CASO CLÍNICO

TRASTORNO DE LA TOURETTE: ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA

CLARA MARÍA GONZÁLEZ BUEY[1], IRENE LUNA FERNÁNDEZ[2], MARÍA VICTORIA SANTA EULALIA GONZALVO[3], MARÍA ELENA RIPOL MUÑOZ[4], YOLANDA DE JUAN LADRÓN[5] Y CARMEN SANTA EULALIA GONZALVO[6]

[1]Enfermera especialista en Salud Mental. Atención Primaria. Sector Zaragoza II.
[2]Enfermera. Terapeuta ocupacional. Hospital de Día de Psiquiatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.
[3]Enfermera especialista en Salud Mental. Hospital de Día de Psiquiatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.
[4]Terapeuta ocupacional. Hospital de Día de Psiquiatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.
[5]Psicóloga clínica. Hospital de Día de Psiquiatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.
[6]Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Atención Primaria. Sector Zaragoza II.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de la Tourette (TT) se caracteriza por la presencia de tics motores múltiples y uno o más tics vocales (carraspear, olfatear, gruñir, etc.) que han estado presentes en algún momento de la enfermedad, aunque no necesariamente de modo simultáneo. El trastorno suele aparecer antes de los 18 años y su debut no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica[1]. La prevalencia global en la población de 5 a 18 años se ha estimado entre el 0,3 y el 3,8 %, siendo más común en hombres[2].

La evolución natural de los tics implica que, en la mayoría de los casos, se produce una mejoría en la gravedad, frecuencia y repercusiones durante la adolescencia o el inicio de la edad adulta, pudiendo remitir íntegramente[3]. Además, el TT a menudo se presenta junto a otros trastornos neuroconductuales, como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el comportamiento autolesivo, la depresión o las dificultades de aprendizaje[4].

Por otro lado, el TOC se define por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados, mientras que las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente. Las obsesiones y las compulsiones deben ser continuadas en el tiempo o provocar malestar clínicamente significativo o deterioro para justificar un diagnóstico de TOC[1].

Correspondencia: Clara María González Buey
Correo electrónico: cgonzalezbuey@gmail.com

© Editorial Glosa, S.L. Autorizado el uso en el ámbito académico o docente según lo previsto por la Ley de Propiedad Intelectual.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 24 años, nacido en España de padres peruanos. Desde los 14 años, en tratamiento psiquiátrico; inicialmente, con historia de humillación y desprecio en el ámbito escolar, con grave repercusión secundaria a posible psicotización añadida, fijación-ritualización corporal y de conflictos sobre vida instintiva. Inicia un cuadro en forma de movimientos estereotipados de cuello, sacudidas/tics faciales, con deambulación compulsiva y fenómenos obsesivos.

En su deseo de estudiar Medicina, vive en Perú con su abuelo materno durante unos meses y, posteriormente, se matricula en Francia, experimentando empeoramiento, con aumento de los tics complejos, con compulsiones motoras y verbales, con descompensación de sus rituales del TOC, que le llevaron a profunda desesperación y conducta autolítica (defenestración).

Tras siete ingresos previos, seis en unidades de corta estancia para pacientes agudos y una en un hospital de día de psiquiatría (HDP), ingresa nuevamente en el HDP en el contexto de recaída por abandono del tratamiento debido a sus creencias religiosas incompatibles con la toma de medicación de manera más continuada.

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

En la tabla 1, se describe la valoración por necesidades en el momento del ingreso en la unidad[5-8].

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Se utilizó la taxonomía NANDA[5] para la formulación de los diagnósticos enfermeros; a continuación, se establecieron los resultados empleando la clasificación de resultados de enfermería (NOC)[12] y se detallaron las intervenciones y actividades de enfermería precisas utilizando la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)[13]. En la tabla 2, se describen la interrelaciones[6,8,14].

EVALUACIÓN

Se plantea con este paciente seguir una línea terapéutica, por un lado, grupal, en el contexto de las actividades propias del dispositivo de hospital de día; y, por otro, individual, basada en un ajuste farmacológico para el control de la sintomatología obsesiva y los tics motores por parte de psiquiatría, abordaje familiar por parte de psicología, orientación sociolaboral por parte de trabajo social y, desde terapia ocupacional, se trabajan objetivos para mejorar el conjunto de dificultades que existían en autonomía personal, organización de las actividades productivas y tiempo libre y ocio.

Durante el ingreso, disminuye la sintomatología, mejora la satisfacción con el sueño, disminuye el peso, adquiere diferentes técnicas y sus propios recursos para manejar la ansiedad, y mejora la adherencia al tratamiento por parte del paciente y su familia. Reconoce que las expectativas de acudir a realizar estudios universitarios eran muy altas para él. En la actualidad, quiere comenzar un módulo superior relacionado con la salud como alternativa.

Rev Enferm Salud Ment. 2019;12:27-32
doi:10.5538/2385-703X.2019.12.27
© Editorial Glosa, S.L. Autorizado el uso en el ámbito académico o docente según lo previsto por la Ley de Propiedad Intelectual.

Tabla 1. 14 necesidades de Virginia Henderson

Respirar	NPMD.
Comer y beber	IMC: 30,67 kg/m^2. Perímetro abdominal: 103 cm.
Eliminar	NPMD.
Moverse	Tics motores.
Dormir y descansar	**Dificultades para conciliar el sueño:** – **Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)[9]:** puntuación total de 13 (mala calidad del sueño). Habiendo más problema en los componentes parciales de latencia del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna.
Vestirse	NPMD.
Temperatura	NPMD.
Higiene	NPMD.
Evitar peligros	Estado de ánimo: nerviosismo, ansiedad, preocupación, impulsividad. Tics motores. Intentos autolíticos: precipitaciones. **Obsesiones-compulsiones:** – **Escala de Maudsley**[10]: puntuación total de 20/30. – **Escala de Yale-Brown**[11]: puntuación total de 30.
Comunicación	La familia minimiza el proceso de enfermedad del paciente.
Actuar según los propios valores	Importancia de la religiosidad en su vida (protestantismo): interfiere en la correcta adherencia al tratamiento.
Trabajar y realizarse	Sentimientos de fracaso en relación con su formación académica (no es posible empezar los estudios de Medicina).
Participar en el ocio	Ejercicio físico habitual escaso (quiere comenzar a hacer natación y bicicleta).
Aprender	Precisa información de su enfermedad y de los motivos de su ingreso.

IMC: índice de masa corporal; NPMD: no presenta manifestaciones de dependencia.

© Editorial Glosa, S.L. Autorizado el uso en el ámbito académico o docente según lo previsto por la Ley de Propiedad Intelectual.

Tabla 2. Diagnósticos de enfermería

[00146] Ansiedad r/c percepción de amenaza de cambio en su salud m/p nerviosismo y angustia.		
Dominio 9: afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2: respuestas de afrontamiento. Necesidad 9: evitar peligros/seguridad.		
NOC	**(1402) Autocontrol de la ansiedad:** – (140207) Utiliza técnicas de relajación para disminuir la ansiedad. – (140217) Controla la respuesta de ansiedad.	**PI = 2; PA = 3** **PI = 1; PA = 3**
NIC	**(6040) Terapia de relajación:** – (604001) Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, respiración rítmica, relajación muscular progresiva, meditación, *bodyscan*, entrenamiento autógeno). – (604012) Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente. – (604016) Fomentar la repetición o práctica frecuente de la técnica seleccionada.	
NOC	**(1211) Nivel de ansiedad:** – (121105) Inquietud.	**PI = 1; PA = 3**
NIC	**(5880) Técnicas de relajación:** – (588003) Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad. – (588006) Identificar a otras personas cuya presencia pueda ayudar al paciente. – (588012) Proporcionar tiempo y espacio para estar a solas, según corresponda. – (588013) Sentarse y hablar con el paciente. – (588016) Ofrecer líquidos.	
[00151] Automutilación r/c tensión creciente que es intolerable m/p golpearse.		
Dominio 11: seguridad/protección. Clase 3: violencia. Necesidad 9: evitar peligros/seguridad.		
NOC	**(1406) Autocontrol de la mutilación:** – (140606) No se autolesiona.	**PI = 1; PA = 4**
NIC	**(4354) Manejo de la conducta: autolesión:** – (435406) Disponer vigilancia continua del paciente y de su entorno. – (435407) Comunicar el riesgo a los demás cuidadores. – (435409) Anticiparse a las situaciones desencadenantes que puedan provocar la autolesión e intervenir para evitarlas. – (435410) Ayudar al paciente a identificar las situaciones y/o sentimientos que puedan provocar la autolesión. – (435423) Instruir sobre la medicación al paciente/seres queridos.	

Continúa

Rev Enferm Salud Ment. 2019;12:27-32
doi:10.5538/2385-703X.2019.12.27
© Editorial Glosa, S.L. Autorizado el uso en el ámbito académico o docente según lo previsto por la Ley de Propiedad Intelectual.

Tabla 2. Diagnósticos de enfermería (cont.)

[00069] Afrontamiento ineficaz r/c sentido de control m/p conductas destructivas hacia sí mismo (defenestración) y conductas de riesgo.		
Dominio 9: afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2: respuestas de afrontamiento. Necesidad 10: rol/relaciones.		
NOC	**(1405) Autocontrol de impulsos:** – (140512) Mantiene el autocontrol sin supervisión.	**PI = 1; PA = 3**
NIC	**(4370) Entrenamiento para controlar los impulsos:** – (437003) Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada. – (437004) Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente.	
[00165] Disposición para mejorar el sueño m/p expresa deseos de mejorar el sueño.		
Dominio 4: actividad/reposo. Clase 1: sueño/reposo. Necesidad 5: reposo/sueño.		
NOC	**(0004) Sueño:** – (000421) Dificultad para conciliar el sueño. – (000407) Hábito de sueño.	 **PI = 3; PA = 3** **PI = 2; PA = 3**
NIC	**Mejorar el sueño (1850):** – (185010) 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. – (185012) Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. – (185015) Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.	
[00232] Obesidad r/c la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad, picoteo frecuente y tamaño de las raciones mayor del recomendado m/p IMC > 30 kg/m^2.		
Dominio 2: nutrición. Clase 1: ingestión. Necesidad 2: alimentación.		
NOC	**(1627) Conducta de pérdida de peso:** – (162703) Se compromete con un plan para comer de forma saludable. – (162706) Establece una rutina de ejercicios.	 **PI = 2; PA = 4** **PI = 1; PA = 3**
NIC	**(1260) Manejo del peso:** – (12003) Comentar con el individuo los hábitos, costumbres y factores culturales que ejercen influencia sobre el peso. – (126005) Determinar la motivación del individuo para cambiar hábitos alimentarios. – (126006) Determinar el peso corporal del individuo. **(0200) Fomento del ejercicio:** – (020008) Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. – (020013) Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. – (020024) Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.	

Continúa

© Editorial Glosa, S.L. Autorizado el uso en el ámbito académico o docente según lo previsto por la Ley de Propiedad Intelectual.

Tabla 2. Diagnósticos de enfermería (cont.)

[00161] Disposición para mejorar los conocimientos m/p refiere sus conocimientos y experiencias previas en el manejo de la medicación y las consecuencias del abandono de la misma.		
Dominio 5: percepción/cognición. Clase 4: cognición. Necesidad 12: aprendizaje.		
NOC	**(1813) Conocimiento: régimen terapéutico:** – (181301) Beneficio del tratamiento. – (181316) Beneficio del control de la enfermedad.	 **PI = 2; PA = 4** **PI = 2; PA = 4**
NIC	**(5616) Enseñanza:** medicamentos prescritos: – (561603) Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. – (561607) Revisar el conocimiento que el paciente tiene de las medicaciones. – (561613) Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. – (561615) Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento. – (561634) Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados. – (561635) Incluir a la familia.	

IMC: índice de masa corporal; m/p: manifestado por; PA: puntuación al alta; PI: puntuación al ingreso; r/c:relacionado con.
Escala de tipo Likert cuya puntuación oscila de «5» (la mejor posible) a «1» (la peor posible).

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5.ª ed. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
2. Carmona Fernández C, Artigas Pallarés J. El trastorno de Tourette a lo largo de la historia. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2016;36(130):347-62.
3. Gonzálvez MT. Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con síndrome de Tourette. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. 2016;3(1):5-30.
4. Novotny M, Valis M, Klimova B. Tourette syndrome: a mini-review. Front Neurol. [Internet]. 2018;9(139). Disponible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2018.00139/full
5. Herdman TH, Kamitsuru S (eds). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017 - NANDA International. 10.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
6. Fornés. Enfermería de salud mental y psiquiatría. Valoración y cuidados. 2.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.
7. Almajano V, Marco I, Morales AB, Sieso AI, González H, Cinca C, et al. Diagnósticos enfermeros en salud mental. Identificación, desarrollo y aplicación. 2.ª ed. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2014.
8. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones. NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
9. Macías Fernández JA, Royuela Rico A. La versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg. Informaciones Psiquiátricas. 1996;(146):465-72.
10. Ávila A. Una contribución a la evaluación de las obsesiones y compulsiones: revisión del Inventario de Obsesión de Leyton (LOI) y del Cuestionario Obsesivo-Compulsivo del Maudsley (MOCQ). Psiquis. 1986;7(86): 66-74.
11. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II. Validity. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(11):1012-6.
12. Moorhead S, Jonson M, Mass ML, Swanson E (eds.). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
13. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C (eds.). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
14. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.

© Editorial Glosa, S.L. Autorizado el uso en el ámbito académico o docente según lo previsto por la Ley de Propiedad Intelectual.