances en el diagnóstico y tratamiento del síndrome de narcolepsia-cataplejía. CJH [Internet]. 2008 [citado 17 Mar 2015]; 2: 1-12. Disponible en:  
[http://elestudiodelosseresorganicos.wikispaces.com/file/view/CJH\\_vollmayo08.pdf/344477008/CJH\\_vollmayo08.pdf](http://elestudiodelosseresorganicos.wikispaces.com/file/view/CJH_vollmayo08.pdf/344477008/CJH_vollmayo08.pdf)
- <sup>13</sup> Marjory G. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
- <sup>14</sup> T. Heather Herdman, PhD, RN. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Edición 2009-2011. Amsterdam, Madrid, etc. Elsevier, cop.2010.
- <sup>15</sup> Moorhead S, Johnson M, Maas M.L, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- <sup>16</sup> McCloskey J.C. y Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4º ed. Madrid, etc. Elsevier, D.L. 2008.
- <sup>17</sup> Travelbee J. Interpersonal Aspects of Nursing. 2ª ed. Philadelphia: F.A. Davis; 1971.
- <sup>18</sup> Travelbee J. What´s wrong with sympathy? AJN. 1964; 64: 68-71.
- <sup>19</sup> Raile Alligood M, Marrined Tomey A. Modelos y teorías de enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- <sup>20</sup> Neurowikia.es [Internet]. Madrid: Neurowikia; 2009 [citado 20 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.neurowikia.es/content/exploracion-clinica-de-la-patologia-muscular>
- <sup>21</sup> Iqb.es [Internet]. Madrid. Instituto Químico Biológico; 2004 [actualizado 4 Dic 2013; citado 18 Mar 2015]. Disponible en:  
<http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/m056.htm>
- <sup>22</sup> Alharilla Montilla Ibáñez M. Manual de otorrinolaringología [Internet]. 1ed. Jaén: iMedPub; 2014 [actualizado 5 Feb 2014; citado 25 Mar 2015]. Disponible en:  
[https://books.google.es/books?id=DoWFBAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?id=DoWFBAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- <sup>23</sup> Subiela García JA, Abellón Ruiz J, Celdrán Baños AI, Manzanares Lázaro JA, Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enferm. glob. [Internet]. 2014 [citado 25 Mar 2015]; 13(34):1-17. Disponible en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/administracion4.pdf>