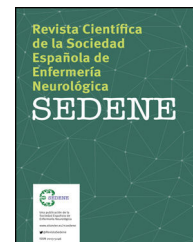




# Enfermería Neurológica

[www.elsevier.es/rcsedene](http://www.elsevier.es/rcsedene)



## CASO CLÍNICO

# Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff: a propósito de un caso



Sara Ibáñez-Santana<sup>a,\*</sup>, David Peña-Otero<sup>b,c</sup> y Laura Visiers-Jiménez<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Área quirúrgica, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

<sup>b</sup> Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria, España

<sup>c</sup> Grupo de Enfermería, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>d</sup> Departamento de Enfermería y Prácticas tuteladas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija, Fundación San Juan de Dios, Madrid, España

Recibido el 14 de septiembre de 2018; aceptado el 8 de febrero de 2019

### PALABRAS CLAVE

Planificación de atención al paciente;  
Neurología;  
Encefalopatía de Wernicke;  
Cuidadores

### Resumen

**Objetivo:** Desarrollar definiciones conceptuales y operacionales para definir características y factores relacionados (plan de cuidados individualizado de enfermería) de una paciente de 50 años con encefalopatía de Wernicke-Korsakoff.

**Método:** Revisión integradora de literatura acerca de la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff, para la valoración de enfermería, basada en la Teoría General sobre el Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem al ingreso en la unidad de Neurología de un hospital español de tercer nivel.

**Resultados:** Se propone un plan de cuidado individualizado a través de las taxonomías NANDA-NOC-NIC siguiendo el proceso enfermero. Destaca la importancia de la atención al cuidador principal, debido su responsabilidad en la continuidad de los cuidados al alta, incluyendo para ello una propuesta de actividades específicas.

**Conclusiones:** Es necesario el uso de taxonomías estandarizadas para el desarrollo de la disciplina científica de enfermería, junto a un abordaje holístico para la individualización de los cuidados.

© 2019 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [ibez.sara@gmail.com](mailto:ibez.sara@gmail.com) (S. Ibáñez-Santana).

**KEYWORDS**

Patient care planning;  
Neurology;  
Wernicke  
encephalopathy;  
Caregivers

**Wernicke-Korsakoff-encephalopathy: A case study****Abstract**

*Aim:* To develop conceptual and operational definitions to define characteristics and related factors (individualized nursing care plan) for the process of 50-year-old patient with Wernicke-Korsakoff-encephalopathy.

*Method:* Integrative literature review about Wernicke-Korsakoff-encephalopathy, after nursing assessment, based on the General Theory of Self-Care Deficit of Dorothea Orem, on admission to the Neurology ward of a third level Spanish hospital.

*Results:* An individualized care plan is proposed through the NANDA-NOC- NIC taxonomies following the nursing process. The attention to the main caregiver is highlighted in the plan, due to his great responsibility in the continuity of care on discharge, including new activities for it.

*Conclusions:* It is necessary to use standard taxonomies for the development of the scientific nursing discipline, along with a holistic approach for the individualization of care.

© 2019 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

La encefalopatía de Wernicke es un síndrome neurológico con una tríada sintomática característica: trastornos en la movilidad ocular (nistagmo y oftalmoplejía), cambios en el estado mental y alteraciones en la marcha, que únicamente está presente en el 16% de los casos descritos<sup>1</sup>. La etiología es diversa y se asocia con una deficiencia de la tiamina o por malnutrición acompañada de abuso de alcohol<sup>1,2</sup>. No todos los pacientes son diagnosticados a tiempo y acaban desarrollando el síndrome de Korsakoff o encefalopatía de Wernicke-Korsakoff (EW). Este síndrome constituye la última manifestación de la encefalopatía, cuyos pacientes presentan alteraciones en la memoria (amnesia anterógrada) con grave desorientación temporal y, en fases iniciales, pueden presentar confabulación junto con la pérdida de memoria<sup>1</sup>. Estas alteraciones, debidas a la necrosis neuronal por el déficit de proteína, van a generar lesiones estructurales en las áreas cerebrales de manera irreversible.

El diagnóstico de la EW es difícil y fundamentalmente clínico puesto que las pruebas de laboratorio no constituyen un «gold standard» y el diagnóstico por imagen a través de la resonancia magnética únicamente tiene una sensibilidad del 53%<sup>2</sup>. Sin embargo, cada paciente necesita un abordaje individualizado de los cuidados enfermeros, ya que las manifestaciones sintomatológicas referentes al estado cognitivo y amnesia anterógrada, obstaculizan el trabajo con la paciente, así como el aprendizaje del proceso de la enfermedad.

El objetivo del presente trabajo es elaborar un plan de cuidados individualizado, a través de las taxonomías NANDA-NOC-NIC, siguiendo la normativa española de datos clínicos en la historia clínica<sup>3</sup>, de una paciente de 50 años con EW.

**Presentación del caso**

M.G.S., mujer de 50 años, acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario de la Princesa por presentar un cuadro de mareo con ilusión de movimiento al levantarse

de la cama e inestabilidad en la marcha con lateralización hacia la derecha. Además, el marido informa de deterioro del estado general de la paciente con confusión, desorientación y con un comportamiento reiterativo desde hace 2 días. Se realizó una tomografía computarizada cerebral en la que se objetiva una lesión nodular extraaxial frontal parasagital derecha compatible con meningioma. Además, se efectuó resonancia magnética en la que se observa en vértebra T2 aumento de la captación en los cuerpos mamilares, en la región medial del tálamo y en la región inferior tectal. Asimismo, se realizó una analítica sanguínea, indicando un aumento de las 3 líneas celulares (hemoglobina 17,2; plaquetas 439.000, leucocitos 13.930 con neutrofilia) y aumento de enzimas hepáticas (GOT 454, GPT 351, GGT 212, FA 142). La sintomatología junto con las pruebas diagnósticas hace pensar en el posible diagnóstico de EW, por lo que se decide ingreso hospitalario a cargo de neurología para el estudio del posible origen alcohólico versus carencial.

Al ingreso en planta el equipo de enfermería procedió a realizar la valoración a través de la revisión previa de la historia clínica, entrevista a la paciente, datos aportados por su marido y la exploración física. Los datos recogidos se clasificaron según los Requisitos Universales de Autocuidado de Dorothea Orem, que deben alcanzarse mediante el autocuidado o cuidado dependiente, necesarios para la regulación del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar<sup>4</sup>.

**Aporte de aire**

La historia clínica reflejaba antecedentes de hipertensión arterial, controlada con bisoprolol de 5 mg en el desayuno. Se procedió a tomar la tensión arterial: 129/82 mmHg. No presentaba alteraciones en el patrón respiratorio ni cardíaco.

## Aporte de líquidos y alimentos

Al ingreso la paciente estaba nerviosa y bebió un sorbo de una botella de agua. No mostró dificultad en su ingesta, signos de deshidratación ni edemas. Refirió tener hábitos dietéticos inadecuados, como la ingesta insuficiente de verduras, frutas y hortalizas ya que «a sus hijos no les gustan y para qué va a cocinarlas si las va a tener que tirar», y preferencia por los alimentos fritos. Añadió una sensación nauseosa ocasional. La paciente estaba diagnosticada con obesidad tipo I, se procedió a realizar el Mini Nutricional Test con resultado de 21,5 puntos, mostrando riesgo de malnutrición<sup>5</sup>.

## Cuidados asociados con la eliminación

Continente: mantiene un patrón de deposición cada 2 días, sin embargo no recuerda la fecha de la última. A la auscultación abdominal, se escucharon ruidos hidroaéreos. Su abdomen estaba blando y depresible, no doloroso a la palpación. Se observó hepatomegalia de 2 cm.

## Mantenimiento equilibrio actividad/reposo

Desde hace unos meses, la paciente dormía alrededor de 4-5 horas: «me cuesta mucho quedarme dormida y luego me despierto con mucha facilidad». El marido refiere que desde hace 3 días duerme incluso menos y que «se pasa la noche haciendo las cosas de la casa».

## Mantenimiento equilibrio soledad/interacción humana

Al ingreso, estuvo acompañada por su marido. Se observa una amnesia anterógrada con confabulación: la paciente confundió las edades de sus hijos y creyó que convivían con ellos a pesar de que se encontraban en el extranjero. Al momento de la entrevista, estaba consciente y orientada en persona, pero desorientada en tiempo y espacio. A continuación, se preguntó por su situación laboral: trabaja limpiando 2 casas por las mañanas, «pagan poco, pero con la pensión de mi marido nos vamos apañando», y que los fines de semana sale con su marido a «tomar unas cervezas».

## Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar

Alérgica a penicilinas. Fumadora. Refirió beber alcohol ocasionalmente; sin embargo, su marido insistió en que siempre hay cervezas en casa, que él no bebe ni las compra. Su aseo era deficiente: periodontitis y cuero cabelludo con descamación y falta de higiene evidente. Se canalizó una vía venosa periférica en miembro superior derecho. Se levantó a la paciente para observar alteraciones en la marcha. Mostró vértigo e inestabilidad, haciendo necesario el apoyo en los muebles. En ese momento la cefalea obligó a la paciente a volver al sillón. Por el conjunto de alteraciones en la marcha se tuvo en cuenta el riesgo de caídas que podría sufrir durante el ingreso a través de la Escala Downton<sup>6</sup> mostrando un riesgo alto de caídas (3 puntos).

## Promoción del funcionamiento y desarrollo social

No recuerda el motivo de ingreso: «estoy aquí porque mi marido está ingresado» y autopercepción de enfermedad ausente. Se realizó exploración de los pares craneales, presentando alteración en los pares III y VI: nistagmo vertical con la supravversión, paresia del VI par bilateral donde la paciente mostró una limitación en la abducción en ambos ojos, no sobrepasando la línea media. Sus reflejos osteotendinosos estaban abolidos en miembros inferiores. Asimismo, se observó durante la marcha un aumento leve en el ángulo de Fick e inestabilidad con lateralización hacia la derecha.

## Diagnóstico, planificación y ejecución de los cuidados

En la [tabla 1](#) se desarrolla el plan de cuidados según las taxonomías NANDA-NOC-NIC con los diagnósticos enfermeros prioritarios, los resultados planificados a conseguir junto con las intervenciones y actividades para lograrlo<sup>7-9</sup>. En el caso de pacientes con EW cuyos daños son irreversibles, uno de los puntos principales del plan de cuidados a abordar son las intervenciones con el cuidador principal, el cual va a tener que asumir muchas de las responsabilidades del cuidado de una persona dependiente al alta. Por tanto, favorecer la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, recursos disponibles, así como un adecuado plan de cuidados que incluya no solo una planificación hospitalaria, sino a largo plazo, resulta esencial. Sin embargo, dada la complejidad de la patología estas medidas deben abordarse de una manera multidisciplinar (en la [tabla 2](#) se desarrolla una complicación potencial y un problema de colaboración), junto con el cuidador principal que va a constituir el pilar esencial en el tratamiento y prevención de complicaciones asociadas en la paciente.

## Discusión

Se ha considerado fundamental en la evolución de la paciente la figura del cuidador, por ello, se ha seleccionado la Teoría General sobre el Déficit de Autocuidado de Orem a fin de tener necesariamente en cuenta al cuidador principal, como agente de cuidados dependiente que dará continuidad al plan tras el alta hospitalaria<sup>4</sup>. Es necesario el uso de taxonomías estándar para el desarrollo de la disciplina científica de la enfermería; sin embargo, en ciertas ocasiones dado el carácter holístico de la misma y las diferencias legislativas/competenciales en cada región, son necesarios cambios e individualizaciones en los cuidados, usando actividades o intervenciones e incluso objetivos o diagnósticos que todavía no han sido planteados.

La elaboración de un plan de cuidados individualizado es, en este caso, esencial para el manejo de la paciente. Sin embargo, a la hora de la elección de las intervenciones y las actividades en el plan de cuidados se ha encontrado la falta de actividades, dentro de las intervenciones elegidas, orientadas a la educación activa del cuidador. Cabe resaltar que las actividades propuestas están formuladas con un fin de evaluación de conocimientos/habilidades y no existe la propuesta enmarcada hacia la formación en las mismas, que

**Tabla 1** Principales diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones

[00095] Insomnio r/c agentes farmacológicos, consumo de alcohol, la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad, higiene del sueño inadecuada m/p cambios en el patrón de sueño, dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantener el sueño, despertar temprano

<b>NOC</b>	[0004] Sueño	01. Horas de sueño	1/3d
		21. Dificultad para conciliar el sueño	1/3a

Tiempo de consecución: 3 días tras el ingreso hospitalario

**NIC** [1850] Mejorar el sueño

- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia de la paciente en la planificación de cuidados, todos los días tras la transferencia de información en el turno de mañana
- Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño de la paciente, en el turno de noche y preguntar al compañero de habitación por la mañana
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño, todas las noches
- Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos, todas las noches
- Enseñar a la paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño, antes de irse a la cama

[00088] Deterioro de la ambulación r/c deterioro del equilibrio m/p deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida

<b>NOC</b>	[0208] Movilidad	01. Mantenimiento del equilibrio	1/3d
		05. Realización del traslado	2/3d

Tiempo de consecución: 7 días tras el ingreso hospitalario

**NIC** [0222] Terapia de ejercicios: equilibrio

- Ayudarle a ponerse de pie (o sentarse) y balancear el cuerpo de lado a lado para estimular los mecanismos del equilibrio, una vez por turno al acompañar a la paciente al baño
- Ayudar a la paciente en la práctica de estar de pie con los ojos cerrados durante cortos períodos de tiempo a intervalos regulares para estimular la propiocepción, al acompañar a la paciente al baño
- Animar a la paciente a mantener una base de apoyo amplia, siempre que la paciente deambule

**NIC** [0221] Terapia de ejercicios: ambulación

- Vestir a la paciente con prendas cómodas, tras la higiene de la paciente
- Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulación si la paciente tiene inestabilidad, al ingreso hospitalario

[00043] Protección ineficaz r/c abuso de sustancias, nutrición inadecuada m/p desorientación, deterioro neurosensorial, insomnio.

<b>NOC</b>	[1004] Estado nutricional	01. Ingestión de nutrientes	1/3c
		02. Ingestión de alimentos	1/3c

Tiempo de consecución: Durante el ingreso hospitalario

**NIC** [5246] Asesoramiento nutricional

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de la paciente, en la valoración inicial de enfermería y tras cada comida
- Determinar las actitudes y creencias de los allegados acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario de la paciente, durante las tres primeras comidas tras el ingreso
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional, el segundo día tras el ingreso antes de comida y en la valoración al alta de enfermería.

Tabla 1 (continuación)

<b>NIC</b>	[1120] Terapia nutricional		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento, tras la elección de la dieta por la paciente en el turno de mañana</li> <li>• Dar a la familia ejemplos escritos de la dieta prescrita, el día del alta hospitalaria</li> </ul>		
<b>NIC</b>	[1100] Manejo de la nutrición		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el estado nutricional de la paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales, en la valoración al ingreso hospitalario y día del alta hospitalaria junto con la familia</li> <li>• Proporcionar la selección de alimentos mientras se orienta hacia opciones más saludables, todos los días en la elección del menú</li> <li>• Enseñar a la paciente y a la familia sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad, una vez cada dos días antes de la comida</li> </ul>		
<b>NOC</b>	[1269] Conducta de abandono del consumo de alcohol	30. Elimina el consumo de alcohol	1/5b
Tiempo de consecución: Al ingreso hospitalario y mantener tras el alta hospitalaria			
<b>NIC</b>	[4360] Modificación de la conducta		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar apoyo emocional a la paciente/familia, de manera continuada todos los días</li> <li>• Proporcionar orientación sobre la realidad, siempre que la paciente se desoriente</li> <li>• Observar si hay consumo de alcohol encubierto durante la desintoxicación, una vez por turno</li> </ul>		
<b>NIC</b>	[4512] Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar la aparición de delirium tremens, en cada turno y con mayor frecuencia por la noche</li> <li>• Medicar para aliviar las molestias físicas, según prescripción médica</li> <li>• Administrar vitaminas, según prescripción médica</li> </ul>		
<b>[00193] Descuido personal r/c alteración de la función cognitiva m/p higiene personal insuficiente</b>			
<b>NOC</b>	[0313] Nivel de autocuidado	05. Mantiene higiene personal 06. Mantiene higiene oral	2/5d 1/5d
Tiempo de consecución: Al ingreso en planta y durante su estancia hospitalaria			
<b>NIC</b>	[1801] Ayuda con el autocuidado: baño/higiene		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada, al ingreso de la paciente, al iniciar el turno y tras acabar el turno</li> <li>• Proporcionar ayuda hasta que la paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados, durante el ingreso hospitalario una vez al día y cuando sea necesario</li> <li>• Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú, loción y productos de aromaterapia), durante la higiene de la paciente</li> </ul>		
<b>NIC</b>	[6462] Manejo de la demencia: baño		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar una estrategia flexible permitiendo elecciones y control sobre el momento del día y el tipo de limpieza (ducha, bañera o limpieza con esponja), una vez al día</li> <li>• Dar un motivo para el baño (p. ej., «Vamos a tomar un baño antes de que venga su marido»), antes de realizar la higiene y cuando sea reticente a ella, una vez al día</li> <li>• Utilizar la persuasión suave, no la coacción, a la hora de realizar la higiene siempre y cuando la paciente sea reticente a ella, una vez por día</li> <li>• Animar a la paciente a colaborar en el baño en función de sus capacidades, durante la higiene de la paciente</li> </ul>		

**Tabla 1** (continuación)

<b>NIC</b>	[1710] Mantenimiento de la salud bucal		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una rutina de cuidados bucales, al ingreso y realizarla después de cada comida</li> <li>• Animar y ayudar a la paciente a lavarse la boca, después de cada comida</li> </ul>		
<b>[00129] Confusión crónica r/c psicosis de Korsakoff m/p deterioro cognitivo crónico</b>			
<b>NOC</b>	[0920] Nivel de demencia	31. Alteración del nivel de conciencia	1/2d
Tiempo de consecución: Antes del alta hospitalaria			
<b>NIC</b>	[6460] Manejo de la demencia		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentarse a sí mismo al iniciar el contacto, siempre que se entre en la habitación de la paciente</li> <li>• Determinar las expectativas conductuales adecuadas para el estado cognitivo de la paciente, en la valoración al ingreso y una vez al día al finalizar el turno de tarde</li> <li>• Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo mediante herramientas de evaluación normalizadas, en la valoración al ingreso y en la valoración al alta</li> <li>• Fomentar con los familiares y los amigos la mejor manera de interactuar con la paciente, antes de que entren en la habitación</li> <li>• Ayudar a la familia a comprender que quizá sea imposible que la paciente aprenda nueva información, al ingreso en la planta</li> </ul>		
<b>NOC</b>	[0901] Orientación cognitiva	03. Identifica el lugar donde está	2/3d
		04. Identifica el día presente	1/2d
		05. Identifica el mes actual	1/2d
Tiempo de consecución: Antes del alta hospitalaria			
<b>NIC</b>	[4720] Estimulación cognitiva		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultar con la familia para establecer el nivel basal cognitivo de la paciente, al ingreso de la paciente</li> <li>• Proporcionar un calendario, al ingreso de la paciente</li> <li>• Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona, una vez por turno con la toma de constantes</li> <li>• Utilizar ayudas de memoria: listas, programas y notas recordatorias, al iniciar el día en el turno de la mañana con las actividades o cosas programadas</li> </ul>		
<b>NOC</b>	[0908] Memoria	02. Recuerda información reciente de forma precisa	1/2d
Tiempo de consecución: Antes del alta hospitalaria			
<b>NIC</b>	[4760] Entrenamiento de la memoria		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por la paciente, siempre que hablemos con la paciente</li> <li>• Identificar y corregir con la paciente errores de orientación, siempre que los presente durante la interacción con la paciente</li> </ul>		
<b>[00062] Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c abuso de sustancias, alteración del funcionamiento cognitivo del receptor de los cuidados, el cuidador es la pareja, receptor de los cuidados dado de alta al domicilio con necesidades de cuidados importantes</b>			
<b>NOC</b>	[2210] Resistencia del papel del cuidador	12. Apoyo del profesional sanitario al cuidador	5/5e
Tiempo de consecución: Mantener durante el ingreso hospitalario			

Tabla 1 (continuación)

<b>NIC</b>	[7040] Apoyo al cuidador principal		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el nivel de conocimientos del cuidador, al ingreso y al alta de la paciente</li> <li>• Reconocer la dependencia que tiene la paciente del cuidador, el día del alta hospitalaria en el turno de mañana</li> <li>• Explorar con el cuidador cómo lo está afrontando, dos veces a la semana en el turno de la tarde</li> <li>• Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo, todos los días en el turno de mañana y tarde</li> </ul>		
<b>NOC</b>	[2202] Preparación del cuidador familiar domiciliario	02. Conocimiento sobre el papel de cuidador familiar	1/4e
		14. Apoyo social	1/5e
		15. Confianza en la capacidad de controlar la atención sanitaria	1/3e
Tiempo de consecución: El día del alta hospitalaria, antes de la misma			
<b>NIC</b>	[5602] Enseñanza: proceso de enfermedad		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad, tras la realización de la valoración de enfermería y el día del alta hospitalaria</li> <li>• Describir las posibles complicaciones crónicas, el día del alta hospitalaria</li> <li>• Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, tras el pase de visita médica todos los días</li> </ul>		
<b>NIC</b>	[8100] Derivación		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponerse en contacto con el centro/cuidador correspondiente, el día del alta hospitalaria en el turno de mañana</li> <li>• Remitir el informe de derivación y el plan de cuidados de la paciente por vía electrónica, el día del alta hospitalaria antes de la misma</li> <li>• Determinar si los servicios de rehabilitación están disponibles para ser utilizados en el hogar, el día antes del alta hospitalaria</li> </ul>		
<b>NIC</b>	[7110] Fomentar la implicación familiar		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación personal con la paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado, durante el ingreso hospitalario</li> <li>• Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto de la paciente, en la valoración y al alta hospitalaria</li> <li>• Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización</li> <li>• Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado de la paciente, durante la estancia hospitalaria</li> <li>• Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado de la paciente, en el turno de mañana el día del alta hospitalaria</li> </ul>		
<b>NOC</b>	[0312] Preparación para el alta: vivir con apoyo	01. Necesidad de soporte profesional	1/4b
		02. Necesidad de soporte familiar	1/5b
		08. Describe un plan de la continuidad de los cuidados	1/4b
Tiempo de consecución: El día del alta hospitalaria, antes de la misma			

**Tabla 1** (continuación)

<b>NIC</b>	[7370] Planificación para el alta		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentar los recursos económicos si se requiere una reorganización para recibir cuidados después del alta, al día siguiente del ingreso hospitalario</li> <li>• Ayudar al familiar/allegados en la planificación de los ambientes de apoyo necesarios para proveer los cuidados fuera del hospital, la semana anterior al alta hospitalaria en el turno de la mañana</li> <li>• Coordinar los esfuerzos de distintos profesionales sanitarios para asegurar un alta oportuna, todos los días tras el pase de visita médica en el turno de mañana</li> <li>• Desarrollar un plan que tenga en cuenta las necesidades de cuidado, sociales y económicas de la paciente, antes del alta hospitalaria</li> <li>• Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte de la paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta, los tres últimos días antes del alta hospitalaria en el turno de tarde</li> </ul>			
<b>[00155] Riesgo de caídas r/c entorno desconocido, alteración de la función cognitiva, deterioro del equilibrio, dificultades con la marcha</b>			
<b>NOC</b>	[1912] Caídas	02. Caídas caminando	5/5a
Tiempo de consecución: Mantener durante la estancia hospitalaria			
<b>NIC</b>	[6490] Prevención de caídas		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar déficits cognitivos o físicos de la paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado, al ingreso de la paciente y el día del alta hospitalaria</li> <li>• Instruir a la paciente para que pida ayuda al moverse, siempre que necesite moverse</li> <li>• Colocar señales recordatorias para que la paciente solicite ayuda para salir de la cama, al ingreso en la habitación</li> <li>• Ayudar a la deambulación de las personas inestables, siempre que tenga que caminar la paciente</li> <li>• Colocar la cama mecánica en la posición más baja, siempre durante la estancia hospitalaria</li> <li>• Disponer muebles firmes que no caigan si se utilizan como apoyo, durante el ingreso hospitalario</li> </ul>			
a Escala n: grave (1), sustancial (2), moderado (3), leve (4), ninguno (5).			
b Escala m: nunca demostrado (1), raramente demostrado (2), a veces demostrado (3), recientemente demostrado (4), siempre demostrado (5).			
c Escala b: desviación grave del rango normal (1), desviación sustancial del rango normal (2), desviación moderada del rango normal (3), desviación leve del rango normal (4), sin desviación del rango normal (5).			
d Escala a: gravemente comprometido (1), sustancialmente comprometido (2), moderadamente comprometido (3), levemente comprometido (2), no comprometido (1).			
e Escala f: inadecuado (1), ligeramente adecuado (2), moderadamente adecuado (3), sustancialmente adecuado (4), completamente adecuado (5).			



**Tabla 2** Problemas de colaboración y complicaciones potenciales

<b>Problema de colaboración: Dolor agudo s/a cefalea</b>			
<b>NOC</b>	[2102] Nivel del dolor	04. Duración de los episodios de dolor	2/4a
	[1605] Control del dolor	11. Refiere dolor controlado	1/4b
Tiempo de consecución: Durante el ingreso hospitalario			
<b>NIC</b>	[1400] Manejo del dolor		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar, con la paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado 1 h después tras la administración de la analgesia</li> <li>• Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos cuando la paciente manifieste dolor o según pauta médica</li> </ul>			
<b>Complicación potencial: Síndrome de abstinencia s/a consumo de alcohol y tabaco</b>			
<b>NOC</b>	[2108] Severidad de la retirada de sustancias	02. Ansia compulsiva de sustancias	5/5a
		04. Agitación.	5/5a
		32. Alucinaciones.	5/5a
Tiempo de consecución: Durante el ingreso hospitalario			
<b>NIC</b>	[4514] Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar los síntomas de abstinencia (p. ej., fatiga, alteraciones sensoriales, irritabilidad, violencia, depresión, ataques de pánico, ansiedad por consumir, insomnio, agitación, dolor muscular, cambios de apetito, bostezos, debilidad, cefalea, rinorrea, midriasis, escalofríos, ansiedad, diaforesis, náuseas, vómitos, temblores, psicosis y ataxia), durante el ingreso al menos una vez por turno</li> <li>• Administrar medicamentos (p. ej., benzodiazepinas, clorpromazina, diazepam, tratamiento sustitutivo de nicotina, fenobarbital, clonidina, trazodona, metadona, agonistas alfa-2 adrenérgicos y antipsicóticos), siendo conscientes de la tolerancia cruzada, según pauta médica</li> </ul>			
<b>NIC</b>	[4512] Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar la aparición de delirium tremens, en cada turno y con mayor frecuencia por la noche</li> <li>• Mediar para aliviar las molestias físicas, según prescripción médica</li> <li>• Administrar vitaminas, según prescripción médica</li> </ul>			
a Escala n: grave (1), sustancial (2), moderado (3), leve (4), ninguno (5).			
b Escala m: nunca demostrado (1), raramente demostrado (2), a veces demostrado (3), recientemente demostrado (4), siempre demostrado (5).			

sí quedan reflejadas en el ámbito pediátrico como: « (5662) enseñanza: *nutrición del niño (25-36 meses)*»<sup>9</sup>.

Podemos observar aspectos importantes como el riesgo de caídas y la disminución de la movilidad independiente en la deambulación. La prevención de caídas constituye una actividad primordial puesto que es un criterio de calidad asistencial, así como una responsabilidad directa del equipo de enfermería. En España se utiliza la escala Downton, sin embargo un reciente estudio ha demostrado que tiene una sensibilidad del 58% y una especificidad del 62%, clasificando a la mayoría de los pacientes como de alto riesgo simplemente por estar medicados<sup>10</sup>. Otro estudio incluye la hiponatremia como factor de riesgo de caídas, sin embargo no hemos hallado resultados similares, pero deberíamos tenerlo como dato a vigilar. Aunque estos aspectos resulten primordiales, no debemos olvidar la calidad de vida en la estancia hospitalaria como son la falta de horas de sueño<sup>11</sup>.

## Conclusión

El Real Decreto 1093/2010 obliga a Enfermería al uso de las taxonomías NANDA-NOC-NIC en los informes clínicos, favoreciendo la estandarización de cuidados de la disciplina de enfermera. La individualización de los cuidados, después de una valoración exhaustiva, permite desarrollar un plan de

cuidados según la taxonomía NANDA-NOC-NIC y completar el método de desarrollo científico (tablas 1 y 2).

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

1. Sechi G, Serra A. Wernicke's encephalopathy: New clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurol.* 2007;6:442-55.
2. Isenberg-Grzeda E, Kutner HE, Nicolson SE. Wernicke-Korsakoff syndrome: Under-recognized and under-treated. *Psychosomatics.* 2012;53:507-16.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Real Decreto 1093/2010, de 3 de Sep, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE 2010 16 de septiembre de 2010; 225(I):78742-78767.
4. Orem DE. *Nursing. Concepts of practice.* 6th ed. Missouri (USA): Mosby; 2001.

5. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. 1999;15:116–22.
6. Miralles Basseda R, Esperanza Sanjuán A. Instrumentos y escalas de valoración. En: *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2006. p. 771–80.
7. Herdman TH, Kamitsuru S. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2015-2017*. Barcelona: Elsevier; 2015.
8. Moorhead S, Johnso M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 5.ª ed España: Elsevier; 2013.
9. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6.ª ed Barcelona: Elsevier; 2014.
10. Bueno-Garcia MJ, Roldan-Chicano MT, Rodriguez-Tello J, Merono-Rivera MD, Davila-Martinez R, Berenguer-Garcia N. Characteristics of the Downton fall risk assessment scale in hospitalised patients. *Enferm Clin*. 2017;27:227–34.
11. Lobo-Rodriguez C, Garcia-Pozo AM, Gadea-Cedenilla C, Moro-Tejedor MN, Pedraz Marcos A, Tejedor-Jorge A, et al. Prevalence of hyponatraemia in patients over the age of 65 who have an in-hospital fall. *Nefrologia*. 2016;36:292–8.