

Caso Clínico

Plan de Cuidados de Enfermería

Ana María Morales Blanco

Enfermera
Unidad de Subagudos Área Externa de Psiquiatría del HUC. Servicio Canario de Salud

DATOS GENERALES

Paciente varón de 23 años de edad, soltero, sin hijos, el mayor de cuatro hermanos, percibe una PNC, convive con su padre. Inactivo laboralmente en la actualidad. Ingresó en nuestra unidad procedente de la UIB del ene. Diagnosticado de esquizofrenia paranoide CIE-10: F.20.00

ANTECEDENTES PERSONALES

Orgánicos:

- Litiasis biliar y renal sin tratamiento. IQ de tobillo izquierdo por fractura bimalleolar en agosto de 2007.
- Varios tratamientos de desintoxicación en CAD (cocaína y cannabis), con un ingreso en la UHTD.
- No alergias medicamentosas conocidas.

Psiquiátricos:

A los 12 años comienza el consumo de tóxicos con preferencia por el cannabis y la cocaína, así como la aparición de alteraciones conductuales con agresividad en su domicilio y síntomas psicóticos consistentes en ideas delirantes, centradas en el entorno familiar. Destaca también la presencia de sintomatología negativa en forma de escasas relaciones sociales, cierto embotamiento afectivo y con escaso interés en actividades laborales académicas o de otro tipo. Cuenta con dos ingresos previos en la UIB del ene y un ingreso anterior en la UHTD del ene. En el segundo ingreso en la UIB del ene el paciente presentó sintomatología psicótica aún más florida con ideas delirantes de perjuicio erotománicas y megaloides así como alucinaciones auditivas y fenómenos de robo y lectura del pensamiento.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre diagnosticada de trastorno límite de personalidad.

ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente abandona el tratamiento una semana antes de su ingreso, presentando alteraciones de conducta en su domicilio con desinhibición, heteroagresividad, soliloquios, risas inmotivadas y verbalización de ideas delirantes de perjuicio centradas en su familia.

Exploración psicopatológica: consciente y orientado, tranquilo psicomotorizmente, abordable pero escasamente colaborador, cierta perplejidad. Lenguaje pobre en contenido, inducido pero coherente, impresiona de un posible deterioro cognitivo o limitación intelectual de base. El afecto es discretamente aplanado, verbalizando sentimientos de anhedonia, así como anergia. Curso del pensamiento enlentecido; se objetiva una ideación delirante de perjuicio y posiblemente erotománica, así como vivencias autorreferenciales y alucinaciones auditivas con repercusión emocional y conductual evidente. Sueño y apetito conservados. Nula conciencia de enfermedad.

Actualmente permanece con sintomatología psicótica positiva, con alucinaciones auditivas, ideación delirante megalomaniáca, con planes de futuro poco realistas y nula conciencia de enfermedad; junto con sintomatología de tipo negativo: embotamiento afectivo, apatía, pensamiento pobre, etc.



VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

1. PATRÓN PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD

Aspecto físico: descuidado
Conciencia de enfermedad: no
Cumple los tratamientos: no
Hábitos tóxicos: cocaína y cannabis
Alergia inespecífica en estudio.

2. PATRÓN NUTRICIONAL- METABÓLICO

Temperatura: 36.5 ° C
Peso: 44 Kg.
Talla: 1.54 m
IMC: 18.56 Kg. /m²
Suplementos dietéticos: cuando precisa
Restricciones/evitaciones alimenticias: si, autorrestringidas coincidiendo con alucinaciones auditivas.
Dieta: Normal
Problemas digestivos: Vómitos ocasionales, de origen desconocido, en estudio digestivo
Dentición: presenta caries en alguna pieza
Mucosa oral: bien
Piel: presenta lesiones manifestado por prurito ocasional, de origen desconocido

3. PATRÓN ELIMINACIÓN

Urinaria: normal
Intestinal: antecedentes de episodios de estreñimiento
Uso de laxantes: diario

4. PATRÓN ACTIVIDAD- EJERCICIO

FC: 88 pm.
Respiración: normal
TA: 100/60 mmHg.
Actividad laboral: inactivo
Expresión facial: normal
Comportamiento motor: temblores en MMSS
Autocuidados: precisa supervisión para el baño/higiene
Realiza las AIVD: si
Movilidad: normal
Ejercicio físico: normal
Actividades de ocio: participa en las actividades que se realizan en planta y acude de lunes a viernes al centro de día de 10.30 a 12h.
Movilidad: autónomo

5. PATRÓN SUEÑO- DESCANSO

Horas de sueño: Más de 8h.
Duerme de día: si
Ocasionalmente precisa ayuda de medicación hipnótica para conciliar el sueño

6. PATRÓN COGNITIVO- PERCEPTIVO

Estado de conciencia: alerta
Actitud respecto al entorno: desrealización

Orientación: orientado en persona, tiempo y espacio
Atención: distraibilidad
Percepción: alterada (alucinaciones auditivas y visuales)
Memoria: alterada (reciente)
Contenido del pensamiento: ideas delirantes de perjuicio
Comportamiento en relación al contenido: manifiesta un patrón de conducta repetitivo.
Curso del pensamiento: incoherente
Expresión del lenguaje: lento, escaso y bajo

7. AUTOPECEPCIÓN.- AUTOCONCEPTO

Reactividad emocional: anhedonia
Autodescripción de sí mismo: sobrevaloración de logros y capacidades
Autolesiones: no

8. PATRÓN ROL- RELACIONES

Nº de hermanos: 4
Vive con su padre y la pareja de éste
Conflicto en funcionamiento/relaciones familia: sí, agravado por la separación de los padres
Reacción de la familia a la enfermedad/hospitalización: preocupación de la madre y apoyo del padre
Relación con la familia: problemática con conflictividad manifiesta, aunque para el paciente sea satisfactoria
Conocimientos de la familia sobre la enfermedad: básicos
Nivel de estudios: hasta 1º de ESO

9. PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN

Conoce los riesgos de no usar anticonceptivos
Actualmente sin pareja

10. PATRÓN ADAPTACIÓN- TOLERANCIA AL ESTRÉS

Estado de tensión/ansiedad: temporal
Factor desencadenante del estrés: ideas/pensamientos, alucinaciones
Respuestas/estrategias habituales de adaptación: somatizaciones
Efectividad de las respuestas/estrategias utilizadas: escasa, por incapacidad para afrontar los problemas de manera eficaz

11. PATRÓN VALORES- CREENCIAS

Manifiesta que cree en Dios
Planes de futuro poco realistas.

Durante la entrevista el paciente se muestra conciente y orientado, abordable y colaborador; con lenguaje inducido y tono bajo. La recogida de datos se complementa con la historia clínica y la observación.

Sin consumo de tóxicos dos meses antes del ingreso, es fumador, precisando control del consumo. Actualmente con escasa conciencia de enfermedad, actualmente se le incluye en el programa de automedicación y en distintos talleres. Durante su ingreso ha presentado varios episodios de alergia inespecífica que comienza en MMII y se generaliza a todo el cuerpo, mejorando con tratamiento tópico, en seguimiento por el servicio de Dermatología del ene.

Aunque no se conocen alergias alimenticias si rechaza determinados platos o alimentos; sus ingestas no corresponden a una dieta sana y equilibrada. Durante su ingreso se ha conseguido que el paciente adquiera conocimientos sobre los beneficios de una alimentación adecuada. Ha presentado vómitos ocasionales coincidiendo con actividad delirante, (verbalizada por el paciente). Control de peso semanal, presentando un aumento, en las últimas semanas.



En el patrón urinario no presenta alteraciones, pero sí en el intestinal, con varios episodios de estreñimiento a pesar del uso de laxantes diario, precisando enemas en alguna ocasión.

Con estudios primarios. No ha ejercido ninguna actividad laboral, actualmente cobra una PNC.

Destacar que precisa supervisión para el baño/higiene aunque es capaz de realizar estas tareas sin ayuda. En los últimos meses se observa la aparición de temblores en MMSS.

Aunque participa en las actividades que se llevan a cabo en la unidad, y acude al centro de día de lunes a viernes de 10 a 12h, prefiere las actividades de tipo lúdico; aquellas que requieran capacidad intelectual o física precisan más motivación.

Patrón del sueño actualmente conservado, precisando medicación hipnótica ocasionalmente.

Actualmente estado de conciencia alerta, orientado en tiempo, espacio y persona; presenta fallos en la memoria reciente así como de atención. Continúa la actividad delirante con ideas de perjuicio, aunque de menor intensidad y baja repercusión emocional.

Continua con ideas sobre valoradas de sus logros y capacidades.

Convive con su padre y la pareja de éste, ha disfrutado de permisos con regularidad, los fines de semana, así como visitas, transcurriendo éstas con normalidad; ocasionalmente ha salido con su madre. Al principio del ingreso se presentaron algunos conflictos a la hora de establecer visitas y permisos con los padres.

Por último destacar la dificultad del paciente para la resolución de problemas y con pocas estrategias para afrontar situaciones estresantes.

Sus planes de futuro se centran en actividades lúdicas o físicas, pues piensa en ir al gimnasio o ir todos los días a la playa.

PLAN DE CUIDADOS

NANDA: Manejo inefectivo del régimen terapéutico

R/C: Déficit de conocimientos.

NOC: Conocimiento: régimen terapéutico

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

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Descripción del proceso de enfermedad	1	2
Descripción de los efectos esperados del tratamiento	1	3
Descripción de la medicación prescrita	1	2
Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad	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. Instruimos al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la medicación.

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.

NANDA: Deterioro de la integridad cutánea

R/C: Alteración de la sensibilidad debido a actividad alucinatoria

NOC: Conducta terapéutica: enfermedad o lesión

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

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Cumple las precauciones recomendadas	1	2
Cumple los tratamientos prescritos	1	3
Realiza cuidados personales compatibles con su habilidad	1	3
Supervisa los cambios en el estado de enfermedad	1	2

NIC: Administración de medicación tópica:

1. Determinar el estado de la piel del paciente de la zona donde se aplicará la medicación.
2. Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.
3. Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación...
4. Enseñar y controlar la técnica de autoadministración.

NIC: Vigilancia de la piel:

1. Observar si haya enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel.
2. Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
3. Vigilar el color de la piel.
4. Tomar nota de los cambios en la piel.

NANDA: Desequilibrio nutricional por defecto

R/C: Actividad alucinatoria

NOC: Conocimiento: dieta

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

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Descripción de la dieta recomendada	1	3
Explicación del fundamento de la dieta recomendada	2	2
Descripción de las ventajas de seguir la dieta recomendada	2	2
Establecimiento de objetivos para la dieta	2	3
Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios	1	3



NIC: Manejo de la nutrición

1. Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento.
2. Determinar las preferencias de comidas del paciente.
3. fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
4. Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra par evitar el estreñimiento.
5. Comprobar la ingesta para ver el contenido nutricional y calórico.
6. Pesar al paciente a intervalos adecuados.

NANDA: Estreñimiento

R/C: Malos hábitos alimentarios y actividad física insuficiente

NOC: Eliminación intestinal

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

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Patrón de eliminación	2	4
Cantidad de las heces en relación con la dieta	3	4
Facilidad de eliminación de las heces	2	3
Control de eliminación de las 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 los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa de estreñimiento o que contribuyan al mismo.
3. Fomentar el aumento de ingesta de líquidos.
4. Enseñar al paciente a mantener un diario de comidas.
5. Instruir al paciente acerca de la dieta rica en fibra.
6. Pesar al paciente regularmente.

NANDA: Déficit de actividades recreativas

R/c: Deterioro cognitivo y aislamiento social

NOC: Participación en actividades de ocio

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

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Participación en actividades diferentes al trabajo habitual	1	4
Expresión de satisfacción con las actividades de ocio	1	3
Uso de habilidades sociales y de interacción apropiadas	1	3
Disfruta de actividades de ocio	2	3
Demostración de creatividad durante las actividades de ocio	1	3

NIC: Terapia de entretenimiento:

1. Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.
2. Incluimos al paciente en la planificación de actividades recreativas.
3. Ayudamos al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.
4. Proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades.
5. Comprobamos la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional.

NANDA: Déficit de autocuidados: Baño/higiene

R/C: Deterioro cognitivo

NOC: Nivel de autocuidados

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

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Se baña	2	5
Se viste	3	5
Mantiene higiene personal	2	4
Mantiene higiene bucal	2	4
Se asea de manera independiente	2	4

NIC: Ayuda con los autocuidados: baño/higiene:

1. Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
2. Facilitar que el paciente se bañe él mismo.
3. Facilitar que el paciente se cepille los dientes.
4. Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidados del paciente.
5. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

NANDA: Deterioro del patrón del sueño

R/c: Actividad delirante

NOC: Sueño

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

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Horas de sueño (como mínimo 5h/24h)	3	4
Patrón del sueño	2	4
Duerme toda la noche	2	4
Sensaciones de rejuvenecimiento después del sueño	3	3
Despertar a horas apropiadas	2	4
Sueño interrumpido	2	4
Dependencias de las ayudas para dormir	2	4

NIC: Mejorar el sueño:

1. Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
2. Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
3. Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
4. Ajustar el ambiente para favorecer el sueño.
5. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.

NANDA: 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
Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes	3	3
Refiere disminución de alucinaciones o ideas delirantes	1	3
Interacciona con los demás de forma apropiada	2	4
Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente	1	3
Expone pensamiento basado en la realidad	2	3

NIC: Manejo de las alucinaciones:

1. Establecer una relación de confianza con el paciente.
2. Proporcionar el nivel de vigilancia/supervisión adecuado para controlar al paciente.
3. Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones.
4. Fomentar una comunicación clara y abierta.
5. Proporcionar al paciente oportunidad de comentar las alucinaciones.
6. Redirigir al paciente hacia el tema de que se trate, si la comunicación del mismo es inadecuada a las circunstancias.
7. Prestar atención a las alucinaciones para ver si su contenido es violento o dañino para el paciente.
8. Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones.
9. Implicar al paciente en actividades basadas en la realidad que puedan distraerle de las alucinaciones.

NIC: Orientación de la realidad:

1. Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo, si es necesario.
2. Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no puedan ser respondidas.
3. Permitir el acceso a noticias de noticias actuales (televisión, periódicos, radio e informativos verbales), cuando corresponda.
4. Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
5. Hablar al paciente de una manera suave y distintiva, a un volumen adecuado.
6. Repetir las manifestaciones verbales, si es necesario.
7. Estimular la memoria repitiendo el último pensamiento expresado por el paciente.
8. Hacer las preguntas de una en una.

NIC: Vigilancia: seguridad:

1. Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del paciente que puedan conducir a una conducta insegura.
2. Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.
3. Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.
4. Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del personal de cuidados.

NANDA: Interrupción de los procesos familiares

R/C: Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia y desestructuración de la misma.

NOC: Funcionamiento de la familia.

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

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Regula la conducta de los miembros	1	2
Distribuye las responsabilidades entre los miembros	1	3
Se adapta a los cambios de desarrollo	1	3
Se adapta a crisis inesperadas	1	2
Acepta la diversidad entre los miembros de la familia	1	3
Los miembros pasan tiempo juntos	2	4
Los miembros se apoyan y se ayudan los unos a los otros	2	4

NIC: Estimulación de la integridad familiar

1. Escuchar a los miembros de la familia.
2. Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.
3. Determinar la comprensión familiar sobre las causas de la enfermedad.
4. Comprobar las relaciones familiares actuales.
5. Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.
6. Programar visitas familiares.

NANDA: Afrontamiento inefectivo

R/c: Falta de confianza en la capacidad para la toma de decisiones

NOC: Afrontamiento de problemas

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

INDICADORES	VALORACIÓN	OBJETIVO
Identifica patrones de superación eficaces	1	2
Verbaliza sensación de control	1	3
Modifica el estilo de vida cuando se requiere	1	3
Adopta conductas para reducir el estrés	1	2
Refiere disminución de los sentimientos negativos	1	3
Refiere aumento del bienestar psicológico	1	3

NIC: Aumentar el afrontamiento:

1. Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
2. Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
3. Fomentar un dominio gradual de la situación.
4. Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
5. Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
6. Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
7. Animar la implicación familiar.
8. Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.

