

<http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.02.9>

Caso clínico

1

MITO O REALIDAD: Intervención ambulatoria de enfermería en un Trastorno de Personalidad de tipo Límite

MYTH OR REALITY: Ambulatory Nursing intervention on Borderline Personality Disorder

Este caso clínico ha sido premiado en el “Concurso de Casos Clínicos 2014” de la Sociedad Española de Patología Dual

José Luis Martín Herrero

PCAD de Arganzuela. Instituto de Adicciones. Madrid salud

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de noviembre de 2014

Aceptado el 26 de noviembre de 2014

Palabras clave: Enfermería, Reducción del daño, Flexible, Adherencia, Relación terapéutica.

Key words: Nursing, Harm reduction, Flexible, adhesion, Therapeutic Relationship

RESUMEN

Presentación de un caso clínico de una mujer de 32 años derivada desde Salud Mental con diagnóstico de Trastorno de Personalidad tipo Límite con dependencia de alcohol y cannabis. Desde el inicio de la intervención de enfermería con la paciente se han incluido estrategias de reducción del daño tanto para reducir los consumos como para minimizar la aparición de las conductas impulsivas, por lo que la incorporación de los programas de reducción de daños a los abordajes de estos pacientes y la inclusión de las técnicas motivacionales deben ser herramientas de primera línea de tratamiento. Los Centros de Atención a los Drogodependientes del Ayuntamiento de Madrid apotan un modelo de atención flexible que permite ver a estos pacientes con más frecuencia favoreciendo la adherencia a los tratamientos y creando una buena relación terapéutica

ABSTRACT

We present a clinical case of a 32 year old woman remitted from Mental Health diagnosed with Borderline Personality Disorder and alcohol and cannabis dependence. Since the beginning of the nursing intervention, we started with harm reduction strategies to reduce the intake alcohol and cannabis and to minimize the impulsive behaviors. The incorporation of harm reduction programs for approaches these patients and the inclusion of motivational techniques should be first-line treatment tools.

Anamnesis

Mujer de 32 años derivada al CAD Arganzuela desde Centro de Salud Mental con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.

Antecedentes Toxicológicos: inicio de su poli toxicomanía a los 13 años con alcohol, cannabis, ketamina, anfetaminas, éxtasis, popper, speed, cocaína y heroína.

Drogas de elección:

Alcohol creando dependencia a los 18 años, con un patrón variable de consumo a lo largo de la vida, con varios intentos de desintoxicación sin lograr abstinencia e incluso llegando a beber con interdictores del alcohol (disulfiram y cianamida cálcica). Al ingreso bebe sola 3 litros diarios de cerveza o 2 de vino.

Cannabis: 20 porros día con plantaciones en casa, de los 20 a 27 abstinente al cogerle miedo.

Correspondencia:
martinhju@madrid.es

Antecedentes Personales: no alergias, Qx de hombro (supraespinoso), 21/06/14 presenta un accidente de tráfico con shock leve hemorrágico y politraumatismo que requiere ingreso en UVI con fractura extremidad distal de radio izquierdo y tercio distal de clavícula izquierda bajo los efectos del alcohol y THC

Antecedentes psiquiátricos: Contacto con Salud Mental desde muy joven, ella se reconoce con angustia desde la niñez, a los 12 años Trastorno de la conducta alimentaria para el que no realizó tratamiento, Trastorno de ansiedad con agorafobia y depresión para lo que estuvo en tratamiento. Desde los 25 años seguimiento por psicólogo y psiquiatra privado durante 7 años.

Antecedentes Familiares: padres vivos, separados hace 7 años de Talavera de la Reina, Padre alcohólico, violento, mujeriego (incluso con amigas de la paciente. Madre sana, dos hermanos mayores (hermano heroinómano en Australia y hermana sana).

Biografía: inicia estudios universitarios que abandona al comenzar con la agorafobia y la depresión. Múltiples trabajos en España y en el extranjero cómo traductora, guionista, camarera, limpiadora de los que es despedida a consecuencia del consumo de tóxicos. Parejas múltiples, todas consumidoras.

Exploración

- Presenta labilidad emocional con quejas de bajo ánimo y dificultad para control de impulsos no solo con el alcohol, si no con el consumo de cualquier droga.
- Manifiesta sentimientos de fracaso y vacío, oscilación del ánimo, no ideas de suicidio en el momento actual pero presenta marcas antiguas de autolesiones en muñecas, hematomas por el cuerpo debido a las caídas durante intoxicación donde no recuerda que hizo
- Relaciones sexuales bajo los efectos de la intoxicación sin protección.
- Refiere atracones de comida esporádicamente pero sin conductas purgativas o de ejercicio intenso tras la ingesta, relacionadas con momentos de gran ansiedad tras los consumos

Diagnóstico

MÉDICO

EJE 1: Dependencia de alcohol. Dependencia de cannabis. Abuso de estimulantes

EJE 2: Trastorno de Personalidad de tipo Límite

ENFERMERÍA (PATRONES FUNCIONALES DE GORDON)

- *Patrón percepción de la Salud-Manejo de la Salud*
Manejo inefectivo del régimen terapéutico, relacionado con complejidad del régimen terapéutico, manifestado por verbalizaciones de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios
- *Patrón de Adaptación-Tolerancia al estrés*
Negación ineficaz como intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento para reducir la ansiedad
- *Patrón Sueño-Descanso*
Insomnio relacionado con deterioro del patrón normal de sueño-descanso por el consumo de alcohol y cannabis, manifestado por dificultad para conciliar el sueño e insatisfacción con su sueño
- *Patrón Nutrición-Metabólico*
Desequilibrio de la nutrición por defecto, relacionado con el consumo de alcohol y cannabis, manifestado por un estilo de dieta caótico y poco variado
- *Patrón perceptivo*
Insatisfacción con la imagen corporal, relacionado con ganancia ponderal del peso y manifestado por cambios morfológicos

Tratamiento

Farmacológico:

- Velanfaxina 225 mg 1-0-0
- Quetiapina 25 mg 1-0-1
- Gabapentina 800 mg 1-1/2-1
- Tranxilium 10 mg 1-1-1
- Lormetazepam 1mg 0-0-1

Valorada por todos los miembros del Equipo Terapéutico, se decide ingreso en la Unidad de Patología Dual de Nuestra Señora de la Paz, debido a su incapacidad en tratamiento ambulatorio de parar de consumir y poder conseguir una estabilización de la sintomatología psiquiátrica (alta voluntaria de la Unidad de Patología Dual a los dos días del ingreso).

Desde el área de enfermería se establecen los siguientes objetivos:

- Reducción del daño: consumo de cannabis y alcohol.
- Aumentar y mantener adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Reducción del riesgo sobre conductas sexuales

inapropiadas.

- Valorar en cada cita la aparición de atracones de comida y si han aparecido si ha habido conductas purgativas o de ejercicio intenso.
- Aportar conocimientos sobre higiene del sueño y la relación del insomnio con el consumo de sustancias.

Evolución

Hasta agosto de 2014 mantiene consumos muy altos de cannabis y esporádicos de alcohol que han ido aumentando en cantidad y frecuencia a medida que ha ido reduciendo el consumo de cannabis.

Ha disminuido la cantidad de cannabis diaria mediante estrategias de reducción del consumo, disminuyendo de 25 porros a 10 o 15 por día.

Mantiene consumo de alcohol cuatro a cinco veces en semana con gran dificultad para seguir las indicaciones de reducción del consumo, consumo actual de dos litros y medio de cerveza (12 UBEs) o un litro de vino (10 UBEs).

Adherencia al tratamiento no farmacológico acudiendo a citas, consiguiendo crear una relación terapéutica empática y de confianza y servirle de referencia sin llegar a abandonar el tratamiento como anteriormente ha hecho en tratamientos previos. Adherencia irregular al tratamiento farmacológico tomando solo la pauta de la mañana y el mediodía para así poder beber y no mezclar alcohol con benzodiazepinas (Cloracepato potásico) y Antipsicóticos atípicos (Quetiapina). Así mismo, refiere no tomar la medicación no solo por evitar la asociación de alcohol-fármacos, ya que asocia la ganancia ponderal exclusivamente a la medicación y no a la combinación de fármacos y consumo de alcohol.

Actualmente el consumo de alcohol y cannabis es a solas y en casa favoreciendo control sobre las conductas sexuales de riesgo.

Discusión

En un estudio realizado en la Comunidad de Madrid sobre 400 casos clínicos, se ha constatado que el 34% de los pacientes presentaban trastornos duales. Entre estos, la droga más frecuente era el alcohol (57%). Y respecto a los trastornos de la personalidad (30%)¹.

Incorporación de los programas de reducción de daños a los abordajes de estos pacientes e inclusión de las técnicas motivacionales como herramientas de primera línea de tratamiento; Actuación desde una perspectiva a largo plazo puesto que estos pacientes durante el curso de sus patologías van a necesitar diferentes modalidades de tratamiento farmacológico, psicológico o residencial².

Desde los Centros de Atención al Drogodependiente del Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, tenemos más frecuencia de citas y capacidad de atención inmediata en momentos de crisis en este tipo de pacientes, presentando mayor facilidad para crear una buena relación terapéutica que en todos los estudios se considera como la variable pronóstica más importante en el tratamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Szerman y cols. Estudio piloto de trastornos comórbidos de las adicciones en la Comunidad de Madrid. Madrid: editorial, 2008.
2. Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso de la SEP sobre Patología Dual. Barcelona: Ars Medica, 2004.