

MANÍA CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN UN PRIMER CONTACTO CON SALUD MENTAL

ANA M. GONZÁLEZ FAJARDO¹ Y ÓSCAR NICOLÁS GARIJO²

¹Enfermera especialista en Salud Mental. Supervisora del Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

²Enfermero interno residente de Salud Mental. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

INTRODUCCIÓN

La manía con síntomas psicóticos es una enfermedad caracterizada por el aumento de la estimación de sí mismo, y las ideas de grandeza pueden desembocar en ideas delirantes, así como la irritabilidad y el recelo pueden dar paso a las ideas delirantes de persecución. En los casos graves, pueden presentarse marcadas ideas delirantes de grandeza o religiosas referidas a la propia identidad o a una misión especial. La fuga de ideas y la logorrea pueden dar lugar a una falta de comprensibilidad del lenguaje. La excitación y la actividad física intensa y mantenida pueden provocar agresiones o violencia. El descuido de la alimentación, de la ingesta de líquidos y de la higiene personal pueden desencadenar situaciones peligrosas de deshidratación y abandono¹.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 22 años de edad, sin contacto previo con salud mental, que ingresa en la unidad de corta estancia de un hospital general. La usuaria acude a urgencias asistida por los servicios de emergencias, que socorren la llamada de un familiar que describe un episodio de agitación y alteración conductual. Consciente, orientada en persona y espacio, pero no en el tiempo. Muestra un aspecto desaliñado, desaseado. Durante la valoración, se aprecia irritabilidad, cierta inquietud psicomotriz, exaltación del ánimo con hiporexia e insomnio de varios días de evolución. Presenta marcada labilidad emocional. Se aprecia alteración del curso y contenido del pensamiento con presencia de delirio megalomaniaco y místico-religioso. Consumo de tóxicos, cannabis y alcohol principalmente, desde los 13 años. Presencia de relaciones familiares disfuncionales. La entrevista con la familia nos descubre historia de abusos en la infancia por parte del progenitor. Abandono del domicilio familiar con 18 años e ingreso en una comunidad *hippie*, de donde es expulsada por alteración conductual. Tras vagar de forma errática, hace un par de meses, retorna al domicilio materno, produ-

Correspondencia: Ana M. González Fajardo
Correo electrónico: ana_moralejo05@hotmail.com



ciéndose un aumento de conflictos en la relación con la hermana y la madre, así como del establecimiento de relaciones sociales inadecuadas. No se observan alteraciones de la senso-percepción. Juicio de realidad alterado.

da, de acuerdo con el modelo de patrones funcionales de salud de Marjory Gordon² (tabla 1).

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Para la realización de la valoración de enfermería, se utilizó la observación y la entrevista estructural-

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLANIFICACIÓN

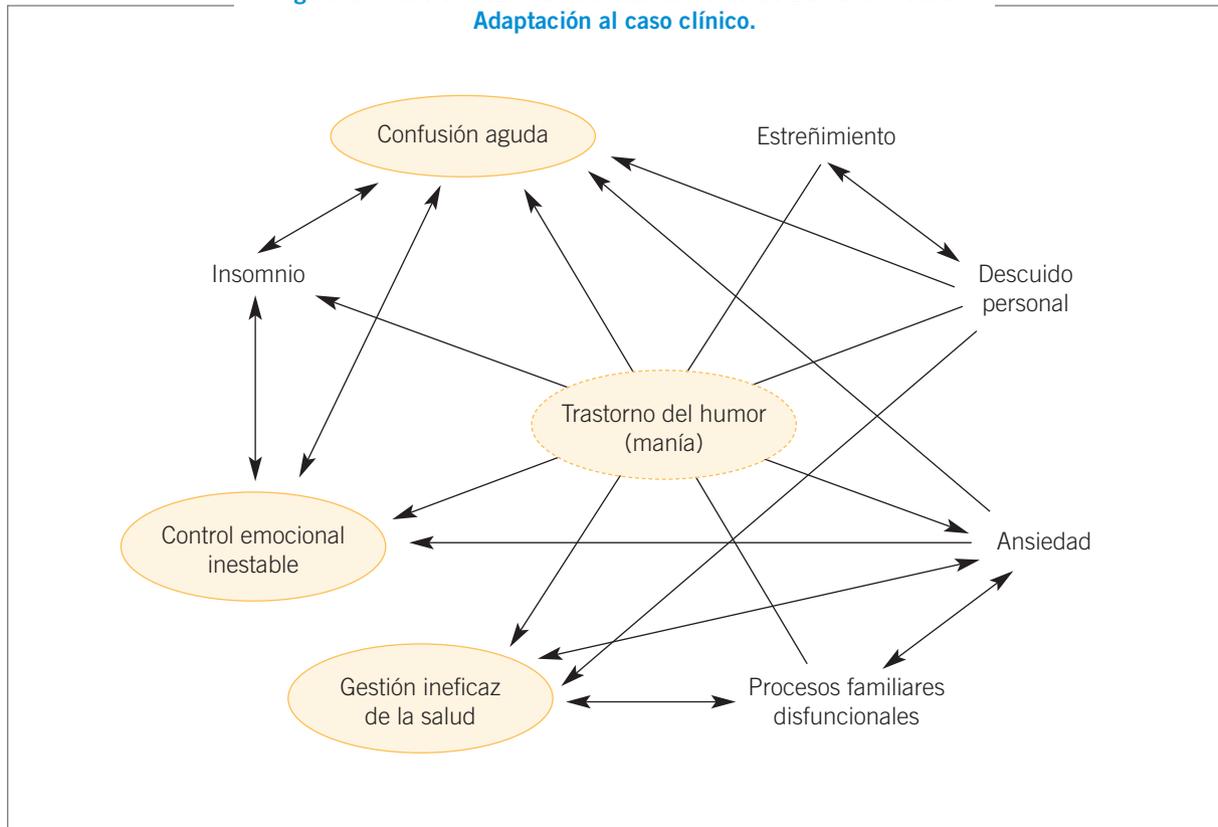
Una vez realizada la recopilación de los datos, se utilizó la taxonomía NANDA para obtener las etiquetas diagnósticas y la formulación de los diagnósticos enfermeros^{3,4}. Para priorizar en estos, y tenien-

Tabla 1. Valoración de enfermería

DOMINIOS	VALORACIÓN
Promoción de la salud	Primer contacto con salud mental. Hábitos tóxicos: cannabis y alcohol. Fumadora de 20 cigarros/día. Descuido personal: higiene, vestido.
Nutrición	Hiporexia, IMC: 18,2 kg/m ² . Malos hábitos alimentarios. Deshidratación de piel y mucosas.
Eliminación	Distensión abdominal, estreñimiento y abuso de laxantes.
Actividad/reposo	Inquietud psicomotriz.
Sueño/descanso	Insomnio de conciliación y de mantenimiento. 2 h de sueño/día. Somnolencia diurna, irritabilidad, utilización de hipnóticos, problemas de relajación.
Cognitivo/perceptivo	Taquipsiquia, logorrea, fuga de ideas, problemas de concentración y evocación, agitación, irritabilidad, consciente, orientada en persona y espacio, pero no en el tiempo.
Autopercepción/autoconcepto	Tendencia a adoptar postura (DL), problemas conductuales, ansiedad, ambivalencia afectiva, sentimientos de desesperanza y tristeza.
Rol/relaciones	Convive con su madre y hermana. Relación disfuncional. Sentimientos de soledad. Presencia de abusos, sospecha de maltrato en el domicilio familiar en el pasado.
Sexualidad/reproducción	Menarquia a los 10 años. Ciclos irregulares. Posibilidad de contactos sexuales de riesgo. No utilización de métodos anticonceptivos de barrera.
Tolerancia al estrés	Crisis situacionales, hipersensibilidad a las críticas, afrontamiento inefectivo de los problemas, comunicación familiar limitada, huida del núcleo familiar.
Valores/creencias	Planes inadecuados e irreales de futuro. Falta de apoyo significativo.

DL: decúbito lateral; IMC: índice de masa corporal.

**Figura 1. Modelo AREA: red de razonamiento de Daniel J. Pesut.
 Adaptación al caso clínico.**



do en cuenta el problema principal, se utilizó la red de razonamiento de Daniel J. Pesut incluida en el Modelo AREA (fig. 1). Este modelo establece una estructura para el razonamiento clínico que incluye los problemas centrándolos en los resultados esperados en la práctica enfermera⁵. A continuación, se establecieron los resultados empleando la clasificación de resultados de enfermería (NOC)⁶ y se detallaron las intervenciones y actividades de enfermería precisas utilizando la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)⁷ (tabla 2).

EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS Y RESULTADOS

Tras producirse el alta de la unidad de corta estancia del hospital, la paciente fue derivada a un cen-

tro de salud mental, donde se solicita como principales vías de actuación trabajar la conciencia de enfermedad y la implicación en el tratamiento.

Desde entonces, se ha producido una disminución de la irritabilidad y la hostilidad de la paciente hacia los familiares de primer grado, pero no se ha observado una mejora de la comunicación y relación entre la paciente y su núcleo cercano. Persisten los deseos por abandonar de nuevo el hogar y reencontrarse con amistades que fomentan el consumo de tóxicos.

En varias ocasiones durante este período, ha sido derivada por su psiquiatra al servicio de urgencias del hospital para reevaluar su situación. En una de dichas ocasiones, ha sido preciso el reingreso de la paciente por la nula adherencia al tratamiento ambulatorio.



Tabla 2. Diagnósticos de enfermería y planificación

[00251] Control emocional inestable r/c enfermedad psiquiátrica m/p abandono de las responsabilidades sociales y laborales, labilidad emocional.		
NOC	(1405) Autocontrol de impulsos (m) 140502 - Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas. 140507 - Verbaliza control de los impulsos.	PI: 2; PD: 4; PA: 3 PI: 1; PD: 4; PA: 2
	(1812) Conocimiento: consumo de drogas (v) 181203 - Beneficios de eliminar el consumo de sustancias psicoactivas.	PI: 1; PD: 4; PA: 2
NIC	(5230) Mejorar el afrontamiento: – Ayudar al paciente a evaluar recursos disponibles para lograr objetivos. – Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. – Confrontar los sentimientos ambivalentes (enfado o depresión). – Proporcionar entrenamiento en habilidades sociales adecuadas.	
[00128] Confusión aguda r/c delirio y abuso de drogas m/p fluctuaciones en el ciclo sueño/vigilia, creciente agitación e intranquilidad y fluctuaciones en la actividad psicomotriz.		
NOC	(0004) Sueño (a) 000401 - Horas de sueño.	PI: 1; PD: 4; PA: 4
	(1403) Control del pensamiento distorsionado (m) 140301 - Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes.	PI: 1; PD: 4; PA: 3
NIC	(1850) Mejorar el sueño: – Determinar los efectos que tiene la medicación en el patrón de sueño. – Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. – Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. – Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño. (4820) Orientación de la realidad: – Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempos, si es necesario. – Evitar la frustración del paciente con preguntas de orientación que no pueda responder. – Proporcionar un ambiente físico consecuente y una rutina diaria. – Establecer un ambiente de baja estimulación. – Involucrar al paciente en actividades concretas «aquí y ahora», que se centre en algo exterior a sí mismo y que sea concreto y orientado en la realidad.	

Continúa

Tabla 2. Diagnósticos de enfermería y planificación (continuación)

[00078] Gestión ineficaz de la salud r/c conflicto familiar, déficit de conocimientos y soporte social; m/p fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo.		
NOC	(1847) Conocimientos: manejo de la enfermedad crónica (v) 184719 - Importancia de cumplir el régimen terapéutico.	PI: 1; PD: 4; PA: 3
NIC	(6610) Identificación de riesgos: – Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar. – Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual. – Determinar el cumplimiento del tratamiento y cuidados. – Planificar las actividades de disminución de riesgos. – Determinar los recursos comunitarios adecuados. – Proceder a derivar a otro personal/institución. (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad: – Describir el proceso de enfermedad. – Describir signos y síntomas comunes de la enfermedad. – Describir el fundamento de las recomendaciones de control/terapia/tratamiento. – Instruir al paciente y cuidador sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informar.	

(a): gravemente comprometido hasta no comprometido; (m): nunca manifestado hasta constantemente manifestado; m/p: manifestado por; PA: puntuación alcanzada; PD: puntuación diana; PI: puntuación al ingreso; r/c: relacionado con; (v): ningún conocimiento hasta conocimiento extenso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clasificación internacional de enfermedades: 10.^a revisión, CIE-10-ES. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 2015.
2. Rendón ML, Peralta SL, Muñoz NM, Vargas MR, Hernández EA, Tirado L. Guía de valoración de enfermería según patrones funcionales de salud de M. Gordon para la persona adulta. [Internet]. Hermosillo: Universidad de Sonora; 2015. Disponible en: <http://www.enfermeria.uson.mx/wp-content/uploads/2015/02/GUIA-DE-VALORACION-DE-ENFERMERIA-250915.pdf>
3. González Pisano MM, Mirón Ortega D, Cotiello Cueria Y, Peñacoba Maestre D, Iglesias Rivero RM, Arias Barrientos S, et al. Guía de metodología y diagnósticos de enfermería. Oviedo: Grafinsa; 2002.
4. NANDA International. Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. 10.^a ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2015.
5. Pesut DJ. Razonamiento clínico: arte y ciencia. En: V Simposium Internacional de Diagnósticos de enfermería. Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber. AENTDE. Valencia; 2004.
6. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5.^a ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2014.
7. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM (eds.). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6.^a ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2014.