

INTENTO AUTOLÍTICO EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE



7 al 21
de mayo,
2018

IV Congreso Virtual Inter-
nacional de Enfermería
en Salud Mental

Ana Belén Belmonte Gómez. DUE. Universidad de Almería.

Ángeles Belmonte Gómez. DUE. Universidad de Almería.

Alicia Fernández Miras. DUE. Universidad de Almería.

INTRODUCCIÓN

La Esquizofrenia es una enfermedad que afecta a importantes funciones mentales como el pensamiento, la percepción, las emociones o la conducta. En la esquizofrenia se establecen síntomas de primer (percepciones delirantes y alucinaciones) y segundo rango: retraimiento social, pobreza de lenguaje, aplanamiento afectivo y falta de iniciativa e interés.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 57 años de edad que es traído por O61 tras ser encontrado en domicilio sobre las 8h de la mañana con bajo nivel de conciencia (Glasgow 9) sin respuesta tras Naloxona y Anexate. Durante el traslado refieren no haber habido cambios. Antecedentes personales: Diagnosticado hace años de Esquizofrenia Paranoide. Ingresos en antiguos H. Psiquiátrico. Ingreso en UHSM en 2014. Vive con su madre anciana. NAMC. Antecedentes familiares: Hermana fallecida por suicidio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

El paciente se encuentra estuporoso, responde a estímulos dolorosos, pupilas isocóricas arreactivas, balbucea, moviliza las 4 extremidades, eupnéico en reposo. La familia comenta que han encontrado una caja vacía de 30 comprimidos de 40 mg en la habitación del paciente, no saben que cantidad faltaba en la caja.
ACR: Rítmico a 50 lpm, no soplos MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos.
ABD: anodino.
ECG: RS a 55 lpm. Eje normal.
Analítica de sangre y orina normal, triaje a tóxicos negativo,
Rx tórax normal y TAC craneal sin alteraciones significativas.

EXPLORACIÓN DE FUNCIONES PSÍQUICAS

El paciente permanece en la misma situación con bajo nivel de conciencia y respuesta a estímulos dolorosos. Se reinterroga a la familia: No saben precisar si el paciente toma la medicación habitualmente aunque éste si tiene acceso a ella. Se vuelve a valorar, no manifestando signos de sedación secundarios a la ingesta importante de Citiapina. Comenta que no tenía sentido su vida y le venían pensamientos de quitarse la vida y anteanoche después de acostarse la madre le realizó la toma de Etumina, a su vez había dejado un rscrito de despedida a la familia dónde refería los bienes que dejaba y las deudas. El paciente se muestra agitado, irritable y con actos impulsivos llegando a arrancarse la vía, desnudarse y pérdida de autocontrol. No conciencia de enfermedad. Cambios en el humor pero amenazas sobre personal sanitario.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Intento autolítico en paciente con Esquizofrenia Paranoide por descompensación psicopatológica

TRATAMIENTO PRESCRITO

- Flufenazina 25 mg IM cada 14 días. –
- Atenolol 50 mr (1-0-0).
- Enalapril 20 mg (1-0-0).
- Risperidona 3 mg (1-0-1).
- Lormetazepam 2 mg si precisa para dormir

EVOLUCIÓN

Salvo desconfianza y recelo con su compañero de habitación no se aprecian otros signos de esquizofrenia. La demás patología es de tipo conductual y responde a adicciones tanto al juego como al sexo. Refiere encontrarse mejor y ha hecho análisis de los motivos que le llevaron al suicidio, por una parte están las deudas económicas, por otra parte y menos creíble, refiere que siempre se ha sentido perseguido por ETA, mafia y otro organismos. Se encuentra locuaz y comenta su biografía con más fantasía que realidad. El paciente permanece 15 días ingresado en la unidad de agudos, evoluciona lenta pero favorablemente tras instauración de la medicación. El paciente hace autocrítica del intento autolítico.

PLAN DE ACTUACIÓN

- Tiene cita en USMC Almería, deberá acudir acompañado con un familiar.
- Acudir cada 2 semanas para tto Depot y valoración por enfermera referente.
- Citas mensuales con psiquiatría.