Plan de Cuidados de Salud Mental

Miriam Hernández Berriel

Enfermera
Unidad de Rehabilitación Activa (URA). Hospital Universitario de Canarias.

Hernández Berriel, Miriam. **Plan de Cuidados de Salud Mental.** ENE, Revista de Enfermería 4(3):104-113, dic 2010. Disponible en http://enfermeros.org/revista

Recibido: diciembre 2010
Aceptado: diciembre 2010

Datos generales

Paciente mujer de 67 años de edad, soltera, con una hija de 31 años. Su residencia actual es la URA con un ingreso continuado desde 1998. Tiene una minusvalía del 78 % y es beneficiaria de una pensión de orfandad. Está incapacitada civilmente siendo la tutora su hija.

antecedentes personales

Orgánicos:

- No alergias conocidas.
- Hábito tabáquico (aproximadamente 2 cigarros al día).
- EPOC con reagudizaciones frecuentes.
- Hematoma subdural crónico intervenido quirúrgicamente en 2003.
- Luxación de hombro derecho intervenido en 2003.
- Tumoración lítica en tibia distal izquierda con diagnóstico de condroma; intervenido quirúrgicamente en 2009.
- Amputación del quinto dedo de la mano izquierda, de origen traumático a los 12 años.
- Estrabismo tratado con cirugía.
- Cuadros sincopales de etiología desconocida.

Psiquiátricos:
Esquizofrenia residual de años de evolución (inicio de la enfermedad a los 17 años).

antecedentes

http://enfermeros.org/revista
issn 1988 - 348X
vol 4, n3 - dic 2010

familiares

Se desconocen antecedentes familiares de interés.

enfermedad actual

Inició la enfermedad a los 17 años, ingresa en varias ocasiones en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife en 1961 y 1995. Actualmente y de forma ininterrumpida desde el 18 de Junio de 1998 se encuentra hospitalizada en la URA del Hospital Universitario de Canarias. El ingreso está motivado por alteraciones conductuales (conductas desinhibidas saliendo desnuda a la calle, robos en tiendas...), presentando progresivo deterioro con importante repercusión en la autonomía personal.

Consumidora habitual de alcohol, abstinente desde el año 1997. Convivía con su madre pensionista y con su hija.

Durante su ingreso destacan las complicaciones somáticas, siendo intervenida quirúrgicamente en varias ocasiones. El plano físico es, en este caso, el que requiere mayores cuidados por parte de enfermería. En cuanto a otra sintomatología cabe destacar la potomanía y la pica; el control de estos trastornos provoca la mayor causa de estrés en la paciente.

exploración psicopatológica

Consciente y orientada en espacio y persona, pero no en tiempo. Aspecto cuidado. Poco colaboradora. Apetito y sueño conservado. Nula conciencia de enfermedad.

http://enfermeros.org/revista
issn 1988 - 348X
vol 4, n3 - dic 2010

valoración de enfermería según PFS

1. PATRÓN PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD

Aspecto físico: adecuado
Conciencia de enfermedad: no
Cumple los tratamientos: sí (con ayuda)
Hábitos tóxicos: fumadora.
No alergias conocidas.
Observaciones: Hospitalización de larga estancia.

2. PATRÓN NUTRICIONAL- METABÓLICO

Peso: 61,5 kg
Talla: 1,45 m
IMC: 27
Ingesta de agua aumentada.
Dieta: molida, sin sal, rica en fibra y baja en grasas.
Problemas digestivos: no
Hábitos en la mesa: ingesta desorganizada. Tiende a rumiar los alimentos y a masticar papel y colillas (pica).
Dentición: no tiene piezas dentales ni dentadura postiza.
Mucosa oral: bien
Sialorrea: no
Piel: normal

3. PATRÓN ELIMINACIÓN

Urinaria: frecuencia aumentada.
Usa pañal.
Intestinal: estreñimiento ocasional. En ocasiones usa laxantes.
Sudoración: normal

4. PATRÓN ACTIVIDAD- EJERCICIO

FC: 80 ppm
Respiración: eupneica
TA: 110/70 mmHg
Expresión facial: relajada
Comportamiento motor: estereotipia oromandibular.
Autocuidados: es dependiente para las ABVD aunque realiza ciertas tareas bajo supervisión.
Movilidad: camina con dificultad.

5. PATRÓN SUEÑO- Ddescanso

Horas de sueño: de 6 a 8h
Duerme de día (una o dos horas).
Problemas de sueño: interrumpido en ocasiones para miccionar.
A veces precisa ayuda de medicación hipnótica para conciliar el sueño.

http://enfermeros.org/revista
issn 1988 - 348X
vol 4, n3 - dic 2010

6. PATRÓN COGNITIVO- PERCEPTIVO

Estado de conciencia: Alerta.
Orientación: orientada en persona y espacio. Desorientada en tiempo.
Atención: distraibilidad.
Memoria reciente y remota alterada.
Percepción: dificultad para la valoración.
Contenido del pensamiento: dificultad para la valoración.
Curso del pensamiento: bradipsíquica.
Expresión del lenguaje: escaso, repetitivo, normalmente el tono es alto.
Es capaz de comunicarse pero no de comprender o memorizar conceptos nuevos.

7. AUTOPERCEPCIÓN.- AUTOCONCEPTO

Autoestima y autoconcepto: no valorable.
Autolesiones: no

8. PATRÓN ROL- RELACIONES

Nº de hermanos: 2
Familia propia: tiene una hija.
Mantuvo una relación con el padre de su hija hasta la muerte de este en 2004.
Institucionalizada.
Percepción de la relación con la familia: satisfactoria.
Reacción de la familia a la enfermedad/ hospitalización: Aceptación y apoyo.
Conocimientos de la familia sobre la enfermedad: sí
Persona más significativa de su entorno: Su hija.
Nivel de estudios: no lo recuerda la paciente ni su familia. Aprendió a leer y a escribir auque no lo hace en la actualidad.

9. PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN

Menopausia. No aparece en la historia desde cuando, y ni la paciente o su familia sabe especificarlo.
Varios abortos (no sabe especificar cuantos).
Tuvo dos hijas, la primera murió con pocos meses de vida.

10. PATRÓN ADAPTACIÓN- TOLERANCIA AL ESTRÉS

Estado de tensión/ansiedad: alterna momentos de tranquilidad con momentos de ansiedad.
Factor desencadenante del estrés: se desconoce (se manifiesta a través de la ingesta de agua, colillas o basura).

11. PATRÓN VALORES- CREENCIAS

Creencias: Su familia refiere que es Testigo de Jehová.

http://enfermeros.org/revista
issn 1988 - 348X
vol 4, n3 - dic 2010

La mayoría de los datos se recogen de la historia clínica, la entrevista con la hija y con su psiquiatra ya que la entrevista con la paciente resulta muy difícil por su falta de comprensión, atención y concentración, como consecuencia de un alto grado de deterioro cognitivo. Es preciso realizar la entrevista de forma fraccionada, utilizando un lenguaje sencillo y de fácil comprensión, resultando aún así dificultosa la obtención de información.

Mantiene un discurso pobre y repetitivo. La memoria tanto remota como reciente está afectada. A menudo responde lo mismo a diferentes preguntas; hay que insistir para que entienda lo que se le dice y responda de forma coherente. Orientada en espacio y persona, no en tiempo. No sabe que día es o en que momento del día se encuentra; es incapaz de diferenciar si ha almorzado o cenado.

Generalmente relajada y tranquila, ocasionalmente se muestra inquieta y ansiosa al no poder satisfacer sus ideas obsesivas que le llevan a conductas o actos compulsivos, como beber agua continuamente (potomanía) o el introducirse objetos como colillas en la boca y orificios nasales (pica), llegando a gritar cuando no consigue realizar tales actos.
Es dependiente para todas las ABVD (baño-higiene, vestido-acicalamiento, uso del inodoro y alimentación), siendo capaz de realizar pequeñas actividades por si misma (ponerse los zapatos, coger un cubierto para comer...), aunque precisa supervisión. Psicomotricidad fina alterada que le impide realizar determinadas tareas, como recortar con tijeras, pasar páginas de un libro de una en una, abrir o cerrar tarros o botellas, pelar una fruta, etc.

Fumadora de 2 cigarros día.

Hace una vida sedentaria, prácticamente de cama- sillón, aunque es capaz de caminar moviéndose lentamente, por la planta y el patio de la Unidad. Su IMC es de 27 lo que indica ligero sobrepeso.
En la actualidad predominan en la paciente las patologías de carácter orgánico que le dificulta su autonomía a nivel psicomotriz. En espera de hospitalización en un dispositivo asistencial adecuado a sus necesidades (Unidad de Psicogeriatría)

Buen apoyo familiar. Sale con su hija fuera del hospital dos o tres veces por semana, a pesar de su dificultad para deambular.

http://enfermeros.org/revista
issn 1988 - 348X
vol 4, n3 - dic 2010

plan de cuidados

NANDA: 00085 Deterioro de la movilidad física

R/C deterioro neuromuscular e intolerancia a la actividad.

NOC: 0200 Ambular.

Escala desde gravemente comprometido (1) hasta no comprometido (5).

INDICADORES	VALORACION	OBJETIVO
020003 Camina a paso lento	3	4
020010 Camina distancias cortas	2	3

NIC: 0200 Fomento del ejercicio.

1. Se anima a realizar ejercicio.
2. Se realiza el ejercicio con ella prestándole apoyo si lo precisa.
3. Se da una respuesta positiva a los esfuerzos realizados.

NANDA: 00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene

R/C deterioro neuromuscular, debilidad y deterioro cognitivo.

NOC: 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD).

Escala desde gravemente comprometido (1) hasta no comprometido (5).

INDICADOR	VALORACION	OBJETIVO1
030004 Se baña	2	2

NIC: 1801 Ayuda en el autocuidado: baño/ higiene.

1. Se le proporcionan los objetos personales necesarios.
2. Se le proporciona ayuda durante el baño animándola a participar activamente en la medida de sus posibilidades.

NANDA: 00109 Déficit de autocuidado: vestido/ acicalamiento

R/C deterioro neuromuscular, debilidad y deterioro cognitivo.

NOC: 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD).

http://enfermeros.org/revista
issn 1988 - 348X
vol 4, n3 - dic 2010

Escala desde gravemente comprometido (1) hasta no comprometido (5).

INDICADOR	VALORACION	OBJETIVO
030002 Se viste	2	3

NIC: 1802 Ayuda en el autocuidado: vestir/ arreglo personal.

1. Se proporciona la ropa y se le ayuda a vestir.
2. Se reafirman los esfuerzos por vestirse a sí misma.
3. Se facilita la ayuda de una esteticista cuando lo precisa.

NANDA: 00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro

R/C deterioro neuromuscular, debilidad y deterioro cognitivo.

NOC: 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD).

Escala desde gravemente comprometido (1) hasta no comprometido (5).

INDICADOR	VALORACION	OBJETIVO
030003 Uso del inodoro	3	4

NIC: 1804 Ayuda en el autocuidado: aseo.

1. Se instaura una rutina para ir al baño a horas determinadas.
2. Se ayuda a retirar la ropa necesaria para permitir la eliminación.
3. Se facilita la higiene después de la eliminación.
4. Se le recuerda que ha de tirar de la cadena y lavarse las manos.

NANDA: 00120 Déficit de autocuidados: alimentación

R/C deterioro neuromuscular, debilidad y deterioro cognitivo.

NOC: 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD).

Escala desde gravemente comprometido (1) hasta no comprometido (5).

INDICADOR	VALORACION	OBJETIVO
030001 Come	2	3

NIC: 1803 Ayuda en el autocuidado: alimentación.

1. Se coloca a la paciente en una posición cómoda y se la protege con un babero.

http://enfermeros.org/revista
issn 1988 - 348X
vol 4, n3 - dic 2010

2. Se le coloca la bandeja y se le arregla la comida cuando es preciso (pelar alguna fruta, cortar alimentos o abrir los alimentos empaquetados).
3. Se anima y refuerzan los esfuerzos de la paciente por comer con los cubiertos de forma autónoma.
4. Supervisión continua durante la ingesta.

NOC: 1004 Estado nutricional.

Escala desde desviación grave del rango normal (1) hasta sin desviación del rango normal (5).

INDICADORES	VALORACION	OBJETIVOS
100401 Ingestión de nutrientes.	4	5
100408 Ingestión de líquidos.	3	5
100405 Relación peso/ talla.	4	5

NIC: 1100 Manejo de la nutrición.

1. Se determinan las preferencias y necesidades de comida de la paciente.
2. Se fomenta la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
3. Se ofrecen los alimentos en el orden adecuado.
4. Se controla la ingesta de alimentos y agua.
5. Se pesa a la paciente una vez al mes.

NANDA: 00155 Riesgo de caídas.

NOC: 1912 Caídas.

Definición: número de caídas en un mes. Mayor de 10 (1), entre 7 y 9 (2), entre 4 y 6 (3), entre 1 y 3 (4) y ninguna caída (5).

INDICADORES	VALORACION	OBJETIVOS
191201 Nº de caídas en bipedestación.	5	5
191202 Nº de caídas caminando.	3	5
191204 Nº de caídas de la cama.	5	5

NIC: 6490 Prevención de caídas.

1. Se identifican conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
2. Se controla la marcha, equilibrio y el cansancio en la deambulación, ayudándola si es preciso.
3. Se usan barandillas laterales en la cama, que se deja en la posición más baja.
4. Vigilancia continua durante el aseo.

http://enfermeros.org/revista
issn 1988 - 348X
vol 4, n3 - dic 2010

5. Se asegura que la paciente lleva calzado adecuado.

NANDA: 00131 Deterioro de la memoria.

R/C trastornos neurológicos.

NOC: 0900 Cognición

Escala desde gravemente comprometido (1) hasta no comprometido (5).

INDICADORES	VALORACION	OBJETIVOS
090003 Atiende.	1	2
090004 Se concentra.	1	2
090005 Está orientado.	2	3
090006 Manifiesta memoria inmediata.	1	2
090007 Manifiesta memoria reciente.	2	3
090008 Manifiesta memoria remota.	3	3

NIC: 4720 Estimulación cognoscitiva.

1. Proporcionar un calendario.
2. Orientar con respecto al tiempo, lugar y personas.
3. Informar a la paciente sobre noticias de sucesos recientes.
4. Hablar con la paciente.
5. Disponer de una estimulación sensorial planificada con períodos de descanso.
6. Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por la paciente.
7. Reforzar o repetir la información y solicitar a la paciente que la repita posteriormente.
8. Presentar la información en dosis pequeñas y concretas.

http://enfermeros.org/revista
issn 1988 - 348X
vol 4, n3 - dic 2010

NANDA: 00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.

R/C Déficit cognitivo

NOC: 1602 Conducta de fomento de la salud.

Escala desde nunca demostrado (1) hasta siempre demostrado (5).

INDICADORES	VALORACION	OBJETIVOS
160207 Realiza los hábitos sanitarios correctamente.	4	5
160214 Sigue una dieta sana.	3	5

NIC: 4350 Manejo de la conducta.

1. Establecer hábitos.
2. Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio para establecerlas.
3. Vigilancia frecuente.
4. Medicar, si es preciso.
5. Aplicar sujeciones si es necesario.

http://enfermeros.org/revista
issn 1988 - 348X
vol 4, n3 - dic 2010