

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES PSIQUIÁTRICOS QUE
RECIBEN TRATAMIENTO DE TERAPIA ELECTRO CONVULSIVA EN
LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION C5 DE SALUD MENTAL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL, LIMA – 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD
MENTAL**

ADRIÁN EUGENIO ACUÑA HERRERA

Callao - 2019

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ABASTOS ABARCA MERY JUANA PRESIDENTA
- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI SECRETARIA
- DR. VICTOR HUGO DURAN HERRERA VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 31

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 18/07/2019

Resolución Decanato Nº 221-2019-D/FCS de fecha 16 de julio del 2019 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

	INTRODUCCION	2
1.	DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA	5
2.	MARCO TEORICO	10
	2.1 Antecedentes del estudio	10
	2.2 Bases Teóricas	12
	2.3 Marco Conceptual o referencial	14
3.	DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA.	26
	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	26
	3.1 Valoración	26
	3.2 Diagnóstico de enfermería	35
	3.3 Planificación	38
	3.4 Ejecución	40
	3.5 Evaluación	51
4.	CONCLUSIONES	57
5.	RECOMENDACIONES	58
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	59
7.	ANEXOS	61

INTRODUCCION

La salud mental es un estado de bienestar psicológico y emocional que permite al sujeto emplear sus habilidades mentales, sociales y sentimentales para desempeñarse con éxito en las interacciones cotidianas.

Por otra parte, no se puede entender a la salud mental, como una realidad totalmente separada de la salud física, ya que los trastornos mentales están interconectados con las enfermedades físicas.

Por lo tanto el presente informe de trabajo académico tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería a pacientes psiquiátricos que reciben terapia electroconvulsiva, donde años atrás teníamos ciertas deficiencias en infraestructura, manejo, preparación y una autorización mediante un documento para este tipo de procedimientos, razón por la cual realice una sugerencia en cuanto a la mejora de la infraestructura, agregar una hoja de consentimiento informado firmado por el paciente y/o el familiar y en el cuidado de enfermería en las tres fases del procedimiento en las diferentes actividades en salvaguarda del paciente dentro del respeto de los derechos humanos.

El “HOSPITAL MILITAR CENTRAL” “CRL LUIS ARIAS SCHEREIBER”. está ubicado en la Av. Pershing S/N, Distrito de Jesús María, encontrándose ubicado en un lugar estratégico, accesible geográficamente al Comando de Salud del Ejército del Perú, se encuentra ocupando un área de terreno de 63,122.06 m², construida desde el sótano hasta el sexto piso, siendo un órgano desconcentrado del Comando de Salud del Ejército del Perú, categorizado como un Establecimiento de nivel III -1, equivalente a un Hospital General, está en proceso de acreditación.

Dentro del sistema de salud funciona como un hospital de referencia para el Comando de Salud del Ejército del Perú.

La unidad de hospitalización de salud mental, se encuentra ubicado en el pabellón "C" 5to piso en la ala izquierda del mismo, está distribuido de la siguiente manera: un consultorio médico, sala de televisión y ludo terapia, estación de enfermería, tópico limpio y sucio, sala de terapia electroconvulsiva, consultorio de psicología y asistencia social, jefatura de enfermería, vestidor del personal, sala de asilamiento, salas de hospitalización de varones con capacidad para 16 cama, distribuidos en 3 ambientes en siguiente orden (501-6 camas, 502- 6 camas, 503- 4 camas), mujeres con capacidad para 8 camas distribuido en dos ambientes en siguiente orden (505- 4 cama, 506- 4 camas) respectivamente y dos espacios libres para actividades terapéuticas de enfermería y psicología en ambos lados de las salas de hospitalización, donde brindamos atención de hospitalización a la población militar (Oficiales , Técnicos y Sub Oficiales del Ejército) Familiares (Padres, Esposas , Hijos) Personal civil con autorización para su atención por comando del Ejército. Muchos son los trastornos mentales que presentan en esta población, determinados, clasificados y al mismo tiempo, cuentan con sus respectivos tratamientos. Entre los más frecuentes se encuentran los trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés post traumático, la depresión, la esquizofrenia y por último trastorno bipolar.

En la actualidad cuanto más se habla de este tipo de problemas de salud mental y cuanto más se está trabajando con los pacientes que lo sufren es cierto que la terapia electroconvulsiva, anteriormente conocida como electrochoque, como método para el tratamiento de ciertas enfermedades mentales.

La técnica consiste, en la aplicación de un estímulo eléctrico que provoca una crisis de tipo epiléptico (convulsión tónico - clónico), y causando una serie de modificaciones bioquímicas cerebrales que con lleva a la mejoría clínica de ciertas enfermedades mentales.

El número de sesiones dependerá entre otros factores, de la gravedad de la patología psiquiátrica y a la respuesta al tratamiento, normalmente se

realizan por las mañanas con frecuencia de dos a tres sesiones por semana siendo el número más habitual entre seis y doce.

En las formas catatónicas de los trastornos esquizofrénicos la terapia electroconvulsiva, es claramente superior al tratamiento farmacológico, se considera que hoy en día no existe contraindicación absoluta para la terapia electroconvulsiva, el riesgo de morir por tera es muy bajo 1/10,000 a 1/25,000, similar al de cualquier procedimiento quirúrgico menor, que requiera anestesia general de corta duración. el efecto terapéutico de la terapia electroconvulsiva es explicado desde el punto de vista biológico, esta idea explica que la terapia electroconvulsiva actúa sobre los mismos procesos biológicos que las medicaciones. (1)

Por toda la experiencia de trabajo como enfermero asistencial y encargado del procedimiento, hemos alcanzado a optimizar actualmente el cuidado de enfermería en la administración de la terapia electroconvulsiva, realizando con un equipo terapéutico conformado por personal médico (psiquiatra y anestesista) y personal de enfermería debidamente preparado (Licenciado enfermería y técnico de enfermería). Se programa cuando el paciente cumple con los siguientes requisitos; riesgos quirúrgicos (cardiológico, Pulmonar), hoja de consentimiento informado firmado por el paciente y/o familiar responsable, siendo un procedimiento muy utilizado en la psiquiatría como tratamiento efectivo y rápido.

1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

La salud mental es un estado de bienestar psicológico y emocional que permite al sujeto emplear sus habilidades mentales, sociales y sentimentales para desempeñarse con éxito en las interacciones cotidianas según la Organización Mundial de Salud (OMS). (2)

En tal sentido los profesionales de enfermería conedores del cuidado de pacientes psiquiátricos, establecen con mucha frecuencia una serie de factores que indudablemente ayudaran a cualquier individuo a tener una buena salud mental, desde la perspectiva de la persona (estimulando su autoestima) pero también teniendo en cuenta lo social (a partir de las comunidades cohesionadas) y con apoyo del estado (garantizando la disponibilidad de la salud pública para todas las personas), según el acuerdo en el plan de acción sobre salud mental, el análisis de situación realizado como base para la formulación de la Estrategia Regional de Salud Mental aprobada en el 2009, resulta válido en sus consideraciones fundamentales, una revisión reciente de varios estudios epidemiológicos ejecutados en la región muestra una prevalencia de 12 meses para todos los trastornos mentales entre 18,7% y 24,2%. Las tasas medianas de prevalencia de 12 meses en la población adulta en algunos trastornos son: psicosis no afectiva 1,0%; depresión mayor 5,2%; y abuso/dependencia del alcohol 4,6%. A la carga de prevalencia, la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, es dos veces más frecuente en mujeres que hombres. Entre el 10 y 15% de las mujeres en países industrializados, entre 20 y 40% de las mujeres, en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio, la disponibilidad de datos en materia de servicios de salud mental ha proporcionado una mejor comprensión de la magnitud de la brecha de tratamiento para los trastornos afectivos, de ansiedad, por consumo de sustancias en adultos graves y moderados, la mediana de la brecha de tratamiento es de 73,5% en la Región de las Américas, 47,2% en América

del Norte, 77,9% en América Latina y el Caribe (ALC). La brecha para la esquizofrenia en ALC es de 56,9%, para la depresión es de 73,9% y para el alcohol es de 85,1%, con las estadísticas de la organización mundial de la salud (OMS), los problemas de salud mental constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de la enfermedad, el déficit en la salud mental contribuiría a muchas enfermedades somáticas y afectivas como la depresión o la ansiedad es necesario no separar la realidad de la salud mental de la salud física. (3)

Por la relación que existe entre las enfermedades biológicas y las enfermedades mentales tienen una evidente conexión, como lo señala Benedetto Sacareno en el simposio “salud mental y física durante toda la vida” de la Organización Panamericana de la salud (OPS).

La terapia electroconvulsiva es uno de los tratamientos más relevantes de las enfermedades mentales graves en el ámbito de la psiquiatría, donde se señala, que de las diez primeras causas entre 15 -44 años, el 50 % se relacionan con problemas de salud mental, dentro los cuales se presentan la depresión, esquizofrenia y trastorno bipolar, se estima que aproximadamente 50,000 personas reciben terapia electroconvulsiva cada año en EEUU, en España en el año 2012, se trataron con terapia electroconvulsiva, 3,090 pacientes con trastornos mentales, en Reino Unido hay 4,000 personas que anualmente reciben terapia electroconvulsiva, las investigaciones demuestran que entre el 64% y el 87% de los pacientes con depresión clínica responden a la terapia electroconvulsiva, con índices de respuesta del 95% en los casos de psicosis. (3)

La OMS señala que cada paciente debe ser informado debidamente sobre la terapia electroconvulsiva dando su consentimiento, salvo que este demasiado enfermo como para hacerlo, asimismo en América Latina, apenas el 26% de los países informo del uso de la anestesia en las terapias electroconvulsivas en todas sus instituciones médicas, solo el 37% cumplió

con la recomendación de que todas las instituciones exijan un consentimiento informado de los pacientes. (4)

En el Perú las enfermedades mentales causan comportamientos distintos dentro del núcleo familiar, generando recaídas, resistencia al tratamiento farmacológico y abandono familiar, de igual modo se aprecia en la población militar con este tipo de patologías mentales que vengo observando en mis años de experiencia profesional.

En nuestro país la Terapia Electroconvulsiva por lo general está como tratamiento de segunda elección en aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos que son refractarios al tratamiento farmacológico, actualmente se viene observando el tratamiento de terapia electroconvulsiva como un tratamiento efectivo, por la innovación de la técnica, por la creciente aceptación de esta modalidad de tratamiento por el médico, por los pacientes, la familia, independientemente a la gran promesa que suponen los medicamentos antipsicóticos, ahora hay muchos más psiquiatras que aceptan que los pacientes con trastornos mentales siguen siendo refractarios o intolerantes a los medicamentos de uso psiquiátrico.

En el hospital militar central donde me permito realizar mi informe de trabajo académico según los registros de libro de estancias se observa la alta incidencia de hospitalizaciones de pacientes psiquiátricos con reingresos frecuentes con mayor índice son esquizofrénicos, depresivos recurrentes o graves y otras patologías en la unidad de hospitalización C-5 de salud mental, se ha observado, el no seguimiento estricto en el cuidado de enfermería en las tres fases del procedimiento, en los pacientes que reciben terapia electroconvulsiva, no firma la autorización el paciente y/o familiar del consentimiento informado y la infraestructura de la sala de terapia electroconvulsiva se encuentra inadecuada y con equipamiento deficiente, en la administración de la terapia electroconvulsiva participa un equipo terapéutico conformado por el siguiente personal: psiquiatra, anestesiólogo, licenciado en enfermería debidamente entrenado y técnico de enfermería cumpliendo con las siguientes actividades: hoja de

consentimiento informado firmado, riesgos quirúrgicos vigentes (cardiológico, Pulmonar), dentro los tres meses de su generación y dentro los protocolos establecidos, a pacientes hospitalizados, ambulatorios titulares, familiares, empleados civiles con autorización para su atención y de otras instituciones castrenses como del hospital Naval, la Fuerza Aérea del Perú, que cuentan con un convenio con el hospital militar central, durante mi ejercicio profesional como enfermero asistencial, he venido evidenciado el ingreso a la unidad de hospitalización de salud mental, pacientes psiquiátricos refractarios intolerantes al tratamiento farmacológico, descompensados, depresivos graves con signos psicóticos, alto riesgo de suicidio, ansiedad severa, agitación psicomotriz con gran desorganización conductual y estados maniacos, la gran mayoría de estos pacientes recibe tratamiento de terapia electroconvulsiva por falta de una respuesta efectiva al tratamiento farmacológico, por abandono del tratamiento de mantenimiento, recaídas frecuentes, tratamiento irregular de psicofármacos, pacientes que requieren de sujeción mecánica prolongada, o por dosis muy elevadas de psicofármacos en su tratamiento, en tal sentido el cuidado de enfermería es muy importante para satisfacer las necesidades básicas, dolencias psíquicas y angustias que padecen los pacientes psiquiátricos, en las tres fases de atención en la terapia electroconvulsiva, que anteriormente no se cumplía con dichos cuidados en forma estandarizado.

Con el presente informe de trabajo académico se dará a conocer la intervención de enfermería a los pacientes psiquiátricos hospitalizados y ambulatorios que reciben terapia electroconvulsiva que atendemos en la unidad de hospitalización C-5 de salud mental, durante las tres fases del procedimiento sustentados en conocimientos científicos a fin de prevenir algunas complicaciones.

De esta manera con la terapia electroconvulsiva, facilitamos el manejo conductual del paciente en el corto tiempo posible, mejorando su calidad

de vida con la finalidad de disminuir recaídas continuas y hospitalizaciones frecuentes.

Asimismo, este informe de trabajo académico servirá de guía y modelo para los estudiantes de pregrado durante su formación profesional, personal de enfermería nuevos que se incorporen al servicio y para los que realizan pasantía en el Unidad de hospitalización C-5 de salud mental.

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del estudio

INTERNACIONALES

MSC. DISLEY PEDRAZA PEREZ DE PRADO Y COLABORADORES, (5) 2016, realizan un estudio de investigación sobre “estrategias de enfermería para el desarrollo de conocimientos sobre el manejo de pacientes con tratamiento electroconvulsivo en el hospital psiquiátrico de villa clara Cuba”.
Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento de enfermeras y enfermeros en el manejo del paciente con Tratamiento electroconvulsivo antes y después de la implementación de un manual.

Resultado: donde prevaleció el sexo femenino, la categoría de licenciados y en funciones asistenciales. El nivel de conocimiento inicialmente fue de medianamente satisfactorio en el manejo del paciente con tratamiento electroconvulsivo, después de aplicado el manual informativo y educativo el nivel de conocimiento fue satisfactorio.

Conclusión: personal de enfermería modificó positivamente el nivel de conocimiento en el manejo del paciente con tratamiento electroconvulsivo.

ROSA VELECELA MICHALA(6) 2014, realiza estudio de investigación sobre “intervenciones de enfermería en pacientes psiquiátricos tratados con la terapia electroconvulsiva en el instituto de neurociencia del hospital Guayaquil”, con el objetivo de determinar las intervenciones de enfermería en el procedimiento de terapia biológica para su pronta recuperación, se utilizó el método descriptivo retrospectivo longitudinal, para la recolección de datos se aplicó cuestionario y una guía de observación dirigida al personal que labora en el área de terapia y hospitalización, con una población de 35 enfermeras y 15 técnicos de enfermería, llegando a la conclusión que el 100% del personal cumple con sus actividades de forma ambigua a pesar de contar y conocer el manual de políticas y procedimientos afectando la recuperación del paciente.

NACIONALES

ANA LUCÍA SOTELO ARANA, ANNE LISSETTE TAPIA ARIAS, 2014 (7) realizan estudio de investigación sobre “Relación del género y el funcionamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa”, el presente estudio de investigación tiene como objetivo; precisar cuál es el género de mayor frecuencia en el mencionado centro de salud mental, identificar como es el funcionamiento psicosocial en estos pacientes y establecer la relación del género y funcionamiento psicosocial en los mismos, es una investigación de campo de nivel descriptivo relacional y de corte transversal.

Se utilizó como metodología la aplicación de la técnica de la entrevista; los instrumentos fueron, para la variable género la cédula de entrevista y para la variable funcionamiento psicosocial la escala FAST; las unidades de estudio están constituidas por el 100% de pacientes que acudieron para atenderse por consultorios externos en la tercera y cuarta semana del mes de abril que son en total 40 que corresponden al universo.

Los mayores porcentajes de pacientes encuestados se encuentran en el rango de edades de 25 a 31 años, estado conyugal soltero, procedentes de Arequipa, con educación secundaria y de tipo de Esquizofrenia Paranoide.

Se concluye que, el género de mayor frecuencia es el masculino, más de la cuarta parte de la población presenta un grado de dificultad entre bastante y mucha en el funcionamiento psicosocial con mayor discapacidad en el área de funcionamiento laboral, finalmente se encontró relación entre género y funcionamiento psicosocial siendo el género masculino quien presenta mayor grado de dificultad en su funcionamiento.

CORTEZ VERGARA(8) 2011 realizo un estudio de investigación sobre “características clínicas del paciente tratado con terapia electroconvulsiva en el Instituto Nacional de salud mental Honorio Delgado - Hideoyo

Noguchi” con el objetivo de describir el perfil del uso de la terapia electroconvulsiva en pacientes psiquiátricos hospitalizados, utilizo el método descriptivo retrospectivo, revisaron historias clínicas de 32 pacientes que recibieron este tratamiento entre los años 2010 al 2011 con un total de 3438 sesiones, siendo la esquizofrenia el diagnóstico más frecuente (70.7%), de las indicaciones más usuales fue la resistencia al tratamiento el (80.7%), así mismo la respuesta clínica de la terapia electroconvulsiva fue buena en (70.1%) de los casos, mientras que los efectos secundarios en general fueron pasajeros y leves, siendo la terapia electroconvulsiva muy tolerable y segura, mostrando una alta respuesta que la mantiene como un tratamiento psiquiátrico de primera línea.

2.2. Bases Teóricas

Los modelos y teorías de enfermería tienen en común el metaparadigma del que parten. Por lo tanto, en este informe de trabajo académico se sustenta el cuidado de enfermería en la teoría de:

VIRGINIA HENDERSON: “TEORIA DE LAS NECESIDADES HUMANAS Y DEFINICION DE ENFERMERIA”.

Fue una de las teóricas que incluyo aspectos espirituales al cuidado del enfermo, se preocupó definir modelos de función de enfermería, de esta manera intento romper con la idea de una enfermera exclusivamente técnica y procedimental concebida como extensión de la práctica médica. La enfermera atiende al paciente con actividades dirigidas al mantenimiento de la salud, recuperación de la enfermedad o al logro de una muerte tranquila, para la salud del paciente es un criterio imprescindible su independencia.

Henderson establece 14 necesidades básicas que el paciente ha de satisfacer:

1. Respirar con normalidad
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminación normal de desechos corporales
4. Movilidad y posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Vestirse y desvestirse con normalidad
7. Mantener la temperatura del cuerpo en los rangos normales
8. Mantener una buena higiene corporal
9. Evitar los peligros en el entorno y evitar poner en peligro a otros
10. Comunicar emociones, necesidades, temores y opiniones
11. Actuar o reaccionar de acuerdo con las propias creencias
12. Desarrollarse de manera que exista un sentido de logro
13. Participar en actividades recreativas o juegos
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad personal. (9)

Define la enfermería como la asistencia al individuo tanto sano como enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o su recuperación o a la muerte digna.

Son actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria, con la finalidad de que le ayude a ganar la independencia.

Asimismo, Virginia Henderson identifica tres niveles de función de enfermería:

Sustituta. - La función es compensatoria, proporcionando aquello de lo que carece el paciente.

Ayudante. - Diseña las intervenciones clínicas.

Compañera. - Construye una relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud.

También Virginia Henderson abogó por el desarrollo de un plan de cuidados enfermero por escrito. (9)

2.3. Marco Conceptual y Referencial.

SALUD MENTAL

Es un estado de bienestar del individuo consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

DIMENSIÓN POSITIVA DE LA SALUD MENTAL

Se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: **“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”** (10)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Abarca a las diversas atenciones del enfermero que debe dedicar a su paciente, sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y asistir sanitariamente al paciente cuando una persona se encuentra internada en un hospital.

En conclusión, es un servicio que compensa la falta de fuerza, conocimiento o voluntad, dependiendo del trastorno.

CUIDADO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

El cuidado del enfermero en el área de psiquiatría también tiene su base en las teorías y modelos conceptuales de enfermería, en el cuidado del paciente con enfermedad psiquiátrica que requieren de profesionales libres de estigmas y barreras; benévolo, justos, respetuoso; con actitud de servicio y comprometidos con el paciente y su familia; profesionales que busquen espacios adecuados para tener contacto con el paciente, comprometidos a invertir aunque sea un espacio muy corto para saludarlo, conocerlo, observar su apariencia general, postura, mirada y gestos, al

escucharlo podrá detallar rápidamente su lenguaje, orientación y criterio personal sobre su estadía en la institución, valorar ideación delirante y alucinaciones, gestos, ideas e intentos suicidas y trastorno del sueño.

El personal debe esforzarse por realizar un plan de cuidados fidedigno según las necesidades individuales del paciente, en el cual puede habilitar espacios para realizar terapia ocupacional intrahospitalaria con recursos disponibles en la institución o aquellas que la familia pueda proporcionarle con el objetivo de canalizar emociones, reconocer sus habilidades, permitirle que se sienta independiente, así como el desarrollo de nuevas competencias y la prevención de situaciones violentas. La actitud del cuidado solamente ocurre cuando la existencia de alguien tiene importancia para el otro y entonces se dispone de participar de la vida de este.

TEORÍAS DEL CUIDADO EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

La enfermería en salud mental es un área que emplea teoría del comportamiento humano y sus necesidades, para prevenir y corregir los trastornos mentales y sus secuelas, a fin de fomentar una salud mental óptima en el individuo, familia y la comunidad, reconociendo al ser humano como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias de la vida, a ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social.

Las funciones del profesional de enfermería en salud mental deben contar con bases científicas y humanísticas, a fin de optimizar su desempeño en los roles funcionales que le corresponden como administrador, educador, investigador y proveedor del cuidado a nivel individual, familiar y grupal. La finalidad de la práctica asistencial es la salud mental, la cual se busca a través de acciones a nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria, la salud mental es algo inherente a todos y cada uno de nosotros, que debe estar presente en todas nuestras intervenciones profesionales.

La OMS, estable una clara definición del papel del profesional de enfermería en salud mental y psiquiatría. La asistencia en enfermería psiquiátrica es un proceso interpersonal en el que el profesional presta atención al individuo, familia y comunidad para promover la salud mental, prevenir la enfermedad, afrontar las experiencias de estrés y los ayuda a readaptarse y a encontrar significados en estas experiencias, durante sus intervenciones, practica abordajes individuales, familiares y grupales, potencia la promoción y prevención de la salud mental, ejerce en los diversos ámbitos del servicio de salud mental (unidades de hospitalización, centros de salud mental comunitarios, recursos intermedios, etc.) diversifica sus actividades y usa técnicas y métodos de enfermería para personalizar, capacitar y socializar al paciente psiquiátrico procurando su autonomía y su calidad de vida. (10)

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Es un tratamiento biológico que consiste en inducir una convulsión tónico-clónica generalizada mediante la administración de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo, con una frecuencia y en un número de veces determinado en función de la patología y las peculiaridades clínicas de cada paciente. El estímulo eléctrico se administra a través de unos electrodos colocados en la superficie craneal, mediante un aparato diseñado a tal efecto. (11)

HISTORIA DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Anteriormente conocida por electrochoque, fue introducida en psiquiatría por Ugo Cerletti (1877-1963), en el año 1938, como método para el tratamiento de ciertas enfermedades mentales.

La técnica consiste, en la aplicación de un estímulo eléctrico que provoca una crisis de tipo epiléptico (convulsión: tónico- clónica), causando una serie de modificaciones bioquímicas cerebrales que conllevan a la mejoría clínica de ciertas enfermedades mentales.

La terapia electroconvulsiva es la terapia biológica principal para los pacientes con esquizofrenia. Una vez demostrada la eficacia de los neurolépticos, la terapia electroconvulsiva fue relegada progresivamente hasta casi su olvido, aunque continuó empleándose, desde sus comienzos este tratamiento fue cuestionado en lo que concierne a los beneficios obtenidos, siendo motivo de confusión pública y de intensos debates sobre su utilización, si bien hay que decir que en sus comienzos se administraba de forma indiscriminada, como ensayo terapéutico, no se utilizaban anestésicos ni relajantes musculares, lo que hacía que fuera un tratamiento agresivo.

Se denomina terapia electroconvulsiva, al tratamiento completo aplicado, es decir, a la serie de electroshocks que sean necesarios. el número de ellos dependerá entre otros factores de la gravedad de la patología psiquiátrica y la respuesta al tratamiento. (11)

Se realizan por las mañanas, con una frecuencia de dos a tres por semana, siendo número más habitual entre seis a doce y en casos excepcionales más de doce.

Actualmente la administración de la terapia electroconvulsiva, se lleva cabo por personal médico (psiquiatra y anestesista) y personal de enfermería debidamente preparado.

Al paciente se le administra previo al tratamiento, con un anestésico endovenoso y se brinda ventilación asistida.

FISIOLOGÍA DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Consiste en producir una convulsión al aplicar una fuerza electromotriz (voltaje) en la cabeza, propulsando una cantidad de electrones a través del cerebro con lo suficiente energía para despolarizar sincronizadamente suficientes membranas celulares.

La inducción y posterior transcurso de la crisis convulsiva, produce un cambio importante a nivel metabólico y neuroquímico.

Se considera en cada sesión se induce una convulsión generalizada adecuada, el paciente ha recibido un tratamiento óptimo y eficaz.

A lo largo del tratamiento de la terapia electroconvulsiva, se produce un aumento en el umbral convulsivo una disminución en la duración de la convulsión

Se han implicado a diversas sustancias como responsables de este efecto anticonvulsivante (GABA, opioides endógenos, hormona liberadora de tirotropina e IMAO endógeno).

Durante la fase clónica de la convulsión la frecuencia cardíaca puede alcanzar hasta un aumento de un 25%, llegando hasta más de 170 pulsaciones/minuto, como ocurre con la frecuencia cardíaca, la presión arterial sufre un aumento que puede alcanzar los 200mmhg.

Se observan mediante el registro del E.C.G, arritmias cardíacas, taquicardia ventricular, fibrilación auricular y extrasístoles ventriculares, así como cambios en la amplitud de onda y depresión del segmento ST. (11)

MECANISMO DE ACCIÓN

Los supuestos teóricos sobre la acción de la terapia electroconvulsiva se articulan en torno a:

A: efectos neuroendocrinos

Incremento de la liberación de hormonas y neuropéptidos de forma transitoria y de escasa duración.

B: Receptores y sistemas de neurotransmisión

Sistemas noradrenérgicos

Sistemas serotoninérgicos

Sistemas dopaminérgicos

C: cambios en la permeabilidad de la barrera hematoencefálica

Las crisis repetidas incrementan la permeabilidad de la barrera hematoencefálica (BHE) posibilitando el paso de moléculas a través de esta.

D: modificaciones en el metabolismo mineral:

Quizás el dato más conocido y que ha querido vincular a la actividad antidepressiva de la terapia electroconvulsiva, es la disminución del calcio en suero líquido cefalorraquídeo tras el tratamiento (carman et al, 1976), aunque otros autores no han replicado este resultado. (11)

TÉCNICA DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Consiste en la aplicación a través de dos electrodos bitemporales de una corriente eléctrica de 100 a 130 voltios durante 0,1 a 4 segundos que produzca una crisis convulsiva de al menos de 30 segundos de duración, el uso del anestésico de acción corta, oxigenación, el monitoreo de la convulsión por electrodos por electroencefalograma (EEG). Siendo una técnica muy segura monitoreado todos los signos vitales por el enfermero. (11)

INDICACIONES DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

La mayoría de las indicaciones actuales se relacionan básicamente con dos situaciones pacientes con ciertos trastornos que no responden a la terapia farmacológico, o aquellos en los que el tratamiento farmacológico este contra indicado.

- La experiencia en el campo laboral también es indicación de la terapia electroconvulsivo en pacientes refractarios y negativos al tratamiento.
- Depresión: severa unipolar o bipolar de características psicóticas o síntomas endógenas, agitada o retardada, con riesgo suicidio constituye la principal indicación de la terapia electroconvulsiva.

- Manía: no es el tratamiento de elección, pero es efectivo cuando el paciente no responde satisfactoriamente a las drogas antipsicóticos y al litio.
- Esquizofrenia: el tratamiento tampoco es de elección en la esquizofrenia, pero particularmente es efectivo en la esquizofrenia catatónica, también en otras formas de esquizofrenia.
- En general en los trastornos anteriormente citados cuando el paciente no ha respondido al tratamiento farmacológico, cuando hay contraindicaciones a la farmacoterapia, como edad avanzada, enfermedades cardiovasculares, embarazo, etc.
- En pacientes con depresiones severas recurrentes que respondieron la terapia electroconvulsiva, y que no responden a los antidepresivos. (12)

CONTRAINDICACIONES DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

No existen contraindicaciones absolutas para la terapia electroconvulsiva, aunque hay situaciones de contraindicación relativa.

- Patologías cerebrales que aumentan la presión intracraneana.
- Hemorragia cerebral reciente
- Malformaciones vasculares
- Aneurismas cerebrales inestables
- Infarto de miocardio reciente
- Glaucoma
- Desprendimiento de retina
- Procesos degenerativos óseos (artrosis, osteoporosis) por el riesgo a fracturas y compresión de las vertebras
- Feocromocitoma, por el riesgo de crisis hipertensivas
- Riesgo a la anestesia. (12)

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.

Dependen de las condiciones previas en que se encuentre el paciente de su edad su susceptibilidad personal, de la técnica utilizada y del número del tratamiento empleados y la frecuencia de administración entre estos efectos podemos describir lo siguiente.

- Confusión mental
- Cefalea
- Aumento de la temperatura
- Déficit transitorio de memoria
- Déficit persistente de la memoria
- Euforia
- Dolor post convulsivo
- Fracturas y luxaciones
- Convulsiones prolongadas
- Arritmias benignas
- Arritmias graves en pacientes cardiacos
- Apnea prolongada aspiración pulmonar
- Laringoespasma
- Reacciones anafilácticas por alergia a algún componente de la anestesia. Fallecimiento. (12)

RECURSOS HUMANOS

Equipo Terapéutico

- Psiquiatra
- Anestesista
- Personal de enfermería: enfermeros, técnicos de enfermería y/o auxiliares

MATERIALES PARA LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

- Equipo para la higiene del paciente y cambio de cama

- Equipo de contención completo
- Aparato de terapia electroconvulsivo y electrodos
- Equipo de monitorización electrocardiográfica
- Ambu y mascarilla de administración de oxígeno
- Protector bucal (tubo de mayo)
- Fármaco para utilizar para la anestesia
- Equipo para canalización de vía endovenosa
- Equipo completo y necesario para una posible reanimación cardiopulmonar de urgencia.

ACTIVIDADES PREVIOS A LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

CUIDADOS PREVIOS A LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

- Información y educación sanitaria complementaria a la información médica, para disminuir el grado de ansiedad.
- Comprobación del estudio previo al TEC: (bioquímica general, hemograma completo, electrocardiograma, radiografía de tórax) que se encuentre en la historia clínica
- El consentimiento informado firmado por el paciente o el familiar
- Riesgos quirúrgicos (cardiológico, neumológico)
- Comprobación del equipo
- Constancia de programación para la realización de la terapia electroconvulsiva. (13)

FASE PRE-TERAPIA ELECTROCONVULSIVO

- Ayuno de 8 horas antes del procedimiento
- Informar al paciente sobre su patología, según su demanda de información y su capacidad de comprensión
- Instar al paciente a que realice su micción antes de acudir a la sala de terapia electroconvulsiva.
- Baño o ducha al paciente

- Retirar si procede: laca de uñas, maquillajes faciales, prótesis dental, audífonos, gafas, joyas, y demás objetos metálicos
- Toma de signos vitales
- Si la situación del paciente lo requiere, se aplicará contención mecánica. (13)

FASE DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA SESIÓN DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVO

- Colocación del paciente en la postura correcta: decúbito supino con el cuerpo alineado
- Preparación del material necesario: aparato de terapia electroconvulsiva, mascarilla de oxígeno, y Ambu y material de recuperación cardiopulmonar.
- Colocación de electrodos para monitorización electrocardiográfica
- Cateterización de vía venosa periférica con administración de suero terapia
- Preparación de la zona de colocación de los electrodos
- Colocación del protector bucal (tubo de mayo)
- Administración del anestésico
- Toma de constantes vitales durante todo el procedimiento. (13)

FASE POST TERAPIA ELECTROCONVULSIVO.

- Oxigenación en un primer momento mediante el Ambu y posteriormente colocando la mascarilla de administración de oxígeno.
- Control de las posibles complicaciones posteriores al procedimiento a la anestesia.
- Control de constantes vitales
- Limpieza zona de colocación de electrodos
- Tranquilizar y dar seguridad al paciente en los primeros momentos de despertar

- Una vez estabilizado del procedimiento pasara a la unidad de hospitalización. (13)

EN LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN

- Verificar el estado de conciencia y si es preciso colocar barreras para evitar caídas
- Tomar constates vitales
- Colocar la prótesis que se le hubieran retirado antes de realizar el procedimiento
- Reposo relativo en las 2 primeras horas y evitar actividades mentales que exijan esfuerzo por parte del paciente
- Pasada las dos horas en función del paciente su dieta correspondiente
- Retirar la vía intravenosa
- Registrar en el registro de terapia electroconvulsiva, historia clínica, la realización del procedimiento problemas presentados y observados y repuesta al tratamiento
- En puesta en marcha del tratamiento es útil. (13)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Previa a la administración de la terapia electroconvulsivo, el paciente y familiares deben recibir una información, lo más detallada y completa sobre el tratamiento, la técnica, sobre efectos secundarios y posibles riesgos.

El hecho de que se administra bajo anestesia y su uso puede estar asociado a complicaciones médicas, ha propiciado que, en la legislación de algunos países, sea necesario la obtención previa del consentimiento informado en nuestro país, la ley general de salud (**Ley N° 26842**, el derecho al consentimiento informado apareció legalmente en el Perú en el año 1997). con la dación de la Ley General de Salud, **Ley N° 26842**. En el artículo 4º de la Ley se dispuso que “ninguna persona puede ser sometida

a tratamiento médico y quirúrgico, sin su consentimiento previo o de la persona llamada legalmente a darlo” y la ley de salud mental **N° 30947**.

Para que el consentimiento informado sea válido debe reunir tres condiciones.

- Información al paciente lo suficiente clara para que este pueda aceptar o rechazar el tratamiento.
- Voluntariedad, es decir, otorgarlo libremente sin coacciones ni manipulaciones externas.
- Capacidad mental adecuada para poder realizarlo. Si el paciente no tuviera capacidad, deberá dar el consentimiento un familiar o personas allegadas. (13)

La organización mundial de la salud OMS, considera el electrochoque un procedimiento mayor”, que como tal debe ser realizado “cuando lo permite la ley local y cuando se considere que es la opción más adecuada para la salud del paciente, y solamente cuando el paciente ha sido debidamente informado y ha dado su consentimiento.

3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN CON LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

3.1. Valoración

INFORMACION GENERAL

1.1 DATOS DE FILIACION

Nombre y Apellidos: Edwin Texse Ayme

NA: T73815746

Grado: Soldado

Edad: 18 años

Fecha de nacimiento: 13 de mayo del 2000

Talla: 1.60

Peso: 56 kg

Grupo Sanguíneo: "O" Rh (+)

Sexo: masculino

Raza: mestizo

Estado civil: soltero

Grado de instrucción: Secundaria incompleta

Ocupación: Servicio militar voluntario

Lugar de procedencia: Cuzco

Domicilio: Cuartel Barbones BMG 512 el Agustino

Fecha de ingreso: 24 abril 2019

Diagnóstico médico: Trastorno Psicótico Agudo

Establecimiento de salud: Hospital Militar Central

Unidad de Hospitalización: C-5 Salud mental

1.2 MOTIVO DE CONSULTA: Paciente varón de 18 años natural de cuzco es el último de 3 hermanos procedente de familia funcional con 5to de secundaria termino en un CEBA, ingreso al ejército en

febrero 2019 , su unidad es BMG 512 Cuartel Barbones viene por emergencia al HMC con un informe del psicólogo de sus unidad donde refiere que paciente presento conductas inadecuadas y marcada agresividad , irritabilidad a mediados de marzo sus promociones le hacen juegos “Callejón oscuro” y el “castigo de la frazada” después del cual observan mayores cambios en su conducta tiende al aislamiento y conducta alucinatoria al examen somnoliento con regular aliño personal , desorientado en tiempo no colabora con la entrevista suspicaz mutista rígido afecto ansioso lentificado y con risas inmotivadas sin conciencia de enfermedad.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL: Trastorno Psicótico Agudo

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1 ANTECEDENTES PERINATALES

Ningún parto normal

1.4.2 ANTECEDENTES FAMILIARES

Morbimortalidad de familiares: ninguno

Estado de salud de los familiares: aparentemente buen estado de salud.

1.4.3 ANTECEDENTES PERSONALES

Ninguna

niega enfermedad alguna

refiere ser consumidor de marihuana

1.4.4 ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

Paciente viene de una familia estructurada y funcional, padres y hermanos vivos.

Vivienda: AAHH viven en la casa de un familiar cuenta con servicios básicos (agua desagüe, electricidad).

Recursos económicos: ingreso económico ambos padres para la canasta familiar, padre trabaja independiente en negocio familiar venta de verduras, madre trabaja en venta ambulatoria de comida generando ingresos económicos

Creencia: católicos

Idioma: castellano y quechua (quechua hablantes)

Costumbres: de arraigo del departamento de Cuzco

Tienen acceso de salud al MINSA.

1.5 EXAMEN FISICO:

Al control de signos vitales.

Presión arterial: 110/70 mmhg.

Frecuencia cardiaca: 70 x minuto

Frecuencia respiratoria: 18 x minuto

Temperatura: 37.5 °C

SO₂: 98%

EXPLORACION CEFALO CAUDAL

Cráneo: normocéfalo, sin lesiones

Cabello: delgado, color negro, sin signos de calvicie

Ojos: pupilas foto reactivas, isocóricas.

Nariz: normal

Boca: sin lesiones en cavidad bucal, lengua normal

Orejas: sin lesiones aparentes, tamaño normal

Cuello: no se evidencia lesión a nivel cervical.

Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos de buena intensidad no soplos.

Tórax: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados

Abdomen: blando depresibles a la auscultación ruidos hidroaéreos presentes normales

Miembros Superiores: intactos, movilidades normales

Miembros inferiores: intactos, movilidades normales

Espalda: Columna vertebral sin malformaciones.

Aparato Urinario: conservado, flujo urinario adecuado

Aparato excretor: adecuada evacuación

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos sin alteraciones

Aparato Neurológico: despierto no signos neurológicos ni de focalización

RIESGOS QUIRURGICO

- Riego quirúrgico pulmonar grado I
- Riesgo quirúrgico cardiológico I
- Consentimiento informado para procedimiento médico quirúrgico

EXAMENES DE LABORATORIO

PARAMETROS	RESULTADOS	VALORES NORMALES
BIOQUIMICA Perfil básico		

Glucosa basal	75 mg/dl	
Urea	25.5 mg/dl	
Creatinina	0.75 mg/dl	
PCR cuantitativo	0.1mg/dl	
Perfil lipídico		
Colesterol total	141 Mg/dl	
Triglicéridos	96 mg/dl	
Colesterol HDL	36 mg/dl	
Colesterol LDL	103 mg/dl	
Transaminasas		
TGO	49.9 mg/dl	
TGP	24.3 mg/dl	
Bilirrubina	total: 0.46 mg/dl	
HEMOGRAMA		
Recuento de leucocitos	8.2ml/mn3	
Recuento de hematíes	5.3 ml/mn3	
Hemoglobina	14.8 g/dl	
Plaquetas:	271.0 ml/mn3	
EXAMEN DE ORINA		
Color:	amarillo	
Aspecto:	transparente	
Reacción PH:	6.5	
Densidad:	1020	
Examen bioquímico:	negativo	
Células epiteliales:		
escamosas:	Sedimento	
Leucocitos en orina:	escasas	
Hematíes en orina:	0-2	
	0-2	

EXAMEN MENTAL:

Aspecto: paciente de tez trigueña, contextura y estatura promedio, aparente edad cronológica viste de acuerdo con la estación y condición hospitalaria encontrándose en regulares condiciones de higiene y arreglo personal

Discurso: lenguaje muy escaso y por ocasiones mutismo, lentificado hostil

Nivel de conciencia: confuso en las tres esferas

Estado emocional: afectivamente ansioso sin conciencia de enfermedad.

Proceso del pensamiento: con poca asociación de ideas, de tipo concreto y curso lentificado

Atención y concentración: disminuidas

Contenido del pensamiento: suspicaz, establece parcial contacto visual y sonríe por momentos

Función cognitiva: se muestra parcialmente colaborador, sin conciencia de enfermedad.

INDICACIONES TERAPEUTICAS

- Dieta completa más líquidos a voluntad
- Quetiapina 300mg vía oral ½ M – 1N
- Clonasepan de 2 mg vía oral 1/4M - 1/4T – 1/2N
- Zolpiden de 10mg vía oral 1 N
- Midazolam de 15 mg 1 ampollas más haloperidol de 5mg 1 ampollas IM condicional a agitación psicomotriz
- Sesiones de terapia electroconvulsiva (total 14sesiones)
- Sujeción física condicional a agitación psicomotriz.

1.6 VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

FASE PRE: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

DOMINIO V: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

Clase: 4 cognición

00128 confusión

Síntomas significativos.

Alteración de la función cognitiva (X) alteración del nivel de conciencia (X)

incapacidad para iniciar conductas orientadas y objetivas (X) inquietud (X)

Agitación(X) alteración de la función psicomotora (X)

DOMINIO XI: Seguridad/Protección

Clase: 3 violencia

00138 riesgo de violencia dirigida a otros

Síntomas significativos

Alteración de la función cognitiva (X) impulsividad (X) antecedentes de

abuso de sustancias (X) lenguaje corporal negativo (Ejemplo: postura rígida, puños, hiperactividad real (X) deambular posturas amenazadoras (X)

trastorno psicótico(X) patrón de violencia dirigida a otros (ejemplo, pegar, dar patadas, escupir, morder, a alguien, arañar a otros, tirar objetos (X)

DOMINIO IX: Afrontamiento/tolerancia

Clase: 2 respuesta de afrontamiento

00146 ansiedad

Respuestas de afrontamiento

Distorsión de la realidad (X) incapacidad para manejar la situación (X)

estrategias de afrontamiento ineficaces (x) amenaza grita(X) aumento de la sudoración (X) temblor (X) agitación psicomotriz (X).

FASE INTRA: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

DOMINIO XI: Seguridad/Protección

Clase 2: Lesión Física

00039 riesgo de aspiración

Estado de conciencia disminuido (X) alteración del Reflejo tusígeno (X)
nauseoso (X).

FASE POST: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

DOMINIO XI: Seguridad/protección

Clase 2: Lesión Física

00151 riesgo de caídas

1.7 ESQUEMA DE VALORACION

FASE PRE: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

DATOS SUBJETIVOS

- Yo soy Texse
- Quiero salir
- No estoy loco
- Yo comí aquí galletas
- Pero no me dejan salir
- No saben de lo que soy capaz
- Ya verán

DATOS OBJETIVOS

- Perturbador
- Golpea las paredes
- Forcejea puertas de entrada
- Escupe al personal de enfermería
- No obedece indicaciones

DATOS SUBJETIVOS

- Ejercito
- Atención
- Soy Edwin

- Estoy aquí
- Si aquí

DATOS OBJETIVOS

- Desorientado
- Fuga de ideas
- Animo aplanado
- Tendencia a desnudarse
- Coge al personal femenino
- Inquieto
- Desorganizado

DATOS SUBJETIVOS

- Enfermero tengo miedo de entrar a ala sala de terapia electroconvulsiva
- Tengo miedo de morir allí dentro
- Que me van a hacer

DATOS OBJETIVOS

- Inquieto
- Perturbador
- Con sudoración de manos
- Tembloroso
- Negativista a la terapia electroconvulsiva

FASE INTRA-TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

DATOS SUBJETIVOS

- Paciente bajo efectos de sedación no refiere nada.

DATOS OBJETIVOS

- Paciente en reposo
- Administración de anestésico
- Con tubo de mayo
- Se administra descarga eléctrica
- Convulsión tónico clónico
- Con acumulo de secreciones post procedimiento.

FASE POST TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

DATOS SUBJETIVOS

- Quiero ir a mi cama
- Donde estoy
- Me duela mi cabeza

DATOS OBJETIVOS

- En reposo
- Con tendencia a querer levantarse de la cama
- Confuso
- No obedece indicaciones

3.2. Diagnóstico de enfermería

LISTA DE HALLAZGO SIGNIFICATIVOS

FASE PRE: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

DATOS SIGNIFICATIVOS	DOMINIO Y CLASE
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la función cognitiva • Alteración del nivel de conciencia • Incapacidad para iniciar conductas orientadas y objetivas 	DOMINIO V Percepción/cognición Clase: 4 cognición 00128 confusión

<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud • Agitación • Alteración de la función psicomotora 	
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la función cognitiva impulsividad • Antecedentes de abuso de sustancias • Leguaje corporal negativo (Ejemplo: postura rígida, puños, hiperactividad real) • Deambular posturas amenazadoras • Trastorno psicótico • Patrón de violencia dirigida a otros (ejemplo, pegar, dar patadas, escupir, morder, a alguien, arañar a otros, tirar objetos) 	<p>DOMINIO XI: Seguridad/Protección</p> <p>Clase: 3 violencia</p> <p>00138 riesgo de violencia dirigida a otros</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Distorsión de la realidad • Incapacidad para manejar la situación • Estrategias de afrontamiento ineficaces • amenaza grita • Aumento de la sudoración • Tembloroso • Agitación psicomotriz 	<p>DOMINIO IX: afrontamiento/tolerancia</p> <p>Clase: 2 respuesta de afrontamiento</p> <p>00146 ansiedad</p>

FASE INTRA-TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

DATOS SIGNIFICATIVOS	DOMINIO Y CLASE
<ul style="list-style-type: none">• Estado de conciencia disminuido• Alteración del reflejo tusígeno• Nauseoso	DOMINIO XI: Seguridad/Protección Clase 2: Lesión Física 00039 riesgo de aspiración

FASE POST TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

DATOS SIGNIFICATIVOS	DOMINIO Y CLASE
<ul style="list-style-type: none">• Susceptible a caídas• Causarse daño físico	DOMINIO XI: Seguridad/protección Clase 2: Lesión Física 00151 riesgo de caídas

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- Confusión R/C psicosis
- Riesgo de violencia dirigida a otros R/C trastorno psicótico.
- Ansiedad R/C factores estresantes (terapia electroconvulsiva)
- Riesgo de aspiración R/C disminución del reflejo nauseoso durante la terapia electroconvulsiva
- Riesgo de caídas R/C con la confusión por efecto de la anestesia y el procedimiento.

ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

FASE PRE-TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

- Confusión R/C psicosis
- Riesgo de violencia dirigida a otros R/C trastorno psicótico.

- Ansiedad R/C factores estresantes (terapia electroconvulsiva)

FASE INTRA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

- Riesgo de aspiración R/C disminución del reflejo nauseoso durante la terapia electroconvulsiva

FASE POST TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

- Riesgo de caídas R/C con confusión por efectos secundarios de la anestesia y el procedimiento.

3.3. Planificación

ESQUEMA DE PLANIFICACION

FASE PRE-TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

a. Priorización

Confusión R/C psicosis

b. Objetivo

- Autocontrol del pensamiento distorsionado.
- Orientación cognitiva

a. Priorización

Riesgo violencia dirigida a otros R/C trastorno psicótico

b. Objetivo

- Autocontrol de la agresión
- Autocontrol de la conducta abusiva

a. Priorización

Ansiedad R/C factores estresantes (terapia electroconvulsiva)

b. Objetivo

- Autocontrol de la ansiedad

FASE INTRA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

a. Priorización

Riesgo de aspiración R/C disminución del reflejo nauseoso durante la terapia electroconvulsiva

b. Objetivo

- Estado respiratorio: ventilación recuperación posterior al procedimiento

FASE POST TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

a. Priorización

- Riesgo de caídas R/C con confusión por efectos secundarios de la anestesia y el procedimiento.

b. Objetivo

- Control riesgo deambulación segura.

3.4 Ejecución

FASE PRE: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO	RESULTADO ESPERADO	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO DE LA ACCION
Confusión R/C Psicosis	Inicio brusco de alteraciones reversibles de la conciencia, atención conocimiento y percepción que se desarrolla en corto periodo de tiempo	Autocontrol del pensamiento distorsionado Orientación cognitiva	manejo ambiental: seguridad. administración de la medicación. Aislamiento. Manejo de las ideas delirantes. Monitorización de signos vitales. Mejorar el sueño. Orientación a la realidad. Sujeción física. Ayuda en el autocuidado	Procedimiento mediante el cual se proporciona medicamento a un paciente esta actividad es realizada por personal de enfermería que debe garantizarse seguridad para el paciente. Las constantes vitales son aquellos parámetros que nos indican el estado hemodinámico del paciente.

			<p>Manejo de la terapia electroconvulsiva.</p>	<p>Manejo de la terapia electroconvulsiva mejora el estado de ánimo, la confusión y las ideas delirantes en los pacientes con trastornos mentales.</p> <p>Los establecimientos de salud deben entregar una atención segura y con los estándares normalizados de calidad a fin de minimizar los riesgos propios de este grupo de pacientes ya que los hospitales y recintos asistenciales son un riesgo en sí mismos.</p>
--	--	--	--	--

<p>Riesgo de violencia dirigida a otros R/C trastorno psicótico</p>	<p>Vulnerable a conductas en que la persona demuestra que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros</p>	<p>Autocontrol de la agresión</p> <p>Autocontrol de la conducta abusiva.</p>	<p>Manejo ambiental: prevención de la violencia.</p> <p>Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención.</p> <p>Intervención en caso de crisis: aislamiento.</p> <p>Administración de la medicación.</p> <p>Sujeción física.</p> <p>Apoyo en la protección contra abusos.</p> <p>Apoyo a la familia.</p>	<p>Gestionar el riesgo y los equipos de salud en torno a una atención más segura.</p> <p>Reducen y controlan los peligros y minimizan los riesgos del ambiente Manteniendo condiciones seguras para los pacientes, las visitas y el personal.</p> <p>Manejo de la terapia electroconvulsiva mejora el estado de ánimo, la confusión y las ideas</p>
--	---	--	--	---

			<p>delirantes en los pacientes con trastornos mentales.</p> <p>El apoyo emocional se refiere a la capacidad de hacerle sentir al paciente querido, escuchado, útil y poder proporcionarle cierto bienestar.</p> <p>La enseñanza favorece la relación enfermero paciente y un cuidado holístico.</p> <p>Al cumplir las indicaciones antes del procedimiento</p>
--	--	--	--

<p>Ansiedad R/C factores estresantes (terapia electroconvulsiva)</p>	<p>Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginaria para la propia existencia</p>	<p>Autocontrol de la ansiedad</p>	<p>Apoyo emocional (paciente y la familia). Asesoramiento: que debe contar con riesgos quirúrgicos, Consentimiento Informado, Comentar los procedimientos de la terapia electroconvulsiva y resultados esperados. Enseñanza: Medidas de asepsia, Retirar pintura de uñas, prótesis dentales, gafas, lentillas y cualquier objeto metálico que lleve el paciente (pendientes, joyas, etc.)</p>	<p>garantiza unas condiciones de seguridad, confort e higiene y prevenir complicaciones durante o posterior al procedimiento.</p>
---	--	-----------------------------------	--	---

			<p>Evitar prendas ajustadas que puedan entorpecer la recuperación respiratoria.</p> <p>No debe llevar maquillaje, pintura de labios o esmalte de uñas, con objeto de poder observar posibles cianosis.</p> <p>- Vaciado de vejiga, antes del inicio de la terapia electroconvulsiva, para evitar posible incontinencia durante el tratamiento.</p> <p>Permanecer ayunas.</p>	
--	--	--	--	--

FASE INTRA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO	RESULTADO ESPERADO	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO DE LA ACCION
<p>Riesgo de aspiración R/C</p> <p>disminución del reflejo nauseoso durante la terapia electroconvulsiva</p>	<p>Vulnerable a la penetración en el árbol traqueo bronquial de secreciones, gastrointestinales, orofaríngeas, solidos o líquidos, que se puede comprometer la salud.</p>	<p>Estado respiratorio: ventilatorio</p> <p>Recuperación posterior al procedimiento</p>	<p>Aspiración de las vías aéreas</p> <p>Cuidados post anestésica</p> <p>Manejo de la sedación</p> <p>Cambio de posición</p>	<p>Favorece la ventilación pulmonar y prevenir las infecciones respiratorias y sus complicaciones.</p> <p>Proporcionar un nivel óptimo de comodidad con seguridad, reduciendo la ansiedad y la desorientación, facilitando el sueño y controlando adecuadamente el dolor.</p> <p>Las constantes vitales son aquellos parámetros que nos indican el estado</p>

			Monitorio de signos vitales Manejo de la terapia electroconvulsiva	hemodinámico del paciente. Manejo de la terapia electroconvulsiva mejora el estado de ánimo, la confusión y las ideas delirantes en los pacientes con trastornos mentales.
--	--	--	---	---

FASE POST TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO	RESULTADO ESPERADO	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO DE LA ACCION
<p>Riesgo de caídas R/C con confusión por efectos secundarios de la anestesia y el procedimiento.</p>	<p>Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.</p>	<p>Control del riesgo Deambulacion segura.</p>	<p>Manejo ambiental: seguridad</p>	<p>Los establecimientos de salud deben entregar una atención segura y con los estándares normalizados de calidad a fin de minimizar los riesgos propios de este grupo de pacientes ya que los hospitales y recintos asistenciales son un riesgo en sí mismos. Gestionar el riesgo y los equipos de salud en torno a una atención más segura.</p>

			<p>Manejo de la medicación.</p> <p>Monitorización de los signos vitales.</p>	<p>Reducen y controlan los peligros y minimizan los riesgos del ambiente Manteniendo condiciones seguras para los pacientes, las visitas y el personal.</p> <p>Procedimiento mediante el cual se proporciona medicamento a un paciente esta actividad es realizada por personal de enfermería que debe garantizarse seguridad para el paciente.</p>
--	--	--	--	---

			<p>Prevención de caídas.</p> <p>Restricción de zonas de movimiento.</p> <p>Ayuda con el autocontrol.</p>	<p>Las constantes vitales son aquellos parámetros que nos indican el estado hemodinámico del paciente.</p> <p>Es la capacidad consciente de regular los impulsos de manera voluntaria, con el objetivo de alcanzar un mayor equilibrio personal y relacional.</p>
--	--	--	--	---

3.5. Evaluación

FASE PRE-TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	RESULTADO OBSERVADO	EVALUACION
Confusión R/C Psicosis	Autocontrol del pensamiento distorsionado Orientación cognitiva	Autocontrol del pensamiento distorsionado en proceso Orientación cognitiva en proceso	Paciente continua con pensamiento distorsionado, pero a nivel que recibe las sesiones de terapia electroconvulsiva se observa mejoría de los síntomas
Riesgo de violencia dirigida a otros R/C trastorno psicótico	Autocontrol de la agresión Autocontrol de la conducta abusiva	Se logra control de agresión	Paciente continua con riesgo de violencia, a partir de la 6ta sesión de terapia electroconvulsiva, se observa el auto control de la agresión
Ansiedad R/C factores estresantes (terapia electroconvulsiva)	Autocontrol de la ansiedad	Disminuye la ansiedad y colabora con el procedimiento	Se logró disminuir la ansiedad del paciente, colabora con el procedimiento de terapia electroconvulsiva

FASE INTRA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	RESULTADO OBSERVADO	EVALUACION
Riesgo de aspiración R/C disminución del reflejo nauseoso durante la terapia electroconvulsiva	Estado respiratorio: ventilación Recuperación posterior al procedimiento	Paciente con ventilación espontanea después del procedimiento	Se logro controlar el riesgo durante la terapia electroconvulsiva

FASE POST TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	RESULTADO OBSERVADO	EVALUACION
Riesgo de caídas R/C con confusión por efectos secundarios de la anestesia y el procedimiento.	Control de riesgo Deambulación segura	Paciente logra deambulación segura después del procedimiento.	Se controla el riesgo después de la terapia electroconvulsiva

REGISTRO DE ENFERMERIA: SOAPIE

FASE PRE: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

S	“ejercito” atención, soy Edwin, estoy aquí, si a qui
O	Desorientado, fuga de ideas, animo aplanado, tendencia a desnudarse, coge al personal femenino, inquieto, desorganizado
A	Confusión R/C psicosis
P	Autocontrol del pensamiento distorsionado Orientación cognitiva
I	<ul style="list-style-type: none">• manejo ambiental: seguridad• administración de la medicación• Aislamiento• Manejo de las ideas delirantes• Monitorización de signos vitales• Mejorar el sueño• Orientación a la realidad• Sujeción física• Ayuda en el autocuidado• Manejo de la terapia electroconvulsiva
E	Paciente continua con pensamiento distorsionado, pero a nivel que recibe las sesiones de terapia electroconvulsiva se observa mejoría de los síntomas

S	Yo soy Texse, quiero salir, no estoy loco, yo tome agua, con más galletas, si no me dejan salir, no saben lo que soy capaz, ya verán
O	Perturbador, golpea las paredes, forcejea puertas de entrada, escupe al personal de enfermería, no obedece indicaciones
A	Riesgo de violencia dirigida a otros R/C con trastorno psicótico
P	Autocontrol de la agresión

	Autocontrol de la conducta abusiva
I	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo ambiental: prevención de la violencia • Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención • Intervención en caso de crisis: aislamiento • Administración de la medicación • Sujeción física • Apoyo en la protección contra abusos • Apoyo a la familia • Manejo de la terapia electroconvulsiva
E	Paciente continua con riesgo de violencia, a partir de la 6ta sesión de terapia electroconvulsiva, se observa el auto control de la agresión

S	Enfermero tengo miedo de entrar a la sala de terapia electroconvulsiva, tengo miedo de morirme allí dentro, que me van hacer
O	Inquieto, perturbador, con sudoración de manos, temblor, negativista a la terapia
A	Ansiedad R/C factores estresantes (terapia electroconvulsiva)
P	Autocontrol de la ansiedad.
I	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional (paciente y la familia) • Asesoramiento: que debe contar con riesgos quirúrgicos, Consentimiento Informado, Comentar los procedimientos de la TEC y resultados esperados. • Enseñanza: Medidas de asepsia, Retirar pintura de uñas, prótesis dentales, gafas, lentillas y cualquier objeto metálico que lleve el paciente (pendientes, joyas, etc.) • Evitar prendas ajustadas que puedan entorpecer la recuperación respiratoria. • No debe llevar maquillaje, pintura de labios o esmalte de uñas, con objeto de poder observar posibles cianosis.

	<ul style="list-style-type: none"> • Vaciado de vejiga, antes del inicio del TEC, para evitar posible incontinencia durante el tratamiento. • Permanecer ayunas.
E	Se logró disminuir la ansiedad del paciente, colabora con el procedimiento de terapia electroconvulsiva

FASE INTRA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

S	Paciente bajo efectos de sedación, no refiere nada
O	Paciente en reposo, administración de anestésico, con tubo de mayo, se administra descarga eléctrica, convulsión tónico – clónica, Con acumulo de secreciones post procedimiento
A	Riesgo de aspiración R/C disminución del reflejo nauseoso durante la terapia electroconvulsiva
P	Estado respiratorio: ventilación Recuperación posterior al procedimiento
I	<ul style="list-style-type: none"> • Aspiración de las vías aéreas • Cuidados posanestésica • Manejo de la sedación • Cambio de posición • Monitoreo de signos vitales • Manejo de la terapia electroconvulsiva
E	Se logro controlar el riesgo durante la terapia electroconvulsiva

FASE POST TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

S	“Quiero ir a mi cama”,
O	En reposo, con tendencia a levantarse de la cama, confuso
A	Riesgo de caídas R/C con confusión por efectos secundarios de la anestesia y el procedimiento.
P	Control de riesgo Deambulaci3n segura
I	<ul style="list-style-type: none">• Manejo ambiental: seguridad• Manejo de la medicaci3n• Monitorizaci3n de los signos vitales• Prevenci3n de caídas• Restricci3n de zonas de movimiento• Ayuda con el autocuidado.
E	Se controla el riesgo despu3s de la terapia electroconvulsiva

4. CONCLUSIONES

- a) Los cuidados de enfermería realizadas en la unidad de hospitalización C-5 de salud mental, donde se brinda atención directa en las tres fases del procedimiento de la terapia electroconvulsiva, en las diferentes patologías psiquiátricas deben estar basado en las teorías de enfermería para conferir un carácter científico a fin de brindar al paciente un trato humanizado.
- b) Los enfermeros durante su experiencia laboral en la terapia electroconvulsiva se ha fortalecido sus habilidades y destrezas en la intervención de enfermería en las tres fases del procedimiento, que siendo la terapia electroconvulsiva un procedimiento mayor, dando cumplimiento estricto a la ley de salud local (ley de salud: 26842 y ley de salud mental: 30947) y cuando se considere que es la opción más adecuada para la salud del paciente, solo cuando el paciente ha sido debidamente informado y haya firmado su consentimiento informado.
- c) Se brinda información adecuada, oportuno de la terapia electroconvulsivo al paciente, la familia sobre la técnica, efectos terapéuticos, contraindicaciones, efectos secundarios, el plan de la intervención, equipo terapéutico, equipamiento con equipos y materiales que cuenta la sala de terapia electroconvulsiva, las actividades sobre los cuidados de enfermería en las tres fases del procedimiento, seguros y estandarizados.
- d) Los cuidados de enfermería en la terapia electroconvulsiva en sus tres fases de intervención deben brindarse en forma humanizada cumpliendo con eficiencia los planes de cuidados, guías de procedimiento en nuestro quehacer diario respetando los derechos del paciente psiquiátrico establecidos en las leyes peruanas y también se ha contribuido en la mejora de la infraestructura y equipamiento de la sala de terapia electroconvulsiva.

5. RECOMENDACIONES

- a) Realizar capacitaciones de mejora continua al personal de enfermería a fin de que sus procesos puedan brindar un cuidado holístico al paciente, teniendo el respaldo científico con base teórica, considerando la enfermería siempre como una disciplina científica.
- b) Seguir fomentando siempre el cumplimiento con los protocolos estandarizados y guías de procedimiento de intervenciones de enfermería en la terapia electroconvulsiva y de otras patologías psiquiátricas, ya que contamos con personal con amplia experiencia y especialistas en salud mental para evaluar periódicamente los cuidados que brinda el personal de enfermería en la unidad de hospitalización de salud mental con la finalidad de realizar la mejora continua en bienestar de nuestros pacientes.
- c) Siempre mantener informado al paciente y su familia sobre el tratamiento de terapia electroconvulsiva con la finalidad de mantener la tranquilidad y seguridad en la recuperación del paciente y posterior incorporación a su vida cotidiana.
- d) La jefatura de enfermería de la unidad de salud mental C-5 siga gestionando al escalón superior, en la mejora continua en la capacitación del personal en otras instituciones psiquiátricas, la mejora y mantenimiento de la infraestructura de la unidad con la finalidad de brindar a nuestros pacientes comodidad y confort durante su estadía hospitalaria de las diferentes enfermedades psiquiátricas y tratamiento electroconvulsivo.

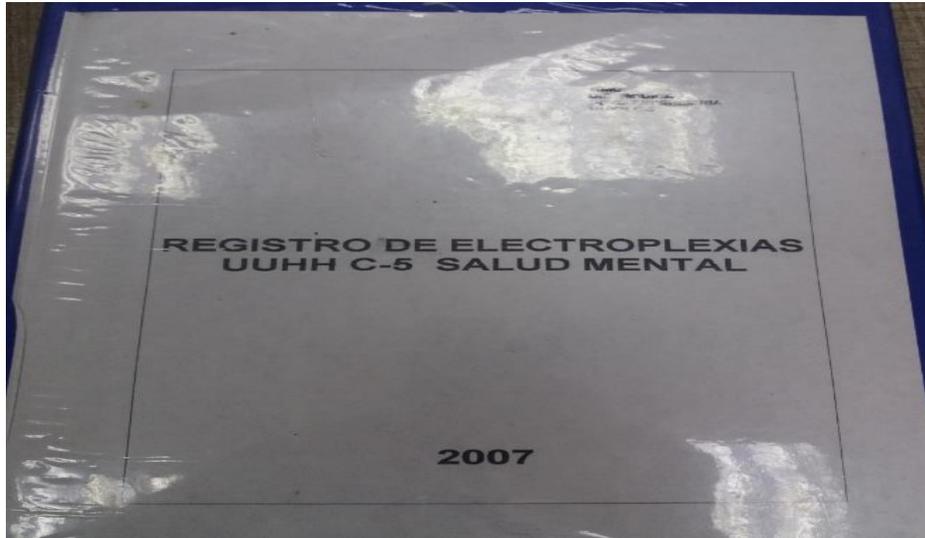
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <https://www.definicion.de/salud-mental>.
2. Enfermería Psiquiátrica JS.COOK- K.L. Fontaine. 3ra edición 2015. Interamericana. Mc. Graw-Hill. España. Pag 266,
3. Organización Mundial de la Salud Américas, plan de acción de la salud mental 2015 – 2020 pág. 3, pág. 4
4. <https://www.definicion.de/salud-mental>.
5. MSC. DISLEY PEDRAZA PEREZ DE PRADO, MSC ALINA PEREZ RUIZ, LIC. GERARDO MENDOZA JORGE, DR. HECTOR GUTIERREZ RODRIGUEZ ESPECIALISTA EN PRIMER GRADO PSIQUIATRIA, (5) 2016 en el hospital psiquiátrico de villa clara. Cuba,
6. Rosa Velecela Michala, intervención de enfermería en pacientes psiquiátricos tratados con terapia electroconvulsiva, hospital de Guayaquil Ecuador 2014
7. ANA LUCÍA SOTELO ARANA, ANNE LISSETTE TAPIA ARIAS, “Relación del género y el funcionamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi”, Arequipa 2014,
8. Cortez Vergara Carla, características clínicas del paciente tratado con terapia electroconvulsiva Ismo Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Perú 2011.
9. Ann Mariner Tomey PhD, RN, FAAN, Marta Raile Alligood PhD, RN, Modelos y teorías en enfermería. 7.^a ed. Elsevier. 2011. <https://www.elsevier.com>. Alligood.
10. <https://www.definicion.de/salud-mental/>
11. Fundamento de medicina – psiquiátrica Hernán veles a. William rojas m. Jaime borrero r. Jorge restrepo m. 4ta edición Medellín- Colombia 2014 (pág. 133, pág. 135, pág. 434, pág. 435, pág. 436.

12. Enfermería psiquiátrica JS.COOK- K.L. Fontaine. 3ra edición 2015. interamericana. Mc. Graw-Hill. España. Pag 266, 267, 268.
13. Enfermería de salud mental y psiquiatría-planes de cuidados Joana fernet Vives. editorial medica panamericana buenos aires Madrid. Medica panamericana (2015) pág. 269, 270
14. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) sexta edición, Gloria Bulechek PhD, RN, FAAN, Joaene M Dochterman, PhD
15. Clasificación de resultados en salud, quinta edición, Sue Moorhead, PhD, RN, Marion Johnson PhD, RN

7. ANEXOS

REGISTRO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA



NO.	Especie	Especie y Nombre	Especie	ESTANCIAS												Especie	Especie	Especie
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
01	Civil	DANIELA VILLALBA PASTOR	C-5															
02	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
03	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
04	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
05	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
06	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
07	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
08	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
09	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
10	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
11	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
12	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
13	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
14	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
15	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
16	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
17	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
18	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
19	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															
20	Civil	FRANCISCO JAVIER PASTOR	C-5															

FUENTE: Elaboración Propia

REGISTRO DE RESULTADOS DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

MODELO DE PLAN DE ANEXOS

ATOS DE FILIACION

MOTIVO DE CONSULTA

3. ENFERMEDAD ACTUAL

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1. ANTECEDENTES

1.4.2. ANTECEDENTES

1.4.3. ANTECEDENTES

1.4.4. ANTECEDENTES

1.5. ANTECEDENTES

SELF TEST RESULTS

CHARGE 250 μ C

ENERGY 44.4 J

IMPEDANCE at 220 ohms

STAT. IMPED. 230 ohms

DYN. IMPED. 230 ohms

PULSE WIDTH 0.75 msec

FREQUENCY 70 Hz

DURATION 3.000 sec

CURRENT 800 mA

TREATMENT RESULTS

CHARGE 250 μ C

ENERGY 41.7 J

STAT. IMPED. 440 ohms

DYN. IMPED. 354 ohms

PULSE WIDTH 0.75 msec

FREQUENCY 70 Hz

DURATION 3.000 sec

CURRENT 800 mA

PACIENT'S NAME

PACIENTE sin un primer ataque electroconvulsivo en 10 segundos. Sin convulsiones, en buena respuesta.

10/5/19

Paciente cambia a 25". Buena respuesta, sin convulsiones, callosa favorable.

SELF TEST RESULTS

CHARGE 273 μ C

ENERGY 46.8 J

IMPEDANCE at 220 ohms

STAT. IMPED. 240 ohms

DYN. IMPED. 153 ohms

PULSE WIDTH 0.75 msec

FREQUENCY 70 Hz

DURATION 3.250 sec

CURRENT 800 mA

TREATMENT RESULTS

CHARGE 273 μ C

ENERGY 33.8 J

STAT. IMPED. 240 ohms

DYN. IMPED. 153 ohms

PULSE WIDTH 0.75 msec

FREQUENCY 70 Hz

DURATION 3.250 sec

CURRENT 800 mA

10/05/2019

10:50:51

IMPEDANCE at 220 ohms

STAT. IMPED. 370 ohms

DYN. IMPED. 370 ohms

PULSE WIDTH 0.75 msec

FREQUENCY 75 Hz

DURATION 2.750 sec

CURRENT 800 mA

Buena respuesta, 15", no convulsiones

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Fecha	SELF TEST RESULT	TREATMENT RESULTS	Actividad
Región 5-10	CHARGE 225 μ C ENERGY 39.6 J IMPEDANCE at 220 ohms STAT. IMPED. 360 ohms DYN. IMPED. 360 ohms PULSE WIDTH 0.75 msec FREQUENCY 75 Hz DURATION 2.500 sec CURRENT 800 mA	CHARGE 225 μ C ENERGY 35.9 J STAT. IMPED. 360 ohms DYN. IMPED. 360 ohms PULSE WIDTH 0.75 msec FREQUENCY 75 Hz DURATION 2.500 sec CURRENT 800 mA	11/11/19
8/1/19			10/08/2019
12/06/19			10/08/2019
9/10/19			10/08/2019

12/06/19 - Buena respuesta, 23", no convulsiones

SELF TEST RESULTS

CHARGE 225 μ C

ENERGY 39.6 J

IMPEDANCE at 220 ohms

STAT. IMPED. 1100 ohms

DYN. IMPED. 230 ohms

PULSE WIDTH 0.75 msec

FREQUENCY 75 Hz

DURATION 2.500 sec

CURRENT 800 mA

TREATMENT RESULTS

CHARGE 225 μ C

ENERGY 42.9 J

STAT. IMPED. 1100 ohms

DYN. IMPED. 230 ohms

PULSE WIDTH 0.75 msec

FREQUENCY 75 Hz

DURATION 2.500 sec

CURRENT 800 mA

10/08/2019

10:50:51

9/10/19 45", buena respuesta, no convulsiones

FUENTE: Elaboración Propia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO

Joseph Santos
Intendente de Servicio

Hospital Militar Central

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO

Yo, Martin Tasso Cumpo de 50 años de edad identificado con (CIP), (CIF), (DNI) N°: 80503862 domiciliado en Are - Valle Grande - Ste. Ana y/o Sr./Sra. ----- de ----- años, domiciliado en Are - N.1 - Lote H - Sector I con (CIP), (DNI) N°: -----, en calidad de representante Legal, familiar o allegado del paciente, en pleno uso de mis facultades y bajo mi absoluta responsabilidad, MANIFIESTO VOLUNTARIAMENTE lo siguiente:

DECLARO:
PRIMERO. Que el Dr. ----- con Registro del Colegio Médico del Perú N° ----- y de Especialista N° ----- ME HA INFORMADO de manera confidencial, respetuosa, comprensible y veraz, el diagnóstico y pronóstico de mi enfermedad que es:
 a. de la enfermedad de mi hijo que es Trastorno Psuético Ajudo
 b. -----
 c. -----

Así como la necesidad de realizar en mi persona/familiar el procedimiento Médico ó Quirúrgico que a continuación se describe:
 a. Terapia electroconvulsiva (plelia)
 b. -----
 c. -----

SEGUNDO. También ME HA INFORMADO, con la misma claridad, la naturaleza y el propósito de la operación o procedimiento, los métodos alternativos, los cuales a pesar de su conveniencia no están exentos de complicaciones, existiendo riesgos antes, durante y después; así como, los efectos secundarios, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se prescriben y administran.

TERCERO. ESTANDO PLENAMENTE INFORMADO Y HABIENDO COMPRENDIDO los dos (02) puntos anteriores, DOY MI CONSENTIMIENTO al Médico que me atiende, a su equipo, y al Hospital Militar Central para la realización del procedimiento médico o quirúrgico descrito en el primer punto de este documento, así como la realización de otros procedimientos que puedan contemplarse durante el acto previamente autorizado y que, en opinión del Médico-Cirujano, se consideren necesarios y/o aconsejables en el curso de la intervención.

Igualmente DOY MI CONSENTIMIENTO al médico Anestesiólogo Dr. ----- con registro del Colegio Médico del Perú N° ----- y de especialista N° ----- para que elija el tipo de anestesia (General, Regional, Troncular o Local) mas recomendable para mi intervención y los medicamentos anestésicos a utilizarse, teniendo conocimiento de los riesgos que implica su uso.

CUARTO. En ejercicio a mi derecho establecido en la Ley General de Salud N° 26842 Art. 4 y 15, como paciente y/o familiar responsable me han brindado información oportuna en forma amplia y completa de lo beneficios, riesgos, complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse en el procedimiento médico o quirúrgico, técnico profesional, brindo mi consentimiento previo y en consideración a lo anteriormente expuesto, de acuerdo a ley EXONERO DE RESPONSABILIDAD administrativa, civil o penal al personal de salud y al Hospital Militar Central de los efectos adversos que pudieran presentarse en mi salud.

Luego de la lectura precedente, en señal de libre manifestación, voluntad y conformidad con todo lo expresado y sin necesidad de autenticación notarial lo suscribo y/o estampo mi huella digital, el día 30 del mes de abril del año 2019. Asimismo, doy fe de la firma de Médico tratante.

Firma ----- Firma -----
 Post-Firma ----- Post Firma -----

Huella digital del paciente ----- Huella digital del familiar -----

DNI N° ----- DNI N° 80503862
 CIP / CIF N° ----- CIP / CIF N° -----

Firma del Médico Tratante : -----
 N° CMP -----

Nota: Al reverso Ley General de Salud N° 26842 (Art. 4 y 15)

FUENTE: Elaboración Propia

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA FASE PRE-TERAPIA ELECTROCONVULSIVA



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA FASE INTRA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA



FUENTE: Elaboración Propia

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA FASE POST TERAPIA ELECTROCONVULSIVA



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia