Plan de Cuidados en Salud Mental

Patricia Lana Elola
DUE. Especialista en Salud Mental.
Unidad de Subagudos del Hospital Psiquiátrico.

Lana Elola, Patricia. **Plan de cuidados de Enfermería para el paciente en Salud Mental.** *ENE, Revista de Enfermería* 4(2):83-89, ago 2010.
Disponible en http://enfermeros.org/revista

datos generales

Paciente mujer de 47 años de edad, soltera, madre de una niña de 7 años,1ª de 2 hermanos. Estudios universitarios superiores. Convive con sus padres, su hija y un sobrino. Recibe una pensión por enfermedad mental. No está incapacitada pero la tutela de la niña reside en sus padres. Es remitida desde la UIB donde ingresó de forma involuntaria por reagudización de sintomatología psicótica y desorganización conductual.

antecedentes personales

Orgánicos:
- No presenta alergias medicamentosas conocidas
- Fumadora de 2 paquetes de tabaco al día.
- Consumo abusivo de café y consumo esporádico de alcohol.

Psiquiátricos:
Debut en la adolescencia con seguimiento irregular en psiquiatras privados, fue diagnosticada en un principio de Trastorno Bipolar. Ha requerido de 11 ingresos en Unidades de Agudos y dos en la Unidad de Subagudos. Dada la evolución presentada desde 2003 está diagnosticada de Trastorno Esquizoafectivo de tipo mixto OMS-CIE 10 F 25.2 . Desde el año 1989 en seguimiento en Unidad de Salud Mental.

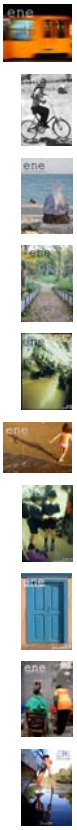
antecedentes familiares

No se recogen antecedentes psiquiátricos familiares.

enfermedad actual

Los meses previos al ingreso en la UIB, según informa su familia,
la paciente se encontraba más inquieta, verborreica, había aumentado el consumo de café, presentaba despertar precoz, pasaba gran cantidad de tiempo fuera de su casa y había comenzado a beber alcohol.
Continuaba acudiendo a su Unidad de Salud Mental para la administración del neuroléptico depot pero no dejaba que la familia supervisase la toma del tratamiento oral.

La intensidad de su sintomatología delirante habitual de tipo catastrofista, erotomaníaca y mística se fue intensificando e impactando en su conducta, hasta que finalmente se muestra agitada en su domicilio y es conducida por el 112 a la UIB para ingreso.
Es remitida a nuestra Unidad el día



issn 1988 – 348X
vol 4, n2 - ago 2010
http://enfermeros.org/revista

9 de Marzo de 2010 tras 26 días de ingreso en la UIB, con diagnóstico médico OMS CIE-10: F25.2 Trastorno Esquizoafectivo tipo mixto y OMS CIE-10: F10.1 Consumo perjudicial de alcohol. Durante este ingreso mejoró la conducta disfórica, pero dado el elevado número de ingresos requeridos se plantea la necesidad de un ajuste farmacológico y su inclusión en algún recurso rehabilitador, motivo por el cual es derivada a nuestra Unidad.

exploración psicopatológica

Consciente, orientada en tiempo, lugar y espacio, aspecto cuidado, parcialmente colaboradora, afecto apropiado aunque lábil ante la necesidad de permanecer ingresada .
Moderada inquietud psicomotora. Actitud hipervigilante frente al entorno (puertas, timbres, sonido del teléfono…).
Apetito y sueño conservados.
Nula conciencia de enfermedad.

valoración de enfermería

1. PATRÓN PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD

Aspecto físico: adecuado
Conciencia de enfermedad: no
Cumple los tratamientos: sí (con ayuda)
Hábitos tóxicos: tabaco 2 paquetes/día.
Abuso de alcohol (3 a 5 cervezas y 1 o 2 licores/día en las últimas semanas)
Abuso de estimulantes (café)
No alergias medicamentosas ni alimentarias conocidas.

2. PATRÓN NUTRICIONAL- METABÓLICO

Temperatura: 36,5ºC
Peso: 66.2 kg
Talla: 161 cm
IMC: 25.5 Peso normal.
Ingesta de café aumentada (3-4 cafeteras en su casa mas varios cafés en bares)
Dieta: normal
Problemas digestivos: no
Hábitos en la mesa: adecuados
Dentición: buena
Mucosa oral: bien
Sialorrea: no
Piel: normal. Presenta ojeras acentuadas.

3. PATRÓN ELIMINACIÓN

Urinaria: frecuencia aumentada
Intestinal: normal
Sudoración: normal

4. PATRÓN ACTIVIDAD- EJERCICIO

FC: 88 lpm
Respiración: normal
TA: 100/60 mmHg
Actividad laboral: pensionista
Expresión facial: tensa.

issn 1988 – 348X
vol 4, n2 - ago 2010
http://enfermeros.org/revista

Comportamiento motor: inquietud, conductas de hipervigilancia y comprobación del entorno.
Autocuidados: es independiente para la realización del baño/higiene, el vestido/acicalamiento, la alimentación y el uso del WC.
Realiza las AIVD: si
Movilidad: normal
Ejercicio físico: no
Actividades de ocio: escritura de un diario
Movilidad: autónoma

5. PATRÓN SUEÑO- DESCANSO

Horas de sueño: de 4 a 6h.
Duerme siesta de 1h.
Los días previos al ingreso y durante el mismo en UIB precisó ayuda de medicación hipnótica para conciliar el sueño.
Quejas sobre somnolencia diurna que no se objetivan.

6. PATRÓN COGNITIVO- PERCEPTIVO

Visión corregida con gafas para ver de cerca.
Estado de conciencia: alerta.
Actitud respecto al entorno: hipervigilancia.
Orientación: orientada en persona, espacio y tiempo.
Atención: fluctuante.
Percepción: alterada (alucinaciones visuales: disparos, sirenas…)
Memoria: memoria reciente alterada, resto bien.
Contenido del pensamiento: Ideas delirantes de tipo catastrofista respecto a su familia, erotomaníacas y místicas.
Comportamiento en relación al contenido: defensivo.
Curso del pensamiento: taquipsiquia y perseverante.
Expresión del lenguaje: cantidad abundante, velocidad y volumen normales, tono nervioso.
No presenta dificultad para comunicarse.

7. AUTOPECEPCIÓN.- AUTOCONCEPTO

Reactividad emocional: labilidad afectiva.
Autoconcepto: elevado.
Autolesiones: no

8. PATRÓN ROL- RELACIONES

Nº de hermanos: 1
Vive con sus padres, su hija y un sobrino.
Relación con la familia: satisfactoria.
Percepción sobre su rol familiar: insatisfactorio.
Reacción de la familia a la enfermedad/hospitalización: apoyo y preocupación.
Conocimientos de la familia sobre la enfermedad: escasos.
Nivel de estudios: universitarios superiores.

9. PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN

Madre de una niña de 7 años, primípara y primigesta.
Conocimientos escasos sobre contracepción.
No mantiene relaciones sexuales en la actualidad, si bien incluye este tema en sus contenidos delirantes con frecuentes “sospechas” sobre supuestos embarazos y abortos.

issn 1988 – 348X
vol 4, n2 - ago 2010
http://enfermeros.org/revista

10. PATRÓN ADAPTACIÓN- TOLERANCIA AL ESTRÉS

Estado de tensión/ansiedad: ansiedad generalizada.
Factor desencadenante del estrés: ideas/pensamientos, alucinaciones.
Grado de incapacitación personal/familiar/social: alto.
Respuestas/estrategias habituales de adaptación: consumo de tóxicos (café , tabaco y alcohol) y agitación. Estas respuestas no resultan efectivas.
Aceptación/preocupación frente al traslado: no aceptación, ansiedad.

11. PATRÓN VALORES- CREENCIAS

La paciente es católica practicante y desea recibir asistencia religiosa.

La información fue recogida mediante una entrevista personal en los primeros días de ingreso y apoyada por la observación, la historia clínica y la información aportada por su familia.

A pesar de su larga evolución y sus múltiples ingresos no presenta conciencia de enfermedad; sin embargo ha sido una paciente con buena adherencia terapéutica a los tratamientos neurolépticos intramusculares de larga duración. No así cumplidora del tratamiento oral, expresa críticas sobre la necesidad de cumplir con el tratamiento, la sedación, supuestos efectos secundarios, etc. La familia comenta que no deja que le supervisen la toma del mismo y ambulatoriamente se registran niveles séricos bajos de los eutimizantes.

Fuma más de 2 paquetes de "cigarros rubios" al día, abusa habitualmente de café (3-4 cafeteras/dia) y previo al ingreso comenzó a beber cerveza en bares.

No se conocen alergias medicamentosas o alimentarias.
Su IMC indica normopeso, no ha experimentado variaciones ponderales.

Su patrón intestinal es normal. El patrón urinario se ve aumentado debido a las cantidades de líquido ingeridas (mucho café, cerveza…) e interpreta este aumento en la frecuencia miccional como efecto secundario de los tratamientos.

Cobra PNC. Cursó estudios universitarios superiores y ha trabajado de forma irregular hasta hace ocho años aunque se mantiene inactiva en las listas de contratación. Verbaliza planes poco reales sobre posibilidades laborales.
En su expresión facial destaca un contacto psicótico, con alto grado de tensión, y con gestos que responden a actividad alucinatoria. Presenta una gran inquietud psicomotriz y algunas conductas de hipervigilancia e interpretación de los movimientos del personal, los sonidos del teléfono, puertas, etc.
No precisa ayuda para los autocuidados y se preocupa de su aspecto físico (peinado, maquillaje…).

No tiene hobbies ni practica actividades lúdico/deportivas; tan solo mantiene la costumbre de escribir un diario y lee con frecuencia episodios pasados del mismo. Colabora minimamente con las tareas domésticas y el cuidado de su hija.

En las últimas semanas presenta insomnio de conciliación que se corrige farmacológicamente.

Actitud hipervigilante del entorno, está orientada en las tres esferas.

Se observan fallos mnésicos en la memoria reciente.

El lenguaje está conservado, con tendencia a la prolijidad y a la ocultación de sintomatología propia de su enfermedad, a pesar de lo cual se pudieron intuir ideas delirantes de tipo autoreferencial, catastrofista y erotomaníaca.

Su estado de ánimo presentaba oscilacines entre la labilidad, la irascibilidad y un humor insulso.

Su actitud frente al ingreso es de rechazo dada la nula conciencia de enfermedad.

plan de cuidados

Trastorno de la percepción sensorial

R/C: percepción/es irreal/es de estímulos auditivos y/o cenestésicos

NOC: Autocontrol del pensamiento distorsionado

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

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes	1	3
No hace caso a alucinaciones o ideas delirantes	1	4
Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes	2	4
Refiere disminución de las alucinaciones o ideas delirantes	1	3
Mantiene un afecto compatible con su estado de ánimo	2	4
Interacciona con los demás de forma adecuada	2	4
Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente	2	4

NIC: Manejo de las alucinaciones:

1. Se mantiene un ambiente de seguridad, enseñándole su nuevo entorno y explicándole las dinámicas de la planta.
2. Proporcionamos un nivel de vigilancia y supervisión adecuado para controlar a la paciente.
3. Registramos las conductas que indicaban interpretaciones erróneas del ambiente.
4. Redirigimos su atención a la realidad cuando muestra conductas alucinatorias.
5. Evitamos discutir con ella sobre la validez de las alucinaciones.
6. Le implicamos en actividades basadas en la realidad que puedan distraerle de las alucinaciones (pintar, leer, escuchar música, juegos grupales…)

Trastorno de los procesos del pensamiento

R/C: pensamiento/s inadecuado/s no basado/s en la realidad

NOC: Autocontrol del pensamiento distorsionado

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

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes	1	3
No hace caso a alucinaciones o ideas delirantes	1	4
Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes	2	4
Refiere disminución de las alucinaciones o ideas delirantes	1	3
Mantiene un afecto compatible con su estado de ánimo	2	4
Interacciona con los demás de forma adecuada	2	4
Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente	2	4

issn 1988 – 348X
vol 4, n2 - ago 2010
http://enfermeros.org/revista

NIC: Manejo de la conducta:

1. Establecemos límites a conductas inapropiadas.
2. Intentamos que la paciente se sintiera responsable de su comportamiento.
3. Redirigimos la atención alejándola de las fuentes de agitación
5. Ignoramos las conductas inadecuadas.
6. Reforzamos los esfuerzos de autocontrol

Deterioro del patrón del sueño.

R/C: Episodio mixto de su enfermedad y abuso de estimulantes.

NOC: Sueño.

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

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Horas de sueño (mínimo 5 de 24h)	2	4
Patrón del sueño	2	4
Calidad del sueño	2	4
Duerme toda la noche	2	4
Sensación de descanso tras el sueño	1	4
Despertar a horas inapropiadas	1	4
Sueño interrumpido	1	4
Dependencia de las ayudas para dormir	1	3

NIC: Mejorar el sueño.

1. Observar y registrar el esquema y número de horas de sueño de la paciente.
2. Ayudarle a evitar, a la hora de irse a la cama, los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño.
3. Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, cama)... para favorecer el sueño.
4. Ayudar a la paciente a limitar el sueño durante el día proponiéndole alguna actividad que favorezca la vigilia.
5. Determinar los efectos que tiene la medicación en el esquema sueño.
6. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo vigilia/sueño de la paciente.

Manejo infectivo del régimen terapéutico.

R/C ausencia de conciencia de enfermedad

NOC: Conducta de cumplimiento

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

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Acepta el diagnóstico del profesional sanitario	1	3
Confianza con el personal sanitario sobre la información obtenida	2	4
Solicita la pauta prescrita	2	4
Comunica seguir la pauta prescrita	2	4
Conserva la cita con un profesional sanitario	3	5
Refiere los cambios de síntomas al personal sanitario	2	4
Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria	2	4

NIC: Enseñanza: proceso de enfermedad.

1. Evaluar los conocimientos de la paciente sobre su enfermedad.
2. Describir el proceso de la enfermedad, así como los signos y síntomas de la misma.
3. Explorar con la paciente lo que ha hecho para controlar los síntomas.
4. Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras recaídas.
5. Describir el fundamento de las recomendaciones del tratamiento.
6. Explorar los recursos y apoyos posibles .
7. Instruir a la paciente cuales son los signos y síntomas de los que debe avisar al cuidador.
8. Remitir a la paciente al centro comunitario de referencia.

issn 1988 – 348X
vol 4, n2 - ago 2010
http://enfermeros.org/revista

NIC: Enseñanza: medicamentos prescritos.

1. Enseñar a reconocer las características distintivas de los medicamentos.
2. Informarle del propósito y acción de cada medicamento.
3. Revisar el conocimiento que la paciente tiene sobre las medicaciones.
4. Evaluar la capacidad de la paciente para administrarse los medicamentos por sí misma.
5. Informarle sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente el tratamiento.
6. Enseñarle a almacenar correctamente los medicamentos (neurolépticos depot)
7. Ayudarle a desarrollar un horario de medicación escrito.
8. Determinar la capacidad de la paciente para obtener los medicamentos requeridos.

Ansiedad.

R/C percepción alterada de amenaza en su entorno.

NOC: Autocontrol de la ansiedad.

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

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Elimina precursores de la ansiedad	1	4
Busca información para reducir la ansiedad	2	4
Planifica estrategias de superación efectivas	1	4
Refiere ausencia de distorsiones de la percepción sensitiva	1	3
Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad	1	4
Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1	4
Refiere disminución de la duración de los episodios	1	4

NIC: Disminución de la ansiedad.

1. Tratar de comprender la perspectiva de la paciente sobre las situaciones estresantes.
2. Crear un ambiente que facilite la confianza.
3. Animar a la manifestación de sentimiento, percepciones y miedos.
4. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
5. Observar si hay signos verbales o no verbales de ansiedad.
6. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
7. Instruirle sobre el uso de técnicas de relajación.

Déficit de actividades recreativas.

R/C deterioro propio de la enfermedad.

NOC: PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE OCIO.

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

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Participa en actividades de ocio que requieren poco esfuerzo físico	2	4
Participa en actividades de ocio que requieren mucho esfuerzo físico	1	3
Elige actividades de ocio de interés	1	4
Expresión de satisfacción con las actividades de ocio	2	4
Uso de habilidades sociales y de interacción apropiadas	2	4
Demostración de creatividad durante las actividades de ocio	1	3
Identificación de opciones recreativas	2	4

NIC: Terapia de entretenimiento.

1. Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.
2. Ayudarle a identificar las actividades recreativas que tengan sentido para ella.

issn 1988 – 348X
vol 4, n2 - ago 2010
http://enfermeros.org/revista