



ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Laura Moneiba Zamora Perera, María Moledo Carreño, Nicolás Baños Godoy, Guillermo Pérez mora, María Milagrosa Domínguez Monzón y Dulcinea Vega Dávila.

laura_zape@hotmail.com

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente de 68 años de edad que ingresa en la Unidad de Agudos de Psiquiatría con sospecha de cuadro disociativo-conversivo. Como antecedentes psiquiátricos destacaban dos ingresos (uno hace cinco años y otro dos meses previos al ingreso actual) con diagnóstico al alta de Psicosis Cicloide, y T. disociativo, respectivamente. Ambulatoriamente se describía clínica depresiva leve, con empeoramientos estacionales, sin aparentes rasgos patológicos de personalidad. Como antecedentes médicos presenta HTA controlada. La familia describe progresivo empeoramiento de la marcha y aparición de incontinencia urinaria, así como déficit mnésicos. Ante el motivo de ingreso incongruente con diagnóstico y carácter previo se retira tratamiento para facilitar estudio. La exploración destaca por clínica depresiva franca, con síntomas endógenos con delirios congruentes hipocondríacos y dismorfofóbicos y delirios de referencialidad y perjuicio relacionados. Ante clínica no justificable con la patología afectiva se solicita valoración Neurológica y RMN, destacando en la exploración apraxia de la marcha y en la prueba de imagen un aumento del tamaño ventricular compatible con Hidrocefalia Normotensiva Crónica, sin criterios de derivación a Neurocirugía. Ante resistencia a varios antidepresivos y diferentes estrategias farmacológicas para depresión resistente y barajando riesgo/beneficio se opta por Terapia Electroconvulsiva (TEC), con remisión completa del cuadro afectivo. Creemos que la intervención de Enfermería en el cuadro que exponemos fue crucial tanto en la aportación de datos de la exploración que apoyaron el diagnóstico diferencial, en el manejo clínico de los síntomas (oposicionismo, restricción alimentaria, colaboración en pruebas diagnósticas...), rehabilitación del trastorno de la marcha, así como en los cuidados de la TEC.

INTRODUCCIÓN

En ocasiones las manifestaciones iniciales de los cuadros neurológicos se manifiestan como síntomas psiquiátricos, enmascarando el cuadro y complicando el diagnóstico. El manejo de estos cuadros se puede facilitar con un adecuado trabajo multidisciplinar, así como de enlace con otras especialidades. En este caso, observamos como los cuidados enfermeros son fundamentales en la buena evolución de la paciente, sobre todo en los momentos de mayor dependencia en general de sus autocuidados.

ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 68 años de edad que ingresa en la Unidad de Agudos de Psiquiatría con sospecha de cuadro disociativo. En el servicio de Urgencias hace referencia a sintomatología depresiva, verbalización constante de sentimientos de minusvalía y dependencia y alteración de la marcha, de lo cual se dedujo, en un principio, posible relación con fallecimiento reciente de un allegado así como con la solicitud de cuidados constantes por parte de su familia.

Antecedentes personales

Como antecedentes médicos presenta HTA. Progresivo empeoramiento de la marcha y aparición de incontinencia urinaria, así como déficit mnésicos.

Como antecedentes psiquiátricos destacaban dos ingresos (uno hace cinco años y otro dos meses previos al ingreso actual) con diagnóstico al alta de Psicosis Cicloide, y T. disociativo, respectivamente. Ambulatoriamente se describía clínica depresiva leve, con empeoramientos estacionales, sin aparentes rasgos patológicos de personalidad.

La paciente es viuda, madre de tres hijos independientes, con los que mantiene buena relación y describen su personalidad promórbida como introvertida, dependiente y "muy trabajadora". Fallecimiento reciente de un amigo suyo, que puede haber intensificado la clínica afectiva, aunque el cuadro depresivo aparece previamente.

Enfermedad Actual

La familia refiere alteración de los patrones funcionales más básicos, y un aumento en la dependencia (alteración de la marcha e incontinencia urinaria, rechazo a la ingesta...) empeorando el oposicionismo, llegando a no permitir su cuidado de forma ambulatoria. No describen remisión en ingreso previo, salvo en colaboración en sus cuidados. Parece que la clínica depresiva comienza cinco meses antes y describen tristeza, inactividad y aislamiento que alterna con momentos de más ansiedad e hiperdemandas de cuidado.

EVOLUCIÓN

Una vez en planta se informa de alteraciones cognitivas y de la marcha fluctuantes que se sospechan finalistas, sin descartarse iatrogénicas, así como oposicionismo y mutismo selectivo. Ante incongruencia por lo descrito en su seguimiento ambulatorio y carácter premórbido el equipo decide retirar tratamiento que pudiera enmascarar el cuadro clínico. Se observa clínica depresiva franca (tristeza, anhedonia completa, inhibición motora con aumento de latencia de la respuesta, cogniciones depresivas ruimiativas, disminución de apetito, empeoramiento ansioso matutino, despertar precoz, ideas de incurabilidad y muerte, sin estructuración suicida) con delirios congruentes hipocondríacos y dismorfofóbicos ("la cara la tengo hundida, deforme, calva, ojos hundidos, me está desapareciendo"), con delirios referenciales y de

ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

perjuicio en consonancia con lo anterior ("Me tiene aquí para reírse de mí, me miran con asco, soy el mono de feria").

Dada que la clínica que observamos en la paciente no es congruente con el trastorno psiquiátrico que presenta, sobre todo aquellas alteraciones a nivel psicomotriz, llamando especialmente la atención la marcha apráxica, a pasos cortos y con braceo disminuido, se decide realizar interconsulta a Neurología. Tras valoración existe la sospecha clínica de hidrocefalia crónica del adulto.

A nivel psiquiátrico, se plantea como diagnóstico principal episodio depresivo grave con síntomas psicóticos asociado a una hidrocefalia normotensiva.

Se inicia tratamiento antidepresivo, ofreciendo resistencia a este primer tratamiento, sólo observando mejoría en la ingesta alimentaria, por lo que se añade Mirtazapina (30mg), obteniéndose mejoría sólo del patrón del sueño. Se intenta ensayo con Bupropión que no tolera por taquicardia y ansiedad. Se asocia risperidona (2 a 4mg). Ante persistencia de la clínica, con franco empeoramiento de la inhibición y cierta reticencia al tratamiento se plantea Terapia Electroconvulsiva (TEC).

Se inicia tratamiento con TEC, con buena respuesta afectiva, y remisión completa de los síntomas psicóticos, si bien se produce empeoramiento temporal de la orientación. Pese a mejoría psiquiátrica, el proceso neurológico evoluciona, manteniendo la alteración de la marcha y comprometiendo su funcionalidad.

VALORACIÓN Y CUIDADOS ENFERMEROS

En este caso especialmente complejo, la valoración continua y el seguimiento estrecho por parte de enfermería, así como los datos del caso y de la paciente recogidos por el equipo enfermero, ayudaron a completar el diagnóstico y filiar aquellos síntomas que en un primer momento impresionaban de carácter histeriformes y que finalmente resultaron ser propios de otra patología concomitante con la psiquiátrica y que justificaba la alteraciones de gran parte de los patrones funcionales de la paciente produciendo en ella un mayor grado de dependencia y por tanto unas necesidades de cuidados integrales donde se intercalaran las necesidades propias secundarias de su trastorno psiquiátrico con aquellas derivadas del trastorno neurológico.

El abordaje integral de esta paciente posibilitó la actuación enfermera en aquellos patrones que presentaba alterados, patrones funcionales básicos e imprescindibles para asegurar su bienestar general, como eran el patrón nutricional-metabólico, patrón de eliminación, patrón actividad-ejercicio (aseo e higiene) y patrón de sueño y descanso. Siendo fundamental la adopción por parte de la enfermera del papel de "sustituta" dada la pérdida de funcionalidad que acarreó en la evolución de la paciente el cuadro neurológico. Fue precisa la reeducación de

ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

la paciente sobretodo en cuánto a los hábitos de higiene y alimentación, así como en la adquisición de estabilidad en la marcha y control de esfínteres.

Por último, la decisión médica de instaurar TEC en nuestra paciente, conlleva a estructurar unos cuidados enfermeros, tanto previos como posteriores a la prueba, que posibilitan la realización de la misma y garantizan la seguridad de la paciente en su posterior recuperación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La clínica típica de la hidrocefalia es neurológica con demencia, incontinencia urinaria y trastorno de la marcha y se asocia con cierta frecuencia a enfermedad psiquiátrica, principalmente de carácter afectivo y psicótico. Secundario a esto, la paciente va a ver alterados muchos de sus patrones funcionales más básicos, precisando de atención y cuidados enfermeros a muchos niveles y de forma intensiva. Se ve reflejado en este caso, el potencial de los cuidados enfermeros, individualizados y acotados a las necesidades específicas de nuestra paciente, implementando una valoración completa y una atención integral a sus necesidades, siendo todo esto pieza fundamental para una buena evolución y un mantenimiento del bienestar de la paciente durante su estancia hospitalaria, además de facilitar datos que posibilitaron el diagnóstico médico.

Ante resistencia al tratamiento, una de las opciones es la TEC. La patología neurológica de nuestro caso no se considera contraindicación absoluta de la TEC. El uso de TEC está aumentando como tratamiento de primera línea en el anciano ante determinadas situaciones clínicas, como la presencia de patología somática concomitante, con índices crecientes de efectividad y evidencia científica disponible que lo avala. El papel de enfermería en los cuidados de la TEC es fundamental para su óptima aplicación.

BIBLIOGRAFIA

1. Carrasco Calvo B, Pérez Prieto JF, y Viadel MH. Hidrocefalia normotensiva y síntomas. Psiquiátricos. Psiq Biol. 2006; 13(6):220-3.
2. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Madrid: Médica Panamericana; 2000.
3. Sistema Nacional de Salud. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
4. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of electroconvulsive therapy. Technological Appraisal 59. London: NICE; 2003.
5. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. 3 ed. Arlington, VA: APA; 2010.
6. Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva. Madrid: SEP; 1999. URL: [http:// www.sepsiq.org/file/Consenso%20TEC.pdf](http://www.sepsiq.org/file/Consenso%20TEC.pdf).

ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

7. Reyes Navarro-Pablo, Olalla Santamaría-Gómez, José F. Labrador-Freire, Sergio González-Garrido Terapia electroconvulsiva en el anciano frágil. *Psicogeriatría* 2012; 4 (1): 51-55.