Plan de Cuidados en Salud Mental

Yasmina Kassem González

Enfermera.
Unidad de Subagudos del HUC. Servicio Canario de Salud.

Kasem González, Yasmina. **Plan de Cuidados en Salud Mental**. *ENE, Revista de Enfermería* 3(3):85-95, dic 2009. Disponible en http://enfermeros.org/revista

datos generales

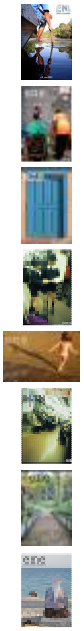
Paciente varón de 50 años de edad, soltero, sin hijos, el segundo de ocho hermanos, percibe una PNC por enfermedad mental, reside en el ene, en la actualidad inactivo laboralmente. Ingresa en nuestra Unidad remitido de la UIB del HUC, donde ingresó procedente de la Residencia por trastornos del comportamiento. Consistente en inquietud, irritabilidad y heteroagresividad hacia el entorno asilar. Diagnosticado de. Trastorno Bipolar episodio maniaco con síntomas psicóticos. CIE 10. F30.2, Episodio depresivo con síntomas psicóticos. CIE 10. F32.2.

antecedentes personales

Paciente varón de 50 años de edad, soltero, sin hijos, el segundo de ocho hermanos, percibe una PNC por enfermedad mental, reside en el ene, en la actualidad inactivo laboralmente. Ingresa en nuestra Unidad remitido de la UIB del HUC, donde ingresó procedente de la Residencia por trastornos del comportamiento. Consistente en inquietud, irritabilidad y heteroagresividad hacia el entorno asilar. Diagnosticado de. Trastorno Bipolar episodio maniaco con síntomas psicóticos. CIE 10. F30.2, Episodio depresivo con síntomas psicóticos. CIE 10. F32.2.

Orgánicos:
- Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con ADO.
- Hipercolesterolemia.
- Obesidad.
- TBC pulmonar.
- Retinopatía diabética.
- Fumador de 20 cigarrillos / día aproximadamente.
- Bebedor ocasional de alcohol.
- No refiere alergias medicamentosas conocidas.

Psiquiátricos:
Debut desde inicio de la edad adulta (1978) con diagnóstico médico de Trastorno Bipolar, que ha precisado



issn 1988 – 348X
vol 3, n3 – dic 2009
http://enfermeros.org/revista

numerosos ingresos en Hospital Psiquiátrico y en UIB, motivados por un principio por episodios maniacos, terciándose desde 1997 por episodios mixtos o depresivos por mala adherencia al tratamiento. Último ingreso, previo a éste, por episodio maniaco con síntomas psicóticos.

antecedentes familiares

Madre diabética fallecida.
Un hermano en tratamiento por trastorno depresivo.
Un hermano abuso- dependencia del alcohol.
Padre fallecido por intento autolítico.

enfermedad actual

El paciente abandona el tratamiento por lo que comienza a presentar trastornos del comportamiento consistente en irritabilidad, insomnio, exaltación del ánimo, disforia y taquilalia. así como heteroagresividad hacia el entorno asilar por lo que es remitido al Servicio de Urgencias por el 112.

Es remitido en nuestra Unidad el día 11 de Noviembre del 2008´ con el diagnóstico médico (CIE 10). F30.2. Trastorno Bipolar episodio maniaco con síntomas psicóticos, (CIE 10). F32.2 Episodio depresivo con síntomas psicóticos.
Exploración psicopatológica: consciente y orientado en las tres esferas, colaborador, abordable, aunque inapropiado e intranquilo por momentos, con afecto exaltado e irritable, con discurso espontáneo, incomprensible, taquilálico y farfullante, verbalizando ideación de perjucio hacia el entorno asilar así como megalomanía. No refiere alteraciones sensoperceptivas. Sueño alterado. Apetito conservado. Nula conciencia de enfermedad.

Actualmente manifiesta pérdidas de distancia interpersonal, desinhibición, verborrea e hipertimia, con continuos virajes.

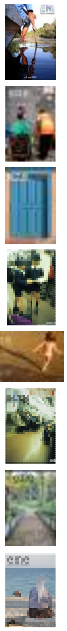
valoración de enfermería

1. PATRÓN PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD

Aspecto físico: descuidado
Actitud ante su enfermedad: rechazo.
Conciencia de enfermedad: no
Cumple los tratamientos: no
Hábitos tóxicos: tabaco (aprox. 2 cajas / día), bebedor ocasional, ingesta elevada de café (>5/día)
No alergias medicamentosas ni alimentarias conocidas.

2. PATRÓN NUTRICIONAL- METABÓLICO

Temperatura: 36° C
Peso: 76 Kg.
Talla: 1.67 m
IMC:
Constitución: fuerte.
Suplementos dietéticos: cuando precisa
Dieta: Blanda diabética.



issn 1988 – 348X
vol 3, n3 – dic 2009
http://enfermeros.org/revista

Restricciones/evitaciones alimenticias: sí (azúcar)
Hábitos en la mesa: ingestas desorganizadas.
Dentición: ausencia de piezas dentales.
Mucosa oral: alterada.
Piel: presenta alteraciones por abscesos sebáceos en seguimiento por Cirugía.

3. PATRÓN ELIMINACIÓN

Urinaria: normal.
Intestinal: estreñimiento.
Uso de laxantes: diario.
Sudoración: normal.

4. PATRÓN ACTIVIDAD- EJERCICIO

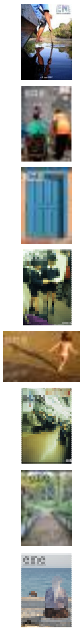
FC: 88 lpm.
FR: normal
TA: 130/80 mmHg.
Actividad laboral: inactivo
Expresión facial: alteración entre expresión de alegría, enfado y tensión.
Comportamiento motor: hiperactividad:, temblores en MSI
Autocuidados: precisa ayuda para el baño/higiene y para el vestido/acicalamiento.
Supervisión para la alimentación.
Realiza las AIVD: no
Movilidad: normal
Ejercicio físico: no.
Actividades de ocio: participa en las actividades que se realizan en planta adecuadas para su nivel. Acude todos los días al taller de laborterapia en horario de mañana: 9:30 Hrs - 10:30 Hrs.
Movilidad: autónomo

5. PATRÓN SUEÑO- DESCANSO

Horas de sueño: 4 ó 5 Hrs.
Despertar: precoz.
Interrupciones en la noche: 3 -4 veces.
Duerme de día: no.
Precisa medicación hipnótica siempre para conciliar el sueño.

6. PATRÓN COGNITIVO- PERCEPTIVO

Vista: alterada.(precisa lentes de contacto para ver de cerca)
Estado de conciencia: alerta.
Orientación: en las tres esferas (tiempo, persona y espacio).
Atención: distraibilidad
Percepción: alterada (alucinaciones visuales)
Memoria: buena.
Contenido del pensamiento: distorsionado (ideas megalomaniacas).
Comportamiento en relación al contenido: verbaliza violencia dirigida a otros y hacia su persona.
Curso del pensamiento: incoherente.
Expresión del lenguaje: lenguaje acelerado, verborreico, disártrico, farfullante.
Dificultad para comunicarse por un lenguaje farfullante e incomprensible.



issn 1988 – 348X
vol 3, n3 – dic 2009
http://enfermeros.org/revista

7. AUTOPECEPCIÓN.- AUTOCONCEPTO

Reactividad emocional: estado de ánimo inapropiado, hipertímico.
Autodescripción de sí mismo: sobrevaloración de logros y capacidades
Autolesiones: no
Ideas suicidas recientes: verbalizadas en alguna ocasión

8. PATRÓN ROL- RELACIONES

N° de hermanos: 8
Vive en una residencia: Santa Rita I.
Reacción de la familia a la enfermedad/hospitalización: cierto apoyo familiar
Relación con la familia: satisfactoria.
Conocimientos de la familia sobre la enfermedad: básicos.
Personas más significativas para el paciente: su tío y sus hermanos.
Nivel de estudios: hasta 5 EGB.
Situación laboral: percibe PNC.

9. PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN

Patrón sexual: desinhibido.
Difícil valoración del resto de los ítems de este patrón.
Actualmente sin pareja

10. PATRÓN ADAPTACIÓN- TOLERANCIA AL ESTRÉS

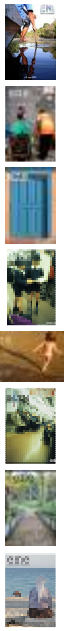
Estado de tensión/ansiedad: fluctuante entre la irritabilidad e hipertimia, y la hipotimia.
Factor desencadenante del estrés: ideas/pensamientos.
Respuestas/estrategias habituales de adaptación: inquietud.
Efectividad de las respuestas/estrategias utilizadas: escasa, por incapacidad para afrontar los problemas de manera eficaz
Estafo emocional: eufórico, hipertímico.

11. PATRÓN VALORES- CREENCIAS

Manifiesta que cree en Dios.
Practica la religión católica.

Durante la entrevista el paciente se muestra conciente y orientado, abordable y colaborador; con lenguaje farfullante y en ocasiones, incomprensible. La recogida de datos se complementa con la historia clínica médica y la observación.

Actualmente, con muy escasa conciencia de enfermedad, aunque parece evidenciarse una buena adherencia al tratamiento últimamente. Necesita supervisión para la toma de la medicación preescrita, y para facilitarle ésta, se la proporcionamos triturada. Es fumador, aproximadamente de 20 cigarrillos / día, que precisa control del consumo por parte de enfermería. No consume otros hábitos tóxicos.En el momento actual, se le ha incluído en los distintos talleres realizados en la Unidad (talleres literarios, de dibujo y manualidades, de prensa), acudiendo diariamente a laborterapia de 9:30 Hrs- 10:30 Hrs. Consideramos aún pronto, incluírlo en el taller de automedicación, siendo un objetivo a corto plazo. Durante su ingreso



ha presentado varios episodios de absceso sebáceos, en zona dorsal y lumbar, que están en seguimiento por cirugía del HUC, y que han precisado en dos ocasiones, cirugía menor y drenaje., evolucionando favorablemente.

No refiere alergias alimenticias conocidas. Sus ingestas son menos desorganizadas, aunque en ocasiones, come alterando el orden de los platos, comenzando por el postre y finalizando , por el primero. Su dieta corresponde a una dieta específica y equilibrada según sus necesidades: dieta diabética blanda. Se le ha llevado un control de peso semanal, y hemos apreciado que éste se normalizado .

Su patrón intestinal también se ha normalizado, y ahora, el paciente tiene un hábito de realizar deposiciones a diario, o máximo cada dos días., ayudándolo con el uso de laxantes en las comidas.

Su patrón urinario no presenta alteraciones.

Cobre PNC. Realizó estudios hasta 5 EGB, y trabajó en la agricultura y en la construcción antes de debutar con la enfermedad. Después de su debut, no ha desempeñado otra actividad laboral, siendo también, su enfermedad la causa de su exención del servicio militar.

En su expresión facial, podemos destacar los continuos virajes que tiene el paciente entre la fase maniaca y la depresiva, caracterizándose por la hiper/hipotimia.

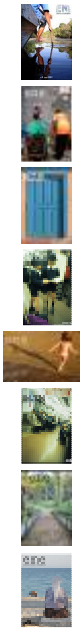
Es independiente para la movilidad, pero aún precisa supervisión, y ya no tanto ayuda, para los autocuidados (higiene, vestido, acicalamiento)., pues sólo, no es capaz de organizar su baño diario, ni vestirse adecuadamente.
En los últimos meses se observa la aparición acentuada de temblores en MSD., pautado tratamiento para contrarrestarlos.
Participa en las distintas actividades realizadas en la Unidad, según su nivel, y acude diariamente al taller de laborterapia de 9:30-10:30 Hrs, en el que realiza actividades de dibujo y otras manualidades.

Patrón del sueño actualmente alterado, precisando medicación hipnótica a diario, llegando a dormir unas 5 horas aproximadamente sin interrupción en este momento, viéndose mejorado, desde el momento de su ingreso.

Actualmente estado de conciencia alerta, orientado en tiempo, espacio y persona; presenta fallos en la memoria reciente así como de atención. Continúa verbalizando ideas delirantes esporádicas, sin repercusión emocional.
Vigilante del entorno y desconfiado de sus compañeros. Orientado en las tres esferas y en estado de alerta., oscilando entre la inquietud y la hipertimia.

En el momento del alta, será trasladado a la residencia de la cual procedía: Hogar Santa I. Ha disfrutado de escasas visitas de sus hermanos y de su tío. Ha salido de permiso diurno con ellos, transcurriendo con normalidad. Cuenta con apoyo familiar de éstos, a pesar de su internamiento en el centro.

Cabe destacar que el paciente aún se encuentra hospitalizado en la Unidad, en este momento, con continuas descompensaciones después de una corta mejoría, tendiendo a un viraje hacia la fase maniaca.



issn 1988 – 348X
vol 3, n3 – dic 2009
http://enfermeros.org/revista

Plan de cuidados

Manejo inefectivo del régimen terapéutico

R/C: Déficit de conocimientos.

NOC: Conducta de cumplimiento.

Escala: Desde nunca demostrado (1) hasta siempre demostrado (5)

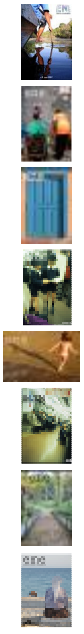
INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Acepta el diagnóstico del profesional sanitario	1	4
Confía en el profesional sobre la información obtenida.	1	3
Solicita la pauta prescrita.	1	2
Comunica seguir con la pauta prescrita.	1	3
Refiere los cambios de síntomas a un profesional sanitario.	1	3
Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria.	1	3.

NIC: Enseñanza: proceso de enfermedad:

1. Evaluamos el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
2. Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
3. Proporcionamos información acerca de la enfermedad
4. Proporcionamos información a la familia acerca de los progresos del paciente.
5. Comentamos los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y controlar el proceso de enfermedad.
6. Describir el fundamento de las recomendaciones de control/ terapia/ tratamiento.
7. Instruimos al paciente sobre las medidas para prevenir/ minimizar los efectos secundarios.
8. Proporcionar el número de teléfono al que llamar si ocurren complicaciones.

NIC: Facilitar el aprendizaje:

1. Ajustamos las instrucciones al nivel de aprendizaje y comprensión del paciente.
2. Utilizamos un lenguaje familiar.
3. Fomentamos la participación del paciente.
4. Repetimos la información importante.



issn 1988 – 348X
vol 3, n3 – dic 2009
http://enfermeros.org/revista

Estreñimiento

R/C: Actividad física insuficiente y malos hábitos alimentarios.

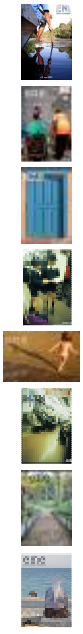
NOC: Eliminación intestinal.

Escala: Desde nunca demostrado (1) hasta siempre demostrado (5)

INDICADORES	VALORACIÓN	0BJETIVO
Patrón de eliminación.	2	4
Color de las heces.	2	4
Cantidad deheces en relación con la dieta.	2	4
Facilidad de eliminación de heces.	2	4
Control de la eliminación de heces.	2	4
Eliminación fecal sin ayuda.	2	3

NIC: Manejo del estreñimiento / impactación.

1. Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
2. Identificar factores (medicamentos, reposo, dieta...) que pueden ser causa de estreñimiento.
3. Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos.
4. Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios.
5. Enseñar al paciente a mantener un diario de comidas.
6. Instruirle acerca de una dieta rica en fibra.
7. Informarle sobre la relación existente entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.
8. Informarle sobre el uso correcto de laxantes.
9. Pesar al paciente regularmente.



Deterioro de la Dentición

R/C: mala higiene bucal.

NOC: Autocuidado:higiene bucal.

Escala: Desde nunca demostrado (1) hasta siempre demostrado (5)

INDICADORES	VALORACIÓN	0BJETIVO
Se cepilla los dientes.	1	3
Utiliza enjuague bucal.	1	4
Se lava la boca, las encías y la lengua.	1	3
Limpia la dentadura postiza.	1	3
Acude al dentista regularmente.	1	2

issn 1988 – 348X
vol 3, n3 – dic 2009
http://enfermeros.org/revista

NIC: Mantenimiento de la salud bucal.

1. Establecer una rutina de cuidados bucales.
2. Observar el color, brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes.
3. Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca.
4. Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.
5. Enseñar al paciente a cepillarse los dientes, las encías , la lengua y la cavidad oral, y animarlo a que lo haga diariamente. Se le proporcionarán , a su vez, locutorios bucales.
6. Establecer chequeos dentales si es necesario.
7. Ayudar con los cuidados de la dentadura postiza, si es necesario.
8. Desalentar de fumar.

Deterioro del patrón del sueño.

R/C: Estadio maniaco de su enfermedad.

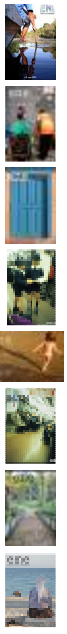
NOC: Sueño.

Escala: Desde gravemente comprometido (1) hasta no comprometido (5)

INDICADORES	VALORACIÓN	0BJETIVO
Horas de sueño (como mínimo 5 h/ 24 h).	1	3
Patrón del sueño.	1	3
Calidad del sueño.	1	3
Duerme toda la noche.	1	2
Sensaciones de rejuvenecimiento después del sueño.	1	3
Despertar a horas apropiadas.	1	3
Sueño interrumpido.	1	2
Dependencia de las ayudas para dormir.	1	2

NIC: Mejorar el sueño.

1. Determinar el esquema vigilia/ sueño del paciente.
2. Incluir el ciclo regular de sueño / vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
3. Determinar los efectos que tiene la medicación en el esquema sueño.
4. Observar/ registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
5. Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, cama)... para favorecer el sueño.



issn 1988 – 348X
vol 3, n3 – dic 2009
http://enfermeros.org/revista

6. Ayudar al paciente a evitar, a la hora de irse a la cama, los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño.
7. Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo de una actividad que favorezca la vigilia.
8. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo vigilia/sueño del paciente.

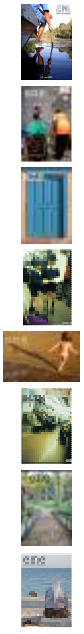
Deterioro de la comunicación verbal.

R/C: límites impuestos de su enfermedad / ausencia piezas bucales

NOC: Comunicación : expresiva.

Escala: Desde gravemente comprometido (1) hasta no comprometido (5)

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Utiliza el lenguaje hablado: vocal	2	4
Utiliza el lenguaje hablad: esofágico	2	4
Utiliza la conversación con claridad	1	3
Utiliza el lenguaje de signos	2	5
Utiliza el lenguaje no verbal	2	5
Dirige los mensajes de forma apropiada	1	4



NIC: Mejorar la comunicación: déficit del habla.

1. Escuchar con atención.
2. Abstenerse de gritar al paciente.
3. Animar al paciente que intente hablar más despacio, y que repita las palabras que no entendíamos.
4. Utilizar palabras simples y frases cortas.
5. Animarlo a que intente vocalizar más.
6. Proporcionar un refuerzo positivo cuando proceda.

Trastorno de los procesos del pensamiento.

R/C: Pensamientos erróneos ajenos a la realidad.

NOC: Autocontrol del pensamiento distorsionado.

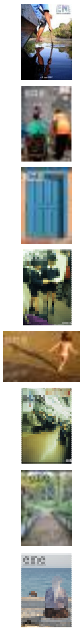
issn 1988 – 348X
vol 3, n3 – dic 2009
http://enfermeros.org/revista

Escala: Desde nunca demostrado (1) hasta siempre demostrado (5)

INDICADORES	VALORACIÓN	0BJETIVO
Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes	1	3
Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes	2	4
Refiere disminución de alucinaciones o ideas delirantes	1	4
Interacciona con los demás de forma apropiada	1	4
Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente	1	4
Expone pensamiento basado en la realidad	1	5

NIC: Manejo de las ideas ilusorias.

1. Establecer una relación de confianza con el paciente.
2. Dar al paciente la oportunidad de discutir sus ilusiones con nosotros.
3. Evitar reforzar las ideas ilusorias.
4. Animarle a que fundamente las creencias ilusorias con las personas con quien confía.
5. Establecer actividades recreativas o de diversión que requieran atención.
6. Vigilar el estado psíquico del paciente.
7. Realizar el seguimiento de las ilusiones por si hubiera presencia de contenidos que resulten dañinos o violentos para el paciente mismo.
8. Mantener un ambiente seguro.
9. Tranquilizar al paciente.
10. Ayudar al paciente a disminuir o evitar los factores estresantes que precipiten las ilusiones.
11. Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos pautados diariamente y si es necesario.
12. Informar al paciente sobre estos medicamentos.



issn 1988 – 348X
vol 3, n3 – dic 2009
http://enfermeros.org/revista