

CASO CLÍNICO: PSICÓTICO VS TOC. INTERVENCIONES MULTIDISCIPLINARES

AUTORES:

Rubén Mera Pérez; Alba Maria González Martínez; Sara García Cánovas; Leonor Nevado Carrillo; Elsa Maria Álvarez Gallar; Victor Enríquez Calatrava.

INTRODUCCIÓN

El DSM-IV y la CIE-10 definen el TOC como un trastorno psiquiátrico caracterizado por la presencia de obsesiones (ideas, pensamientos e impulsos intrusivos y recurrentes, la mayoría de las veces de carácter absurdo que producen ansiedad), así como de compulsiones que no son más que actos repetitivos efectuados para disminuirla. A lo largo del tiempo se ha considerado este trastorno como una neurosis, sin embargo en ocasiones podemos observar en la clínica la coexistencia de síntomas obsesivos-compulsivos con síntomas psicóticos; encontrado una prevalencia de la comorbilidad de un trastorno psicótico y TOC de entre un 10 y 15%.

Estos son casos que suponen serias dificultades a la hora de diagnosticar, tratar y ofrecer cuidados. No es habitual encontrarnos en la clínica diaria con este tipo de pacientes, considerados atípicos, ya que presentan disfuncionalidad en esferas importantes de sus vidas, mala respuesta al tratamiento y peor pronóstico.

Entre las hipótesis para explicar dicha coexistencia está la posibilidad de comorbilidad entre TOC y la esquizofrenia; otra propuesta plantea que esta confluencia de síntomas tal vez represente variables o subgrupos de TOC o esquizofrenia; y otra posibilidad propone esta coexistencia de síntomas como una nueva entidad clínica aún no reconocida.

Cabría destacar que ante la dificultad de manejo de estos pacientes, se hace imprescindible el trabajo coordinado de todo el equipo multidisciplinar, haciendo especial referencia en el presente trabajo a nuestra labor de enfermería mediante un abordaje biopsicosocial del paciente para lograr la consecución de los objetivos planteados por el equipo.

El propósito del presente artículo es describir el caso clínico de un paciente joven ingresado en la UHB del Hospital Universitario Príncipe de Asturias que presentaba síntomas psicóticos además de marcados y limitantes síntomas de tipo obsesivo-compulsivo. Para la elaboración del caso, se contó con la intervención de los distintos miembros del equipo multidisciplinar:

- Evaluación de la situación psicopatológica por parte del equipo médico, además de un estudio de la biografía del paciente en relación a sus

antecedentes psiquiátricos, tratamiento y uso de recursos de la red asistencial de salud mental.

- Plan de cuidados por parte de enfermería, mediante valoración por patrones funcionales de salud de M. Gordon y planificación de las intervenciones mediante clasificación NIC.

DESARROLLO

El caso clínico que desarrollamos trata de un hombre de 35 años, que acude al servicio de Urgencias del HUPA derivado de la Minirresidencia por alteraciones conductuales. Tras ser valorado por los psiquiatras de guardia, se procede a ingreso voluntario en la UHB.

En el último año se aprecia un uso reiterativo del servicio de Urgencias por ansiedad, encuadrada dentro de un diagnóstico previo de Trastorno de la personalidad. En esta última ocasión, se objetiva además en el paciente sintomatología de tipo psicótico, lo que determina la decisión de ingresarle en la Unidad de Agudos.

Biografía e historia clínica

El paciente nació en el año 1976, a los 7 meses de gestación y tras un periodo expulsivo largo. Los hitos del desarrollo psicomotor fueron normales y a edades adecuadas. La escolarización tiene lugar a los 5 años, momento en el cual el paciente sufre una gran angustia de separación. Buena adaptación y rendimiento escolar hasta los 12 años.

Su primer contacto con la red de Salud Mental fue a los 13 años, cuando empieza a ser valorado en el Centro de Salud Mental (CSM) Infantil por ánimo bajo, apatía, inactividad, irritabilidad, cambios bruscos de humor, baja autoestima y amenazas autolíticas. Desde entonces y hasta los 18 años, el paciente sigue tratándose en el CSM infantil, y durante este periodo ocurren dos sucesos significativos en su vida: el fallecimiento de su abuelo paterno y el inicio de su carrera como árbitro de fútbol. Durante estos años el paciente continúa presentando alteraciones de la conducta y crisis de ansiedad, por lo que continúa en tratamiento en el CSM de adultos. A partir de los 19 años, el paciente muestra serias dificultades interpersonales, déficit de atención y concentración, intolerancia a la frustración, irritabilidad y dificultad para asumir tareas, siendo finalmente diagnosticado de Trastorno límite de la Personalidad (TLP). A los 25 años se inicia en el consumo de tóxicos (cocaína y heroína). Un año más tarde comienza tratamiento en el Centro de Atención Integral al Drogodependiente (CAID) y suspende el consumo, aunque vuelve a retomarlo al verse obligado a dejar el arbitraje. En este contexto, realiza un intento autolítico ingiriendo lejía.

En el año 2004 ingresa por primera vez en la UHB con diagnóstico de Trastorno adaptativo con síntomas afectivos en paciente con TLP. En este

ingreso el paciente presenta ansiedad, inquietud, ánimo bajo, autolesiones, heteroagresividad, pensamiento mágico-supersticioso (“mal de ojo”) y pensamientos obsesivos (con el número 13 y con futbolistas).

En 2005, a la edad de 29 años, abandona el consumo de tóxicos y se le reconoce una minusvalía del 65%. Es aquí cuando toma contacto con un nuevo dispositivo de la red asistencial, el Centro de Rehabilitación Laboral (CRL). Hasta 2007 no vuelve a hacer uso del servicio de Urgencias, acudiendo por ansiedad relacionada con Trastorno de la personalidad. Es en este contacto cuando en el paciente empiezan a perfilarse dos tipos principales de síntomas: los psicóticos y los obsesivos. Refiere escuchar ruidos y voces, así como realizar crecientes conductas de comprobación, todo ello muy relacionado con ansiedad.

En el periodo que transcurre de 2007 a 2009, el paciente experimenta numerosas pérdidas, desde trabajos hasta fallecimientos de familiares cercanos. Finalmente en 2009 acude a Urgencias en dos ocasiones: la primera de ellas se le vuelve a diagnosticar con las etiquetas anteriores; y la segunda, objetivándose alteraciones sensoperceptivas e ideas de referencia, ingresando por Trastorno psicótico a filiar.

En el año 2010 consigue un trabajo indefinido a través del CRL, el cual lo vive con nerviosismo, ansiedad, irritabilidad y evitación. En lugar de vivirlo como un acicate en el contexto de su biografía, es vivido como un obstáculo en ella. Van en aumento las ideas de tipo referencial y obsesivo-compulsivas, así como la sintomatología ansiosa. Se producen conflictos relacionales con compañeros de trabajo, que impresionan estar inducidos por ideas referenciales. Percibe un alto nivel de estrés laboral “Parecemos máquinas en el trabajo”.

En 2011 vuelve a utilizar otro dispositivo asistencial, una Minirresidencia. Es en este momento cuando aumenta la sintomatología psicótica (susplicia, alteraciones sensoperceptivas), así como descuido de la higiene y empobrecimiento del lenguaje.

Finalmente en octubre de 2011 acude por última vez a Urgencias por ansiedad, desorganización conductual, ASP, conductas de comprobación y pensamiento rumiativo intrusivo.

Evolución en la UHB

Desde el punto de vista psiquiátrico mencionamos la gran dificultad a la hora de tratar al paciente. Descartada desde el principio su base orgánica. A lo largo del ingreso la sintomatología predominante fue la ansiedad leve-moderada, inquietud psicomotriz, desorganización conductual, presencia de voces imperativas e ideas rumiativas e intrusivas mágico-supersticiosas (“mal de ojo”). Poco relacionado con otros pacientes si bien es cierto que al personal lo abordaba con discurso repetitivo centrado en el sueldo de los árbitros.

En las terapias de grupo el manejo era especialmente complicado con su aumento de ansiedad que le provocaba la necesidad de salir para realizar comprobaciones.

Conforme a su evolución se le fueron dando permisos de salida, en un principio dentro del recinto hospitalario y más tarde tanto a su casa como al recurso residencial. Durante estos permisos, se objetivaba el aumento exacerbado de la ansiedad y en consecuencia se veía obligado a anticipar el regreso a la unidad, hecho que producía una bajada considerable de la ansiedad.

En cuanto al tratamiento farmacológico se efectuaron múltiples variaciones para el control de su sintomatología resultando especialmente complicado dado que al paciente le parecía bien cualquier cambio.

El paciente refería mejoría con cualquier cambio de tratamiento pero, sin embargo, se apreciaban los mismos síntomas.

Su tratamiento al alta fue: Risperidona 6mg/día; Quetiapina 400mg/día; akinetón 4 mg/día; oxcarbamecepa 900 mg/día; citalopram 40 mg/día; tranxilium 150 mg/día.

Valoración de enfermería y planificación de los cuidados

La valoración de enfermería se llevó a cabo a través de la recogida de datos, obtenidos por medio de la observación, exploración física y entrevista. Dichos datos son organizados a través de los patrones funcionales de M. Gordon que nos circunscribe a la identificación de problemas y diagnósticos enfermeros. En cuanto a la enunciación de los diagnósticos y planificación de los cuidados, recurrimos a la taxonomía NANDA y NIC, prescindiendo de los resultados porque hemos preferido centrarnos en las intervenciones llevadas a cabo para el manejo del paciente y la resolución de problemas de manejo. A continuación pasamos a enumerarlos:

Patrón 1: Percepción-Manejo de la salud

Adecuada conciencia de enfermedad, con un buen seguimiento terapéutico y no consumo de tóxicos.

Diagnósticos:

00078 Gestión ineficaz de la propia salud

00080 Gestión ineficaz del régimen terapéutico

Intervenciones:

5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.

Actividades de enfermería

Explicar al paciente en qué consiste su enfermedad, ayudarle a fomentar su participación en el proceso, así como la de sus familiares. Se le inculca la importancia del tratamiento y sus efectos secundarios.

Patrón 2: Nutricional-Metabólico

Presenta un índice de masa corporal (IMC) dentro de la normalidad.
Buena coloración de piel y mucosas. Presentó leves lesiones (eccemas) en cara, que remiten con tratamiento.

Buena ingesta de alimentos, aunque presenta dificultad para mantenerse en el comedor durante las comidas, siendo interrumpidas y desorganizadas, llegan a ser de forma esporádica incompletas, sin mayor repercusión.

Actividades de enfermería:

En este contexto se utiliza manejo conductual según nivel de angustia.

Patrón 3: Eliminación

Debido a la vida sedentaria y efectos secundarios del tratamiento farmacológico, sufre de estreñimiento, que es origen de gran ansiedad referida. Su eliminación vesical se encuentra dentro de la normalidad.

Diagnósticos

00015 Riesgo de estreñimiento

Actividades de enfermería:

Se explican las medidas de higiene para evitar el estreñimiento (aporte de líquido de 2L diarios, paseos por la unidad), y se le ofrece dieta rica en fibra.

Patrón 4: Actividad-Ejercicio

Expresión facial según estado de ánimo. Variaciones en las características del habla, desde un tono de voz elevado a inaudible. Presenta escaso control de la impulsividad lo que complica el manejo y necesidad del acuerdo en común del equipo. Repetidas conductas de comprobación, que implican dificultad de manejo, con variabilidad en la eficacia de la contención verbal. Actividad psicomotora aumentada: inquietud, temblores. Importante desorganización conductual, sobre todo en los momentos de aseo, presentando aspecto descuidado y alteración de la higiene. Necesita supervisión para el aseo.

Diagnósticos

00210. Deterioro de la capacidad de recuperación personal

00102 Déficit de autocuidado: alimentación

00108 Déficit de autocuidado: baño

00109 Déficit de autocuidado: vestido

Intervenciones

1802 Ayuda con los Autocuidados: vestir/arreglo personal

1800 Ayuda al Autocuidado

1804 Ayuda con los Autocuidados: aseo

4370 Entrenamiento para controlar los impulsos

Actividades de enfermería

Apoyo y supervisión en el aseo y en el vestido, manejando las entradas y salidas de la ducha según el nivel de ansiedad.

Manejo para el control de impulsos también dependiente del nivel de ansiedad, haciendo educación con el paciente para que tome conciencia de estos impulsos y sea capaz de autocontrolarlos.

Patrón 5: Sueño-Descanso

Presenta insomnio, muy ligado a la inquietud y a la ansiedad. Precisa tratamiento hipnótico que resulta eficaz.

Diagnósticos:

00095 Insomnio

Intervenciones:

2300 Administración de medicación

Actividades de enfermería

Administración de mediación hipnótica pautada cuando lo precisa.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

Utiliza gafas, fue intervenido a los 6 años de estrabismo.

Tiene disminuida la atención, se acompaña de un lenguaje empobrecido y repetitivo. Muestra preocupación por los estímulos externos: alucinaciones auditivas e ideación delirante.

Diagnósticos:

00127 Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno

00122 Trastorno de la percepción sensorial: auditiva

Intervenciones:

4820 Orientación de la realidad

6440 Manejo del delirio

Actividades de enfermería:

Las actividades llevadas a cabo con esta persona empezaban por establecer rutinas horarias y diarias. Ante la ideación delirante, se actuaba orientándole en la realidad y evitando entrar en discusión. En todo momento se favorece que el enfermo exprese sus pensamientos y sentimientos acerca de sus cogniciones.

Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto

Su expresión facial va acorde a sus estados de ansiedad, expresa miedo, desesperanza y tristeza, ansiedad leve/moderada. Refiere expectativas de futuro difusas y escasas.

Diagnósticos:

00119 Baja autoestima crónica

00124 Desesperanza

00146 Ansiedad

00152 Riesgo de impotencia

Intervenciones:

5400 Potenciación de la autoestima
5395 Mejora de la autoconfianza
5230 Aumentar el afrontamiento

Actividades de enfermería:

Se fomenta la autoestima reforzando positivamente los logros obtenidos. Orientamos a la persona hacia la realidad y reducimos sus ideas fantasiosas, estableciendo conjuntamente objetivos realistas, con igual refuerzo de los logros obtenidos. Se trabaja la identificación de las limitaciones y el establecimiento de nuevos recursos ante ellas. En todo momento se le anima a expresar sus temores frente a la enfermedad, enseñándole métodos para identificar, canalizar y disminuir su ansiedad ante ellos.

Patrón 8: Rol-Relaciones

Se produce en nuestro paciente un retraimiento en las actividades sociales, dificultad para iniciar o mantener relaciones. Poco interés en actividades así como dificultad para mantenerlas y/o finalizarlas. Se produce cierta anhedonia. Ante el núcleo familiar presenta ambivalencia en la percepción de las relaciones entre los diversos miembros.

Diagnósticos:

00055 Desempeño ineficaz del rol
00052 Deterioro de la interacción social
00063 Procesos familiares disfuncionales

Intervenciones:

5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo
4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales
5450 Terapia de grupo
5440 Aumentar los sistemas de apoyo
7110 Fomentar la implicación familiar
7150 Terapia familiar

Actividades de enfermería:

Entre las actividades, se encuentra la de planificar los contactos sociales teniendo en cuenta las preferencias y las habilidades del paciente. Ayudar a identificar las repercusiones de su enfermedad en su vida familiar, laboral y social, analizando el rol que desempeña y el modo en que debe modificarse. Analizar junto con los familiares (padres) los recursos disponibles para hacer frente a la situación. Educación a sus padres acerca del proceso de enfermedad de su hijo, para identificar los roles de cada miembro de la familia dentro del mismo y las repercusiones de la enfermedad sobre cada uno de ellos.

Patrón 9: Sexualidad-Reproducción

No identifica problemas.

Patrón 10: Adaptación-Tolerancia al estrés

Se refleja ansiedad ocasional/generalizada, la cual le suele conducir a una reagudización de su sintomatología delirante. Sus crisis se hacen más llevaderas con apoyo familiar.

Diagnósticos:

00069 Afrontamiento inefectivo

00146 Ansiedad

00148 Temor

Intervenciones:

2300 Administración de medicación

5820 Disminución de la ansiedad

5230 Aumentar el afrontamiento

5820 Disminución de la ansiedad

1460 Relajación muscular progresiva

Actividades de enfermería:

Para reducir el nivel de ansiedad, el personal de enfermería se encargaba en un primer momento de ayudar al paciente a identificar los signos significativos de un aumento de los niveles de ansiedad, así como los posibles desencadenantes. Posteriormente, se ensañaron al paciente técnicas de relajación muscular.

Para un mejor manejo de la ansiedad fuera de la unidad, se implicó a la familia en la identificación de las situaciones ansiógenas para el paciente.

Patrón 11: Valores-Creencias

No se identifican problemáticas a este respecto por la situación del ingreso.

CONCLUSIONES

Es necesario un trabajo multidisciplinar para abordar el problema de forma global.

La coordinación del equipo es fundamental para coordinar las actividades médicas y los cuidados enfermeros, y así mismo la coordinación con el equipo o dispositivo de seguimiento resulta prioritaria para favorecer la integración de la persona.

Las dificultades, abordadas desde el equipo multidisciplinar, aportan múltiples beneficios hacia el tratamiento, los cuidados y el proceso de recuperación de la persona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rincón DA, Salazar LF. Trastorno obsesivo compulsivo y psicosis: ¿un trastorno esquizo-obsesivo? Rev. Colombiana de Psiquiatría 2006; XXXV (4): 590-599.

2. Loyzaga C, Nicolini H, Apiquian R, Fresan A. Una aproximación al fenómeno esquizo-obsesivo. *Salud Mental* 2002. 25 (3): 12-18.
3. Castillo G. Trastorno obsesivo compulsivo de nivel psicótico. Presentación de un caso. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría; 2008 Feb.
4. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones. NANDA Internacional. Edición 2009-2011.
5. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Editoras: Sue Moorhead, Marion Jonson, Merodean L. Maas y Elisabeth Swanson. Editorial Elsevier Mosby. 4ª Edición.
6. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Editoras: Joanne McCloskey Dochterman, Gloria M. Bulechek y Howard K. Butcher. Editorial Elsevier Mosby. 5ª Edición.