

ANORÉXIA NERVIOSA: ABORDAJE DE UN CASO CLÍNICO



Autores: Karima Aboulfounoun El Azzouzi y
Carmen Nayra Acosta Velázquez/

Centro de trabajo: Hospital Universitario 12 de
Octubre

Profesión: Enfermeras internas residente

Promoción: 2012-2014

1. INTRODUCCIÓN

XX es una paciente de 20 años con trastorno de la conducta alimentaria que ingresa de forma involuntaria en la unidad de psiquiatría para tratamiento y seguimiento de anorexia nerviosa de tipo restrictivo. Los últimos ingresos se caracterizaron por el compromiso vital.

La paciente es soltera y la menor de dos hijas de padres Divorciados. La hermana mayor está emancipada. En la actualidad convive con la madre en un contexto de dinámica familiar disfuncional.

A los 14 años la paciente es diagnosticada de hipertiroidismo con tratamiento inicial con fármacos antitiroideos. Tras la persistencia del cuadro se realiza a la edad de 16 años una tiroidectomía subtotal y tratamiento sustitutivo, momento en el que se inicia el cuadro de anorexia. Refiere que desde ese momento no puede ingerir alimentos porque le producen dolor abdominal que es incapaz de soportar. Desarrolla una cierta fobia a los alimentos por el miedo al dolor tras la ingesta.

Desde joven XX fue una alumna con un buen rendimiento escolar bueno. Al acabar el bachillerato, decide realizar la carrera de psicología que acaba abandonando el primer año.

La personalidad previa de la paciente era alegre y extrovertida, pero a raíz del desarrollo de la anorexia todo empezó a cambiar. Actualmente es una persona triste, desanimada, con rasgos obsesivos, con nulas relaciones sociales, sin planes reales de futuro y con un locus de control externo claro

Desde el pasado julio la paciente ha sido derivada en numerosas ocasiones-concretamente 5 ingresos hasta el momento-.La derivaciones son realizadas desde la una unidad específica de trastornos de la conducta alimentaria a la que suele ir a realizar las comidas del día. Pero, en las que no puede ingresar debido al incumplimiento de los requisitos del mismo como lo es su bajo I.M.C. Los ingresos al hospital son debidos siempre a una importante pérdida ponderal.

En varias ocasiones ideas de muerte no estructuradas. Escasas relaciones sociales.

La paciente refiere que se ve muy delgada y que no le importaría coger peso. No obstante, se niega a comer alegando dolor abdominal intenso en relación con las comidas. Describe ansiedad en relación con las comidas y encontrarse baja de ánimo.

Actualmente sufre de desnutrición grave, riesgo vital y un I.M.C de 12,8

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

- No alergias conocidas
- Hipertiroidismo
- Miopía
- Tiroidectomía subtotal
- Desnutrición grave
- Amenorrea secundaria
- Tía con trastorno psiquiátrico no especificado
- Tía materna con Parkinsonismo precoz
- Tío materno con R. de Crohn,
- Tío materno con molestias intestinales crónicas,
- Tía materna con úlcera gástrica
- Padre con pólipos en el colon benignos.

MEDICACIÓN

- Clonazepam 2 mg.
- Levotiroxina 88 mcg.
- Venlafaxina retard 75 mg.
- Olanzapina 5 mg.
- Lorazepam 1 mg.
- Omeprazol 20 mg.
- Enterosilicona 20 ml.
- Domperidona 20 ml. -

2. DESARROLLO

2.1. Valoración

2.1.1. PATRÓN PERCEPCIÓN/MANTENIMIENTO DE LA SALUD;

- Desnutrición grave
- Malnutrición
- Inconsciencia de la enfermedad
- No seguimiento del régimen terapéutico
- Poco colaboradora

2.1.2. PATRÓN NUTRICIONAL/METABÓLICO;

- Peso actual; 35 quilos
- Altura: 166 cm
- I.M.C: 12,8.
- Tiroidectomía subtotal.
- Nutricional enteral
- Escasa ingesta de líquidos
- Restricción alimentaria
- Reflujo gastroesofágico.
- Sequedad de piel y mucosas.

2.1.3. PATRÓN ELIMINACIÓN /INTERCAMBIO

- Continencia urinaria y fecal.
- Estreñimiento

2.1.4. PATRÓN ACTIVIDAD/EJERCICIO;

- Actividades físicas que implican gasto de energía.
- Independiente para las A.B.V.D.

2.1.5. PATRÓN SUEÑO/DESCANSO ;

- No presenta alteraciones

2.1.6. PATRÓN COGNITIVO/PERCEPTIVO;

- Consciente y orientada en las tres esferas.
- Estudios: bachillerato e inicia primer año de psicología que abandona en marzo de 2012
- Dolor estomacal tras ingestas

2.1.7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO ;

- Baja autoestima
- Ánimo bajo
- Se ve delgada
- Ideas suicidas no estructuradas

2.1.8. PATRÓN ROL/RELACIONES;

- Convive con su madre. Padres Divorciados.
- Nulas relaciones sociales: no tiene amigos
- Introversión
- Hermana de 30 años emancipada.
- Relación más estrecha con su madre.

2.1.9. PATRÓN SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

- Amenorrea secundaria.

2.1.10. PATRÓN AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

;

- Estrés con relación a la comida.
- Ansiedad.

2.1.11. PATRÓN VALORES/CREENCIAS;

- No sufrimiento espiritual.

2.2. DIAGNÓSTICOS

2.2.1. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002)

- Definición: ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.
- Relacionado con: incapacidad para digerir o absorber los alimentos y factores psicológicos.
- Manifestado por: incapacidad subjetiva para ingerir alimentos, aversión a comer, falta de interés por los alimentos.

2.2.2. Riesgo de déficit del volumen de líquidos (00028)

- Definición: riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular
- Relacionado con: alteraciones que afectan el aporte de líquidos.

2.2.3. Estreñimiento (00011)

- Definición: reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación difícil y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas.
- Relacionado con: malos hábitos alimentarios, aporte insuficiente de líquidos, anorexia
- Manifestado por: Hábitos de defecación irregulares y malos hábitos alimentarios.

2.2.4. Dolor crónico: (00133)

- Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.
- Relacionado con: Incapacidad psicosocial crónica.
- Manifestado por: anorexia, agitación e informes verbales de dolor

2.2.5. Ansiedad (00146)

- Definición: sensación vaga e inquietante de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo).
- Relacionado con: crisis situacionales.

- Manifestado por: nerviosismo, agitación.

2.2.6. Baja autoestima crónica (00119)

- Definición: larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.
- Relacionado con: situación traumática.
- Manifestado por: utiliza expresiones negativas sobre sí misma.

2.2.7. Aislamiento social (00053)

- Definición: soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora o impuesta.
- Manifestado por: búsqueda de la soledad
- Relacionado con: incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias.

2.2.8. Riesgo de suicidio

- Definición: riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida.
- Factores de riesgo: enfermedad o trastorno psiquiátrico (TCA). Expresión o deseos de morir.

2.3. PLANIFICACIÓN:

2.3.1. Desequilibrio nutricional por defecto (00002)

N.O.C: ESTADO NUTRICIONAL. (1004)

- Definición: Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas.
- Indicadores:
 - o (100401) Ingestión de nutrientes aumentar de 1 (Desviación grave del rango normal) a 4 (Desviación leve del rango normal) en un mes
 - o (100402) Ingestión alimentaria aumentar de 1 a 5 desde el primer día de ingreso
 - o (100408) Ingestión de líquidos aumentar desde 1 a 5 (Sin desviación del rango normal) desde el primer día de ingreso
 - o (100405) Relación peso/talla. Aumentar de 1 a 4 en un mes
 - o (100411) Hidratación aumentar de 1 a 4 en un mes

N.O.C: CONDUCTA DE AUMENTO DE PESO (1626)

- Definición: Acciones personales para ganar peso después de una pérdida de peso significativa voluntaria o involuntaria
- Indicadores:
 - o (162601) Obtiene asistencia para el peso por parte de un profesional sanitario → mantener en 5 (siempre demostrado)
 - o (162602) Identifica la causa de la pérdida de peso → aumentar de 2 (raramente demostrado) a 4 (frecuentemente demostrado) en un mes.
 - o (162604) Establece objetivos de peso alcanzables → aumentar de 1 (nunca demostrado) a 4 (frecuentemente demostrado) en un mes
 - o (162606) Se compromete con un plan de comidas saludable → aumentar de 1 a 4 en un mes.
 - o (162608) Mantiene un aporte adecuado de alimentos y líquidos nutritivos → aumentar de 1 a 4 desde el primer día de ingreso.
 - o (162626) Mantiene el sueño adecuado → mantener en 5 (siempre demostrado)

ANORÉXIA NERVIOSA: ABORDAJE DE UN CASO CLÍNICO

- (162632) Participa en grupos de apoyo → aumentar de 1 a 4 en un mes.

N.I.C → ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA. (1056)

- Definición: Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.

ACTIVIDADES

- Explicar el procedimiento a la paciente.
- Insertar una sonda nasogástrica,
- Aplicar sustancias de anclaje a la piel y fijar el tubo de alimentación con esparadrapo.
- Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción del aire
- Marcar el tubo en el punto de salida para mantener la colocación correcta.
- Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45° durante la alimentación.
- Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos.
- Control del peso

N.I.C → AYUDA PARA GANAR PESO (1240)

- Definición: Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas

ACTIVIDADES

- Pesar al paciente a los intervalos determinados
- Registrar el progreso de la ganancia de peso
- Observar si hay náuseas y vómitos.
- Disponer períodos de descanso prescritos
- Fomentar el aumento de ingesta de calorías.
- Administrar 20 ml de enterosilicona y 20 ml de Domperidona antes de las comidas
- Proporcionar suplementos dietéticos pautados
- Fomentar la asistencia a grupos de apoyo
- Controlar el tipo y cantidad de ejercicio habitual.

2.3.2. Riesgo de déficit del volumen de líquidos (00028)

N.O.C: EQUILIBRIO HÍDRICO (0601)

- Definición: Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo.
- Indicadores:
 - o (60101) Presión arterial → mantener en 5, no comprometido
 - o (60105) Pulso periférico → mantener en 5, no comprometido siempre
 - o (60116) Hidratación cutánea → aumentar de 2 (sustancialmente comprometido) a 4 (levemente comprometido) en un mes
 - o (60117) Humedad de membranas mucosas → aumentar de 2 a 4 en un mes
 - o (60123) Calambres musculares → mantenerse en 5 (ninguno) siempre

N.I.C → MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS (4130)

- Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.

ACTIVIDADES

- Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación
- Observar las mucosas y la turgencia de la piel.
- Observar niveles de osmolalidad de orina y suero.
- Administrar líquidos cuando proceda
- Estar atento a las membranas para que las tenga siempre humedecidas
- Observar si hay presencia de calambres musculares

2.3.3. Estreñimiento (00011)

N.O.C: ELIMINACIÓN INTESTINAL (0501)

- Definición: Formación y evacuación de heces.
- Indicadores:
 - o (50101) Patrón de eliminación → aumentar de 3 (moderadamente comprometido) a 5 (no comprometido) en dos semanas
 - o (50104) Cantidad de heces en relación con la dieta → aumentar de 3 a 5 en dos semanas (50110) Estreñimiento → aumentar de 3 a 5 en dos semanas

N. I.C → MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO (0450)

- Definición: Prevención y alivio del estreñimiento/impactación.

ACTIVIDADES

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos
- Vigilar la existencia de peristaltismo.

2.3.4. Dolor crónico (00133)

N.O.C: CONTROL DEL DOLOR (1605)

- Definición: Acciones personales para controlar el dolor.
- Indicadores:
 - o (160502) Reconoce el comienzo del dolor → mantener en 5 (siempre demostrado)
 - o (160501) Reconoce factores causales → aumentar de 1 (Nunca demostrado) a 4 (Frecuentemente demostrado) en un mes
 - o (160507) Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario → mantener en 5 (Siempre demostrado)
 - o (160508) Utiliza los recursos disponibles → mantener en 5

N.I.C→ MANEJO DEL DOLOR (1400)

- Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

ACTIVIDADES

- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.
- Evaluar, con la paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado

2.3.5. Ansiedad (00146)

N.O.C: AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD (1402)

- Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.
- Indicadores:
 - o (140205) Planea estrategias para superar situaciones estresantes → aumentar de 1 a 4 en dos semanas
 - o (140214) Refiere dormir de forma adecuada → mantener en 5
 - o (140207) Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad → aumentar de 1 (nunca demostrado) a 4 (frecuentemente demostrado) en 3 semanas

N.I.C→DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD (5820)

ACTIVIDADES

- Tratar de comprender la perspectiva de la paciente sobre una situación estresante
- Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Escuchar con atención
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad (Clonazepam 2 mg)
- Permanecer con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo
- Crear un ambiente que facilite la confianza
- Instruir a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación

2.3.6. Baja autoestima crónica (00119)

N.O.C: AUTOESTIMA (1205)

- Definición: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo
- Indicadores:
 - o (120511) Nivel de confianza → aumentar de 3 a en dos semanas.
 - o (120519) Sentimientos sobre su propia persona → aumentar de 2 (raramente demostrado) a 4 (frecuentemente positivo) en un mes.

N.I.C→ POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA (5400)

- Definición: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

ACTIVIDADES

- Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios
- Animar a la paciente a identificar sus virtudes
- Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos
- Ayudar a establecer objetivos realistas
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima
- Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente

2.3.7. Aislamiento social (00053)

N.O.C: HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL (1502)

- Definición: Conductas personales que fomentan relaciones eficaces.
- Indicadores:
 - o (150206) Afrontamiento si procede → aumentar de 1 (nunca demostrado) a 4 (frecuentemente demostrado) en un mes
 - o (150212) Relaciones con los demás → aumentar de 2 (raramente demostrado) a 4 (frecuentemente demostrado) en un mes
 - o (150216) Utilizar estrategias de resolución de conflictos → aumentar de 2 (raramente demostrado) a 4 (frecuentemente demostrado) en un mes

N.I.C: POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN (5100)

Definición:

ACTIVIDADES

- Animar a la paciente a desarrollar relaciones.
- Fomentar la participación en grupo y actividades
- Fomentar compartir problemas comunes con los demás.
- Fomentar la sinceridad al presentarse a los demás.
- Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación mejoradas.
- Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.

2.3.8. Riesgo de suicido (00150)

N.O.C. AUTOCONTROL DEL IMPULSO SUICIDA (1408)

- Definición: Acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio
- Indicadores:
 - o (140801) Expresa sentimientos → mantener en 5 (siempre demostrado)
 - o (140813) No intenta suicidarse → mantener en 5
 - o (140823) Obtiene ayuda cuando es necesario → mantener en 5
 - o (140824) Obtiene tratamiento para la depresión → mantener en 5

N.I.C→ PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (6340)

- Definición: Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.

ACTIVIDADES

- Determinar si el paciente dispone de medios para llevar adelante el plan de suicidio
- Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.
- Administrar medicación prescrita para disminuir la ansiedad, agitación y depresión (Clonazepam de 2 mg y Venlafaxacina de 75)
- Recomendar aspectos de calidad de vida y control del dolor.
- Relacionarse con la paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza y para dar oportunidad a la paciente para hablar de sus sentimientos
- Evitar comentar repetidamente la historia del suicidio pasado manteniendo discusiones orientadas hacia el presente y el futuro.
- Iniciar precauciones para el suicidio (observación y vigilancia continua de la paciente, proveerse de un entorno protector)
- Examinar de forma rutinaria el entorno y eliminar los peligros para mantenerlo libre de riesgos.

3. CONCLUSIONES

La paciente ingresó con 35 quilos y se le puso sonda nasogástrica por orden médica y nutrición enteral continua.

Se llevaron a cabo varias pautas no farmacológicas tales como; permanecer siempre en su habitación -para evitar el gasto de energía-no visitas-hasta ganancia de peso-, asistir al grupo terapéutico y al comedor en las horas de la comida para tomar la medicación.

Hubo un aumento de peso hasta alcanzar los 41,100. Y se concedieron visitas alternando los días sus progenitores, un día cada uno debido a la dinámica familiar disfuncional. Se retiró la nutrición enteral continua, para pasar a nutrición enteral sólo nocturna (de 7 a 23h), y introducción de alimentación oral. En desayuno zumo o pera, en comida puré de legumbres y pera, en merienda zumo y en cena puré de verduras y pera.

Actualmente se ha retirado la nutrición enteral definitivamente, y sólo está con la alimentación que he descrito anteriormente.

Se han administrado enemas casen cada 4 días debido a la irregularidad de su patrón intestinal.

Durante su ingreso ha sido valorada por el equipo multidisciplinar(psiquiatra, psicólogo, enfermería, nutricionistas, etc).

La actitud de la paciente en el último ingreso, ha sido más colaboradora, refiere que quiere ganar peso, porque además de que se ve delgada, quiere volver a casa con su madre. Ha estado menos demandante, en cuanto a atención. Comenta que le gustaría, cuando esté mejor, estudiar periodismo, y que intentará ver más a sus amigos. Refiere que, aunque le cueste, por el dolor que le produce, se compromete a hacer las comidas recomendadas al alta, porque no quiere volver a ingresar.

Aunque sigue solicitando la medicación ansiolítica, comenta que se encuentra menos nerviosa. Las ideas de suicidio no estructuradas, han desaparecido.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. 2009-2011. NANDA International. ELSEVIER.
- Johnson M, Bulechek G.M, Butcher H, Maas M.L, McCloskey Dochterman J, Moorhead S. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. 2ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
- McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5^a edición. España: Elsevier; 2009.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3^a Ed. Madrid: Elsevier; 2009.