

# ANEXOS

---

## **HISTORIA NATURAL DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

### **PERIODO PREPATOGENICO**

#### **Agente**

#### **Agente biológico endógeno**

Algunos investigadores postulan, que los esquizofrénicos tiene su origen en una actuación temprana del nuevo desarrollo. Según estas teorías una nota, en los primeros meses de gestación (pasado étnico para el nuevo desarrollo) llevaría, a alteraciones en la migración y la organización neuronal en áreas específicas en una desorganización de las copas neutrales en áreas como la corteza mesias temporal. "TORO 1997"

#### **Agente biológico exógeno**

En estudios retrospectivos, varios investigadores notaron la mayor cantidad de esquizofrénicos nacidos en meses de invierno y en los primeros meses de verano. Este hallazgo coincide con algunas epidemias, en especial de la influenza, lo que ha llevado a hipotetizar acerca del papel que pudiera tener algunas infecciones virales durante la gestación en el desarrollo de algunas formas de esquizofrenia.

#### **Agente químico endógeno**

Los estudios bioquímicos en la esquizofrenia han contribuido de manera sustancial al desarrollo de los neurociencias. La hipótesis inicial de que ciertos sistemas

dopaminérgicos centrales pueden estar sobre activados en la esquizofrenia mantienen su validez. Los efectos antidopaminérgicos de los medicamentos antipsicóticos y los efectos psicotomiméticos de los antagonistas dopaminérgicos son congruentes con esta hipótesis. Sin embargo el asunto no es tan simple, otros sistemas neuroquímicos, como el de la acetilcolina y el ácido dopaminérgico, además, se han descubierto varios tipos de receptores de dopamina, tanto en las terminaciones nerviosas presinápticas como en las posinápticas, capaces de modificar la transmisión global. Por otro lado, la cuantificación de ciertas hormonas, como prolactina y la hormona del crecimiento, han permitido destacar en buena medida alteraciones dopaminérgicas en el sistema tuberoinfundibular del hipotálamo. "RAMÓN DE LA FUENTE, TOMO 7 .1997"

### **Agente químico exógeno**

La búsqueda de un "alucinógeno interno" como causa de la esquizofrenia, que se inicia después de observar que ocurrían ciertas psicosis prolongadas en pacientes con antecedentes de consumo de LSD ha establecido que los seres humanos normales pueden producir por lo menos indicios de un compuesto de este tipo. "GOLDAM 1969".

### **Agente psicológicos**

Según algunos autores, las experiencias restrictivas vividas en ciertos sectores sociales fomentan una concepción rígida y limitada de la realidad, que incapacita para tolerar las experiencias nuevas, problemáticas, protectoras de estrés, cuando hay por parte de algún

miembro tentativas de desviación de las normas, es un esfuerzo por manejar el estrés, el mismo grupo social se encarga de calificar dicha tentativa como forma de alteración social."VIDAL A.1986."

Por otro lado los pacientes esquizofrénicos presentan un estado anómalo de arousal, que se ha relacionado con el aislamiento social. También se han descrito alteraciones familiares y en la comunidad (teoría del "doble vinculo", basado en la incapacidad de responder a mensajes contradictorios por parte de la familia), aunque probablemente sean consecuencia de la enfermedad mas que la causa de la misma."JOSE C. VAZQUEZ.1998".

#### Hospedero

**EDAD:** La edad de comienzo se sitúa entre los 18 y 25 en los hombres y los 26 a 45 en las mujeres, sin embargo, no es infrecuente el inicio de la enfermedad durante la infancia, a principios de la adolescencia o ultimas fases de la vida. "CORREO ELECTRONICO MANUAL MERCK".

**SEXO:** El trastorno ocurre generalmente en personas jóvenes de ambos sexos."VAZQUEZ J.L.1998"

**ESTRUCTURA GENETICA:** La mayoría de las personas con esquizofrenia, carecen de antecedentes familiares, pero sin embargo, se han invocado los factores genéticos en su

etiología. Los individuos con algún pariente en primer grado afectado de esquizofrenia tiene aproximadamente un 15% de riesgo de padecer la enfermedad en comparación con el 1% de riesgo en la población general. "CORREO ELECTRONICO MANUAL M."

**DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD:** La susceptibilidad a padecer esquizofrenia puede manifestarse antes del comienzo de la enfermedad en forma general de las capacidades del sujeto, pobreza en las relaciones sociales, comportamiento raro, aislamiento y retraimiento. . "CORREO ELECTRONICO MANUEL MERCK".

**ESTADO CIVIL:** La mayor prevalencia, entre personas solteras, puede ser reflejo del afecto de la enfermedad o sus precursores sobre la actividad social. "CORREO ELECTRONICO MANUEL MERCK".

**OCUPACION:** Quienes desarrollan esquizofrenia tienden a dirigirse hacia las clases sociales mas bajas o fracasan para subir de clase en relación con sus padres, por incapacidad para efectuar adecuadamente muchas funciones de la vida, tienen dificultades para enfrascarse en el trabajo económicamente productivo y para formar lazos sociales."GOLDMAN 1989".

**CONDICIONES SOCIOECONOMICOS:** Parece incidir mas en las clases socioeconómicas mas bajas de áreas urbanas, quizás sus efectos discapacitantes conducen al desempleo y pobreza."CORREO ELECTRONIO MANUAL MERCK".

**FECHA DE NACIMIENTO:** Se ha visto que la incidencia es mayor en personas esquizofrénicas , nacidos en los meses de invierno (enero, febrero, marzo). **“GOLDMAN 1989”**.

---

## **Factores ambientales**

**FISICOS: clima.** Las teorías infecciosas han surgido de la asociación entre la estacionalidad del nacimiento y la incidencia de la esquizofrenia. Las fechas de nacimiento de los pacientes esquizofrénicos tienden a agruparse en los meses de invierno; este hecho pudiera ser debido a un incremento de la probabilidad de sufrir daño perinatal debido a la existencia de infecciones víricas, la evidencia de una etiología por virus lentos se busca en el hallazgo de alteraciones neuropatológicas compatibles con infecciones previas: como anticuerpos virales en el suero y el L.C.L de algunos pacientes esquizofrénicos.”VAZQUEZ J.L. 1998”.

**TOPOGRAFIA:** se ha relacionado la densidad de la población con la prevalencia, aunque de una manera que se puede aplicar solo las situaciones urbanas. De manera específica, se observa una correlación poderosa entre la prevalencia de esquizofrenia y la densidad de la población local dentro de distritos de ciudades tienen una población total que pasan de un millón de habitantes. En las ciudades más pequeñas de 100,000 a 500,000 personas la correlación es más débil, y desaparece del todo en las poblaciones más pequeñas.”GOLDMAN 1989”

## **Factores socioeconómicos**

**POBREZA:** El factor confirmado de manera sostenida en muchos estudios, es la relación entre esquizofrenia y la clase económica inferior, una teoría explicativa de primera

---

importancia señala que las condiciones de vida de las clases socioeconómicas inferiores (en su aspecto inherentes de mayor estrés y reducción de la flexibilidad para elegir la reacción personal al mismo), son factores causales en el desarrollo de la esquizofrenia. ."GOLDMAN 1989".

**ESTRATIFICACION SOCIAL:** La iniciación de la esquizofrenia en adultos jóvenes coincide con las etapas del desarrollo durante las que dejan en el hogar. Este periodo se caracteriza por la búsqueda de un sitio en la sociedad la formación de las relaciones con los compañeros de la misma edad y el desarrollo de un papel en el trabajo. La iniciación de la esquizofrenia suele acompañarse de incapacidad para adaptarse con éxito a los cambios necesarios requeridos por estos nuevos papeles sociales, una vez iniciada la enfermedad, casi inevitablemente la disminución de la integración de las funciones del ego y el desarrollo de patrones de conducta regresivos.

Tradicionalmente las teorías esquizofrénicas se basan en el desarrollo del enfoque del "yo" del paciente individual que experimentaba síntomas, sin embargo, el sujeto es parte de un sistema familiar que puede influir también en la patogenia de los trastornos esquizofrénicos."GOLDMAN 1989".

**OTROS FACTORES:** Se han propuestos diversos factores como posibles influencias para el desarrollo de la esquizofrenia. El primero de estos elementos es el estrés, percibido de manera subjetiva por el paciente informado después, del desarrollo de la enfermedad.

---

Se han propuesto también la emigración y la disociación cultural manifiesta resultante como causas que incrementan probablemente la incidencia de esquizofrenia.

## **PERIODO PATOGENICO**

### **Localización y multiplicación del agente**

Se ignora la causa específica de la esquizofrenia aunque se sabe que tiene una base biológica. La explicación más ampliamente aceptada es el modelo de vulnerabilidad ante el estrés, según el cual la esquizofrenia acontece en personas con una susceptibilidad de base neurológica.

El inicio y la remisión y la recurrencia de esta enfermedad han sido consideradas como productos de la interacción entre esta vulnerabilidad y los factores estresantes ambientales.

**"CORREO ELECTRONICO MANUEL MERCK".**

Vázquez José Luis 1998, dice aunque se ha señalado diversos factores (genéticos biológicos, ambientales y psicosociales) como causantes o precipitantes de la esquizofrenia, ninguna teoría ha obtenido una aceptación plena hasta la actualidad defendiéndose hoy en día la idea de que para explicar las causas de estos trastornos es preciso utilizar modelos etiopatológicos multifactoriales.

### **Alteraciones tisulares**

Desde los años setenta se ha observado un agrandamiento de los ventrículos cerebrales y atrofia cortical, especialmente prefrontal, además de reducción vermis del cerebro. En la tomografía axial computarizada de usuarios esquizofrénicos se ha observado agrandamiento de los ventrículos laterales y del tercer ventrículo en 10% a 50% de los usuarios, y atrofia cortical en 10% a 35% estos resultados se han confirmado con resonancia magnética.

Las investigaciones de orden neuropsicológico, muestra que los enfermos esquizofrénicos hay alteraciones en el que los enfermos esquizofrénicos hay alteraciones en el procesamiento de la información, que pueden estar relacionados con disfunciones metabólicas cerebrales muy sutiles, solo detectables por métodos sofisticados y costosos, como la tomografía por emisión de positrones. Con esta técnica se ha observado un metabolismo bajo en los lóbulos frontales de los pacientes esquizofrénicos.

### **Manifestaciones clínicas inespecíficas**

En la última década ha adquirido importancia la división de los signos y síntomas en dos grandes grupos:

Positivo y negativo. Esta distinción ha resultado del gran interés tanto del punto de vista teórico, como para el tratamiento y el pronóstico.

Los sistemas positivos representan una distorsión o aumento de algunas funciones mentales, mientras que las negativas un déficit o disminución de dichas funciones.

La sintomatología negativa esta presente desde el inicio de la enfermedad y no es propia de un estado de eronicidad como antes se pensaba.

Sintomatología positiva: Comprende básicamente fenómenos perceptivos (alucinatorios), -  
-----(ideas delirantes y percepción delirante)

Sintomatología negativa: Se entiende como una perdida de cognitivos y comportamentales.

Se dividen en cuatro trastornos principales:

1.- Trastornos de lenguaje y pensamiento(alogia) disminución de la producción y contacto verbal.

2.- Trastornos de la actividad: perdida de iniciativa denominación con el termino abulia.

3.- Trastornos afectivos: principal trastorno afectivo que se ha llamado aplanamiento afectivo.

4.- Trastorno de la sociabilidad : incapacidad [ara establecer amistades en casos extremos se da el aislamiento social.” TORO G. 1997”.

### **Manifestaciones clínicas específicas**

A) APARIENCIA Y CONDUCTA: Puede presentar un aspecto y apariencia totalmente normales. Otros muestran un aspecto descuidado con abandono importante de la higiene personal. Su comportamiento puede oscilar desde una actitud pasiva hasta la desinhibición o agresividad.

B) TRANSTORNOS SENSORIOPERCEPTIVAS: Las alucinaciones han sido tradicionalmente como el sello de la esquizofrenia.

- 1) Alucinaciones auditivas: constituyen uno de los síntomas mas frecuentes de la esquizofrenia, se presentan como ruidos, música, palabras aisladas, frases cortas o conversaciones complejas.
- 2) Alucinaciones visuales: Son poco frecuentes en la esquizofrenia, aunque es común que el paciente describa alucinaciones auditivas asociadas a pseudo alucinaciones visuales e ideación delirante.
- 3) Alucinaciones olfativas gustativas y basadas en sensaciones corporales: Se asocian con frecuencia o ideación delirante, siendo con frecuencia difícil establecer si el paciente presenta o no autenticas alucinaciones o interpretaciones delirantes de estímulos reales.

C).- TRANSTORNOS DE PENSAMIENTO: Son los síntomas fundamental de la esquizofrenia, pueden clasificarse como trastorno de contenido y el curso del pensamiento.

E).- HUMOR Y AFECTIVIDAD: El humor y la afectividad pueden estar alteradas en estos pacientes lo mas característico es:

1.- Respuesta emocional restringida. Se muestra indiferente y apático.

2.- Respuesta emocional inapropiada: Se manifiesta por una expresión afectiva incongruente con el entorno.

3.- Alteraciones del Humor: El paciente puede estar deprimido, ansioso, irritable o eufórico.

4.- Respuestas emocionales extravagantes: Pueden manifestar los pacientes estados emocionales, caracterizados por la presencia de exultación omnipotencia, éxtasis religioso, terror por la desintegración de la personalidad o ansiedad por destrucción del universo

5.- Hipersensibilidad emocional: Sensibles anticonductas de rechazo omininamente agresivas por parte de los demás que pasarían inadvertidas para personas sanas

F).- ALTERACIONES DESDE EL PUNTO DE VISTA MOTOR: Pueden presentar cambios en el comportamiento psicomotor, como episodios de agitación o retraimiento, adopción de posturas marcadamente extrañas, muecas, rituales e incluso

---

catatonia.

G).- “ORIENTACION Y MEMORIA: Mantiene preservada la orientación a lo psíquica y auto psíquica, al tiempo que la memoria permanece indemne”.

### **Muerte**

“La esquizofrenia se vincula un 10% de riesgo de suicidio de hecho, este representa la principal causa de muerte de las personas con esquizofrenia”

### **Complicaciones**

Complicaciones mas frecuentes en estos usuarios

**ALCOHOLISMO:** El abuso de la bebida es una costumbre común en estos usuarios debido probablemente a la inactividad. A la carencia de emociones habituales y a la aparición frecuente de crisis de angustia incontrolables. Es una causa frecuente de recaída, porque el sistema nervioso de estos enfermos es mas sensible a cualquier sustancia que actúe sobre el y porque se combina con la suspensión del medicamento.

**TABAQUISMO:** Los usuarios esquizofrénicos suelen ser grandes fumadores el usuario fuma intensamente para combatir el efecto depresor que le conducen los medicamentos.

**DROGADICCION:** Complicación mas frecuente es estos usuarios.

---

PELIGRO DE SUICIDIO: Según varios estudios del usuario con esquizofrenia tienen 20% de riesgo de intentar suicidarse y de 5 a 10% consiguen morir por este medio.

### **Estado Crónico**

Debido a la variedad de la definición y la evaluación no es posible disponer de unas conclusiones precisas en cuanto a la evolución a largo plazo de la esquizofrenia. Probablemente la remisión completa (es decir, el retorno total al nivel premorbido) no es habitual en este trastorno). De los que siguen presentando la enfermedad, algunos parecen tener un curso relativamente estable, mientras que otros muestran un empeoramiento progresivo asociado a una incapacidad grave

### **Defecto o daño**

Los síntomas de la esquizofrenia acaban por producir un deterioro funcional en todas las actitudes del individuo, interfiriendo, notablemente en el trabajo, las relaciones sociales y el cuidado de uno mismo. Como consecuencia, es habitual que surjan situaciones de pérdida de empleo, aislamiento social, relaciones familiares deterioradas y disminución de la calidad de vida.

### **Recuperación**

Goldman (1989), dice el pronóstico será bueno si la iniciación de la enfermedad es súbita y se puede identificar con claridad un estrés precipitante. Los resultados serán también mas

---

favorables si el funcionamiento social del paciente era por lo menos suficiente antes que se desarrollara la enfermedad, y si este tiene un rendimiento de buena clase en una situación de trabajo fuera de su ambiente familiar. El propósito será pobre si la enfermedad se ha iniciado de manera insidiosa, con aparición lenta de los síntomas y ningún estrés precipitante identificable con claridad.

### **Prevención Primaria**

#### **FOMENTO DE LA SALUD**

**CONSEJO GENETICO.-** Puede considerarse que cualquier pareja requiera de apoyo y consejo antes de iniciar el proceso de reproducción

**ATENCION AL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.-** El desarrollo adecuado de la personalidad, es tan importante, para la salud, como el desarrollo de la fisiología, ya que la inmadurez o falta de desarrollo de la personalidad es el factor numero uno de las inadaptaciones sociales.

**EXAMENES PERODICOS.-** Fomentar la conducta de la valoración periódica del estado de salud, para detectar tempranamente cualquier posibilidad de deterioro en la condición de la salud.

**EDUCACION DE LA SEXUALIDAD.-** La sexualidad y el ejercicio que de ella se hace constituye un aspecto central que contribuye a formar la personalidad del individuo. Debe

---

encaminarse básicamente a los niños y adolescentes y es responsabilidad de padres, maestro y la comunidad en general.

**PROVISION DE CONDICIONES ADECUADAS DE VIVIENDA, RECREACION Y AMBIENTE LABORAL.-** Este punto se basa en agua potable, disposición sanitaria de excretas, y basura, control de fauna nociva saneamiento de la vivienda, supresión de contaminantes ambientales, saneamiento de sitios de recreación.

### **Protección Específica**

**CONSEJOS GENETICOS:** Concientizar a la pareja acerca de la importancia de factores hereditarios que pudieran estar presente por ambas partes:

- 1.- Concientizar a los usuarios para que aprendan a planear, tratarse y orientarlos a conserjería medica para poder evitar alguna anomalía con su producto.
- 2.- Dar a conocer el como pudiera afectar a un producto durante la gestación.

**PROTECCION CONTRA RIESGOS OCUPACIONES:** Dar a conocer la importancia a que se refiere al estrés laboral, ya que este podría ser un factor importante:

Orientación acerca de lo que es el estrés laboral.

Dar a conocer las diferentes técnicas de relajación

Fomentar las relaciones humanas

Orientación acerca de las diferentes complicaciones que pudieran presentarse como son:

Drogadicción, alcoholismo e incluso el suicidio o llegar al homicidio.

---

**HIGIENE PERSONAL:** Concientizar al usuario familia la importancia de lo que es la higiene para evitar alguna proliferación de m.o., como son:

**Baño diario**

Lavado de manos antes y después de ir al baño.

Lavado de manos antes de cada comida.

Cepillado dental, después de cada comida.

Aseo de vivienda.

Aplicación de fluor para ayudar a evitar caries

**Prevención secundaria**

**Dx precoz**

Criterios para el diagnostico

Se lleva a cabo con el apoyo de historia clínica, examen mental, E.E.G. (Electro Encefalografía) y tomando en cuenta los siguientes criterios:

A).- Síntomas característicos dos (o mas) de las siguientes. Cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes:

- 1). Ideas delirantes.
- 2). Alucinaciones.
- 3). Lenguaje desorganizado descarrilamiento frecuente e incoherencia.
- 4). Comportamiento cata tónico o gravemente desorganizado.
- 5). Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

---

B).- Disfunción Social-Laboral: Durante una parte significativa de tiempo desde el inicio de la alteración, una o mas áreas importantes de la actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo.

C).- Duración persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses.

D).- Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y el estado de animo, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de animo con síntomas psicoticos se han descartado.

E).- Exclusión de consumo de sustancias y enfermedad medica. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia.

F).- Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el dx adicional de esquizofrenia solo se realizara si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes.

**Clasificación del curso longitudinal:**

Episódico con síntomas residuales interepisódicas, los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacadas, especificar si con síntomas negativos acusados.

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos continuo existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del periodo de observación.

Episodio único en remisión parcial especificar si con síntomas negativos acusados.

Episodio único en remisión total.

Otro patrón uno especificado.

Menos de un año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

### **Tratamiento oportuno**

Los objetivos generales del tratamiento son reducir la gravedad de los síntomas psicóticos, prevenir las recaídas de episodios sintomáticos y el consiguiente deterioro funcional y ayudar al usuario a alcanzar un grado óptimo de actividad dentro de lo posible:

Medicamentos antipsicóticos.- Fármacos antimicóticos convencionales (neurolepticos) se encuentran: la clpromazina, flufenizina, halaperidol, perfenazina, tioridazina, trifluoperazina. Estos medicamentos se caracterizan por su afinidad por los receptores dopaminérgicos 2; se clasifican como de potencia alta, intermedia y baja, su presentación varía, según los diversos fármacos tabletas, líquido y preparado para ministrarse I.M. de

---

acción corta o prolongada. La elección de uno u otro medicamento se basa en los efectos secundarios, la vía de ministración requerida y la respuesta previa del usuario a ese medicamento.

Hay dos medicamentos antipsicóticos convencionales como preparados depot de acción prolongada útiles para evitar el incumplimiento de la pauta del tx. Que son:

Decanoato de Haloperidol.

Decanoato de flufenazina

- Discutir con el usuario y los miembros de la familia el plan de tratamiento para obtener su implicación en el mismo.
- Informar sobre los signos y síntomas precoces de recaída para prevenir la descompensación ayuda.
- Aportar información sobre los efectos secundarios del tratamiento farmacológico.
- Estimular al usuario que represente las normas sociales (vestido, apariencia, comportamiento)
- Animar al usuario a que realice sus tareas al mayor nivel en el que razonablemente

---

pueda llevar a cabo, tanto en el trabajo como en otras actividades de la vida diaria.

- Destacar la importancia del apoyo familiar para el cumplimiento terapéutico y para conseguir una rehabilitación efectiva.
- Asistir a sus consultas periódicamente con su especialista, para llevar un control estricto, hacia su tx farmacológico y concientizarlo a cerca de:
- Fármacos antipsicóticos atípicos pueden tener afinidad selectiva por áreas cerebrales responsables de los síntomas de la esquizofrenia.
- Clozapina primer fármaco antipsicótico atípico, es eficaz en el 50% de los usuarios resistentes a la medicación convencionales.

### **Fármacos antipsicóticos atípicos más recientes.**

Risperidona, olanzapina, en la mayoría de usuarios esquizofrénicos son más eficaces y tienen menos efectos secundarios.

Para evaluar la eficacia suele hacer falta una prueba de 4 a 8 semanas.

### **La hospitalización**

A la asistencia en crisis en un hospital, alternativo puede ser necesarias durante las recaídas graves, mientras que el ingreso involuntario puede hacer falta cuando el usuario es peligroso para sí mismo o para los demás.

---

### **Tratamientos psicosociales**

La lucha por modificar de los síntomas de la esquizofrenia, par lograr una mejoría de las relaciones interhumanas y evitar los efectos del deterioro social, ha hecho que se ensayen diversas formas de tratamiento psicosocial como la terapia familiar, terapia ocupacional, la psicoeducación y algunas formas de condicionamiento operante.”**TORO 1998**”

**Psicoeducación:** Forma de tratamiento, que proporciona la información necesaria sobre la enfermedad, facilita la búsqueda de mecanismos adaptativos apropiados para la situación y permita un cambio positivo de actitud al usuario.”**TORO 1998**”

**Terapia familiar educativa:** Los objetivos son mejorar la habilidad de la familia para conocer y manejar la enfermedad del usuario. Esto parece evitar a largo plazo un mayor numero de recaídas, en los sesiones se detalla exposiciones sobre síntomas, DX, los problemas biológicos y ambientales, así como su TX farmacológico. .”**TORO 1998**”

**Terapia electroconvulsiva (tec).** En ocasiones se emplea también terapéutica electroconuusiva en usuarios esquizofrénicos que manifiestan excitación cata tónica o impulsos suicidas.”**GOLDMAN 1989**”.

Explicar que la medicación es el elemento principal del tratamiento y que servirá para prevenir las recaídas:

---

Tx farmacológico.- Medicamentos antipsicóticos convencionales: se encuentran clorpromazina, fluofenazina, haloperidol, perfenazina, tioridazina, trifluoperazina.

Antipsicóticos convencionales disponibles como preparado Depox de acción prolongada:  
Decanato de Fluofenazina , Decanato, Haloperidol

Fármacos atípicos más recurrentes: Risperidona, olanzapina

Dar información general relacionada con drogadicción, alcoholismo y suicidio, así como también orientadas a cerca de los centros de apoyo existentes.

Dar a conocer información sobre la importancia de las causas de suicidio y homicidio.

La hospitalización es necesaria cuando un usuario cae en una crisis y se torna peligrosamente homicida o suicida.

### **Prevención Terciaria.**

**Rehabilitación :** se ha buscado la manera del que el usuario no viva en la institución Psiquiátrica y en caso de que no tenga alternativa, que la institución deje de serlo para convertirse en otra forma de estancia:

1.- Comunidad terapéutica: Educar al usuario a reaprender a jugar un papel social sano.

---

2.- Hospitalización parcial(Hospitalización de día): La hospitalización parcial se ha intentado e fases diferentes de la enfermedad: En la etapa aguda durante la recuperación ,en los periodos ínter críticos.

3.-Residencia de largo plazo: Para usuarios con importantes perdidas de sus habilidades en cuanto a la autosuficiencia económica y social.

4.- la posibilidad de vivir solo: Se lleva a cabo con técnicas de entrenamiento en las habilidades sociales, aunque el usuario viva solo, se le enseña a recobrar sus habilidades para cuidarse por si solo, la toma de su medicamentos, los horarios de sus alimentos y su reposo, e incluso la conservación de su empleo en caso de los que llegaran a tenerlo."MIMEO-1995"

## Guía de valoración de acuerdo a patrones funcionales de salud de Gordon Marjoy.

### I- SECCION

#### DATOS BÁSICOS DE INGRESO:

Nombre: (siglas) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ persona para contactar  
 (nombre) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Lle  
 gó de: Hogar solo \_\_\_\_\_ Hogar con familia \_\_\_\_\_ Sin hogar \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_ (Especifique).  
 Llegada: Por su propio pié \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_  
 Motivo de su hospitalización y/o solicitud de atención \_\_\_\_\_  
 Último ingreso en el hospital Fecha \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_  
 Personales patológicos y tratamientos recibidos(desde su infancia tanto médicos y/o quirúrgicos indicados)

Personales no patológicos como (inmunizaciones, acontecimientos de su importancia del nacimiento y/o su crecimiento) \_\_\_\_\_

Heredo familiares de los padres, hermanos, tíos sobre todo enfermedades padecidas y/o causas de defunción o relacionadas con el motivo de su hospitalización o solicitud de atención de enfermería \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Llenar espacios con una X los datos que se encuentren presentes en la valoración (objetivos y subjetivos) y ampliar o describir en aquellos que requieran especificar.

#### 1. Patrón de Mantenimiento y Percepción de la Salud

- a) Historia de la salud \_\_\_\_\_
- b) Como le percibe en ese momento: Bien \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mal \_\_\_\_\_
- c) Hábitos de cuidados bucodentales 3 veces al día \_\_\_\_\_ 2 ó menos \_\_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_\_
- d) Hábitos de higiene general: Baño diario \_\_\_\_\_ Cada tercer día \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_ (Especifique)  
 Cambios de ropa al bañarse \_\_\_\_\_ Cambios de ropa sin baño \_\_\_\_\_  
 Lavado de manos Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_  
 Antes y después de comer \_\_\_\_\_ Antes y después del uso del sanitario \_\_\_\_\_
- e) Consumo de tabaco Nunca \_\_\_\_\_ Lo dejó (fecha) \_\_\_\_\_  
 Tiempo que fumo \_\_\_\_\_ < de 1 cajetilla al día \_\_\_\_\_ > de una cajetilla al día \_\_\_\_\_  
 Bebidas con contenido alcohólico Nunca \_\_\_\_\_ Tipo y cantidad al día \_\_\_\_\_  
 La semana \_\_\_\_\_ al mes \_\_\_\_\_ lo dejo (fecha) \_\_\_\_\_ tiempo que consumió \_\_\_\_\_  
 Otras sustancias No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique).  
 Presencia de alergias ( a medicamentos, alimentos, ropa, etc.) No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_  
 (Especifique) tipo de reacción \_\_\_\_\_  
 Asistencia a revisión médica (aunque no se sienta enfermo) Si \_\_\_\_\_ periodicidad \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Revisión dental Si \_\_\_\_\_ periodicidad \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Realización de ejercicio Si \_\_\_\_\_ (especifique) No \_\_\_\_\_  
 Tratamientos, remedios caseros o de otro tipo que lleva a cabo  
 No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique)  
 Conoce las causas de su hospitalización y el objetivo  
 Si \_\_\_\_\_ (especifique) No \_\_\_\_\_  
 Sigue el tratamiento y/o recomendaciones médicas o de enfermería  
 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Porqué \_\_\_\_\_
- f) Condiciones de la vivienda  
 Material de construcción \_\_\_\_\_ No. De habitaciones \_\_\_\_\_

Usos \_\_\_\_\_ ventilación natural \_\_\_\_\_ Artificial \_\_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

Iluminación: Natural \_\_\_\_\_ Artificial \_\_\_\_\_

Mobiliario acorde a las necesidades básicas Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_

Disposición de excretas en la vivienda sanitarios drenaje \_\_\_\_\_ Fosa séptica \_\_\_\_\_

Letrina \_\_\_\_\_ Pozo negro \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Ubicación del sanitario afuera de la vivienda. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Aseo diario de la vivienda Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_

Limpieza de vectores (moscas, cucarachas, roedores, etc) No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_

Control de vectores Si \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Convivencia con animales domésticos No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_

## 2. Patrón Nutricional Metabólico

Dieta y/o complementos específicos. Número de comidas al día \_\_\_\_\_ menú día típico:

Desayuno \_\_\_\_\_ Comida \_\_\_\_\_ Cena \_\_\_\_\_

Alimentos que desagradan \_\_\_\_\_

Ingesta de líquido al día \_\_\_\_\_ (especifique tipo y cantidad) \_\_\_\_\_

Apetito normal \_\_\_\_\_ Aumentado \_\_\_\_\_ Disminuido \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_

Presencia de náuseas \_\_\_\_\_ Vómito \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_

Variaciones de peso (últimos 6 meses) ninguno \_\_\_\_\_ aumentado \_\_\_\_\_ kgs.

Disminuyo \_\_\_\_\_ kgs.

Dificultades para la deglución ninguno \_\_\_\_\_ a sólidos \_\_\_\_\_ a líquidos \_\_\_\_\_

(Especifique) \_\_\_\_\_

Problemas piel y/o cicatrización ninguno \_\_\_\_\_ anormal \_\_\_\_\_ (exantemas, sequedad, exceso de transpiración etc.) Especifique \_\_\_\_\_

cuero cabelludo-cabello, cambios \_\_\_\_\_ (Especifique) \_\_\_\_\_

Estado de uñas \_\_\_\_\_ Presencia de dolor abdominal \_\_\_\_\_

Agruras \_\_\_\_\_ Distensión \_\_\_\_\_

Sólidas nasogástrica \_\_\_\_\_ succión gástrica \_\_\_\_\_

nutrición parenteral-enteral \_\_\_\_\_ gastrostomía \_\_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

## 3. Patrón de Eliminación

Hábitos de evacuación intestinal frecuencia al día \_\_\_\_\_ Fecha de última defecación \_\_\_\_\_

Dentro de los límites normales \_\_\_\_\_ uso de laxantes y supositorios \_\_\_\_\_

Presencia de estreñimiento \_\_\_\_\_ diarrea \_\_\_\_\_ hemorroides \_\_\_\_\_ sangrado \_\_\_\_\_

Ostomías (especifique) \_\_\_\_\_ incontinencia \_\_\_\_\_ flatulencia \_\_\_\_\_ aparatos auxiliares \_\_\_\_\_

Hábitos de evacuación urinaria dentro de límites normales \_\_\_\_\_

Presencia de distensión vesical \_\_\_\_\_ dolor \_\_\_\_\_ ardor \_\_\_\_\_

Retención \_\_\_\_\_ incontinencia \_\_\_\_\_ incontinencia al esfuerzo \_\_\_\_\_

Urgencia diurna \_\_\_\_\_ Urgencia nocturna \_\_\_\_\_ alteraciones(sangre, turbiedad) \_\_\_\_\_

(especifique). \_\_\_\_\_

4. Patrón de Actividad y Ejercicio.

|                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Frecuencia por semana |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| Baño/higiene                     |   |   |   |   |   |                       |
| Comer/beber                      |   |   |   |   |   |                       |
| Vestir/arreglarse                |   |   |   |   |   |                       |
| Evacuación Intestinal<br>Vesical |   |   |   |   |   |                       |
| Caminar                          |   |   |   |   |   |                       |
| Limpieza/Arreglo del hogar       |   |   |   |   |   |                       |
| Ir de compras                    |   |   |   |   |   |                       |
| Cocinar                          |   |   |   |   |   |                       |
| Subir escaleras                  |   |   |   |   |   |                       |
| Movilizarse en cama              |   |   |   |   |   |                       |
| Trabajar                         |   |   |   |   |   |                       |
| Ejercicio (especificar)          |   |   |   |   |   |                       |

**Nota:** Valorar capacidad de realización con los siguientes valores que al ser detectados marcará con una X en la casilla que corresponda.

|                            |                             |                   |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------|
| 0= Independiente           | 1= Con aparato auxiliar     | 2= Ayuda de otros |
| 3= Ayuda de otros y equipo | 4= Dependiente/incapacitado |                   |

Observar presencia de: Estado de función cardiaca: palpitaciones aumento o disminución de la T/A, marcapasos, etc.

De función pulmonar: Cambios en patrón respiratorio, movimientos, expansión torácica, fatiga, Disnea (preguntar en relación a que).

De estado vascular periférico, red venosa, distensión yugular, fragilidad capilar (antecedentes de Equimosis, hematomas, catéter vascular sitios y motivos)

Estado neuromuscular: dolor, fracturas, calambres, disminución de la sensibilidad, ausencia de algún miembro o parte de él, limitación del movimiento.

5. Patrón de Sueño y Descanso

Hábito: horas de sueño nocturno \_\_\_\_\_ horario de sueño \_\_\_\_\_

Siesta: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Especifique tiempo)

Apoyos para dormir (medicamentos, música, luz, etc.) especifique \_\_\_\_\_

Presencia de cambios de humor \_\_\_\_\_ bostezos \_\_\_\_\_ ojeras \_\_\_\_\_  
(Especifique) \_\_\_\_\_

6. Cognitivo-Perceptivo

Audición: dentro de los límites normales \_\_\_\_\_ afectación \_\_\_\_\_ sordera \_\_\_\_\_ zumbidos \_\_\_\_\_

Auxiliares auditivos \_\_\_\_\_ (en todos especifique derecho-izquierdo)

Vértigo Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ molestias y/o dolor: ninguna \_\_\_\_\_ agudo \_\_\_\_\_ crónico \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_

Control de dolor y/o molestias \_\_\_\_\_ (especifique).

Visión: dentro de los límites normales \_\_\_\_\_ afectación \_\_\_\_\_ ceguera \_\_\_\_\_ prótesis \_\_\_\_\_

Auxiliares externos \_\_\_\_\_ (especifique que tipo izquierdo, derecho)

Olfato: Problemas para distinguir olores \_\_\_\_\_ (especifique)

Memoria: intacta \_\_\_\_\_ alteración \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

\*(estimar con: repetición de mesa = 0, León=1, Guantes=2 total 3 puntos)

Orientación intacta \_\_\_\_\_ alteración \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

\*(estimar con: contesta su nombre=0, el día=1, lugar=2 total 3 puntos)

lenguaje: tono de voz \_\_\_\_\_ fluidez en discurso \_\_\_\_\_ alteraciones \_\_\_\_\_ (especifique)

Cambios en sensibilidad \_\_\_\_\_ (especifique)

**Nota:** Si tiene menos de 6 puntos reporte y considere "Riesgo de lesiones o accidentes", manera de aprender (leyendo, escuchando, con dibujos, etc.) \_\_\_\_\_ Especifique

Dificultad para tomar decisiones: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Especifique)

**7. Patrón Autopercepción y Concepto de Sí mismo**

Preocupaciones fundamentales en relación a hospitalización y/o enfermedad (económicas, autocuidado, de empleo, amputaciones, cicatrices) \_\_\_\_\_ Especifique

Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste \_\_\_\_\_

(Especifique)

Descripción como persona; alegre \_\_\_\_\_ seria \_\_\_\_\_ temerosa \_\_\_\_\_ optimista \_\_\_\_\_ irritable \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_ (Especifique)

Conformidad con lo que es \_\_\_\_\_

Pérdida de interés por las cosas No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Especifique.

Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Especifique)

Pérdidas y/o cambios importantes en el último año No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (Especifique)

Que le ayudaría a sentirme mejor en éste momento \_\_\_\_\_ (Especifique)

**8. Patrón de Rol-relaciones**

Profesión y/o ocupación \_\_\_\_\_ situación actual; empleado \_\_\_\_\_

Desempleado \_\_\_\_\_ Incapacidad temporal \_\_\_\_\_ pensionado \_\_\_\_\_

Sistemas de apoyo: (con quien vive) cónyuge \_\_\_\_\_ vive solo \_\_\_\_\_ vecinos \_\_\_\_\_ amigos \_\_\_\_\_

Vive con familia \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_ (Especifique)

Papel que desempeña en la familia dependiente \_\_\_\_\_ proveedor \_\_\_\_\_ cuidador \_\_\_\_\_ algún problema por ello \_\_\_\_\_ (Especifique)

Dificultad para comunicarse No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ (Especifique)

Correspondencia de la comunicación verbal con la no verbal al comunicarse Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (especifique)

se observa expresiones faciales acordes con lo que comunica Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (especifique)

**9. Patrón de Sexualidad-Reproducción**

Expresa algún cambio en las respuestas sexuales por la enfermedad. No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique)

satisfecho con el número de hijos procreados Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (especifique)

prácticas de autoexamen mamario mensual Si \_\_\_\_\_ -No \_\_\_\_\_

examen Cervico vaginal/prostático mensual Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ fecha del último \_\_\_\_\_

algún problema detectado No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique)

presencia de: flujos No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique) Embarazada No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique tiempo)

prácticas de seco seguro Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (uso de condón, una sola pareja, abstinencia total)

**10. Patrón de Afrontamiento-tolerancia al estrés**

Expresión habitual de la tensión o preocupación (llanto, ira, congoja, molestias físicas) \_\_\_\_\_ (especifique)

acciones que realiza para controlar la tensión o la ira (beber alcohol, leer, comer, fumar, tomar medicamentos, café, etc.) Especifique \_\_\_\_\_

**11. Patrón de valores y creencias**

Prácticas de alguna religión No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique cual)

Restricciones por su religión No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Cuales \_\_\_\_\_

Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique cual)

Valores morales más importantes \_\_\_\_\_ (describa)

## II. SECCIÓN

### EXAMEN FÍSICO (Valoración objetiva)

1. Aspecto general Edad real \_\_\_\_\_ edad aparente \_\_\_\_\_  
Aliñada Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Facies (dolor, angustia, aprensión) \_\_\_\_\_ (especifique)  
Estado de ánimo \_\_\_\_\_ (especifique)  
Estado de conciencia \_\_\_\_\_ Inconciencia \_\_\_\_\_  
Responde a preguntas (colaborador) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Postura adoptada \_\_\_\_\_ (erguida, semierguida, movimiento respectivos, gestos, etc.)
2. Signos vitales Temperatura \_\_\_\_\_ °C  
Pulso \_\_\_\_\_ (especificar características)  
Respiraciones \_\_\_\_\_ (especificar características)  
TA \_\_\_\_\_
3. Respiratorio/circulatorio  
Movimientos respiratorios expansión torácica Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Especifique \_\_\_\_\_  
Auscultación de campos pulmonares Sonidos normales presentes \_\_\_\_\_  
Anomalías Ausentes \_\_\_\_\_ (Especificar en ambos, lado izquierdo, derecho)  
Tos No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_
4. Patrón nutricional metabólico  
Peso real \_\_\_\_\_ Kg. Peso ideal \_\_\_\_\_ Kgrs. Talla real \_\_\_\_\_ mts.  
Piel color \_\_\_\_\_ lesiones \_\_\_\_\_ cicatrices \_\_\_\_\_ edema \_\_\_\_\_ estado de uñas \_\_\_\_\_  
Cabeza cuero cabelludo hidratado \_\_\_\_\_ prurito \_\_\_\_\_ zonas dolorosas \_\_\_\_\_  
(especifique si hay alteraciones)  
Mucosas bucofaringeas Integra \_\_\_\_\_ color \_\_\_\_\_ lesiones \_\_\_\_\_ hidratada \_\_\_\_\_  
Obstrucción \_\_\_\_\_ presencia de cánulas, mascarillas, catéter \_\_\_\_\_ (especificar)  
Piezas dentarias Integras Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (especificar)  
Higiene adecuada Si \_\_\_\_\_ -No \_\_\_\_\_ (especificar)  
Abdomen forma \_\_\_\_\_ simetría \_\_\_\_\_ masas \_\_\_\_\_ dolor \_\_\_\_\_ distensión \_\_\_\_\_ ruidos \_\_\_\_\_  
Peristálticos \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_ (especificar todos los hallazgos)
5. Patrón de eliminación  
Intestinal y Urinario  
Defecaciones Frecuencia \_\_\_\_\_ características normal Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(especificar, duras, semilíquidas, líquidas, con sangre, parásitos, etc.)  
Región perianal integra \_\_\_\_\_ con lesiones \_\_\_\_\_ (describir) \_\_\_\_\_  
Orina Frecuencia \_\_\_\_\_ característica normal Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(especificar cantidad, sangre, color, turbiedad, etc.)  
Dolor a la micción No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ ardor \_\_\_\_\_  
Presencia de sondas u otros dispositivos (especificar) \_\_\_\_\_

**Nota:** Inspección y auscultación de región genital en caso de detección de algunas señales o la alteración de éste patrón.

6. Patrón cognitivo-perceptivo

Visión-Audición y Olfato. Visión normal 20/20(6mts) \_\_\_\_\_ disminuida(especificar) \_\_\_\_\_  
Ojo derecho \_\_\_\_\_ ojo izquierdo \_\_\_\_\_ reflejos pupilares presentes y simétricos en  
ambos ojos \_\_\_\_\_ asimétricos(especificar O.D O.I) \_\_\_\_\_  
ojos limpios \_\_\_\_\_ secreciones \_\_\_\_\_ (describir)  
oído externo íntegro \_\_\_\_\_ (especificar derecho-izquierdo)  
Alteraciones \_\_\_\_\_ (especificar)  
Limpios Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (especificar)  
Audición íntacta al susurro/prueba de diapason Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Olfato íntacto a la prueba del olor y reflejo de estornudo (alcohol y pluma de algodón)  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Alteración \_\_\_\_\_ (especificar)

7. Patrón Actividad-Ejercicio Muscular/Esquelético

Capacidad de movilización Completa \_\_\_\_\_ Incompleta \_\_\_\_\_ (describir)  
Marcha estable \_\_\_\_\_ inestable \_\_\_\_\_ con aditamentos \_\_\_\_\_ especificar)  
Fuerza en manos igual \_\_\_\_\_ fuerte \_\_\_\_\_ débil \_\_\_\_\_ piernas, igual \_\_\_\_\_  
Fuerte \_\_\_\_\_ débil \_\_\_\_\_ (especificar)  
Ausencia de miembro \_\_\_\_\_ total \_\_\_\_\_ parcial(describir donde y tipo \_\_\_\_\_  
Parálisis \_\_\_\_\_ especificar (lugar y magnitud)  
Lesiones en sitios de presión \_\_\_\_\_  
(describir tipo y magnitud valorando desde occipucio hasta talón de aquiles)

**III. SECCIÓN**

**DATOS OBJETIVOS FUENTES SECUNDARIAS** (En relación con patrones funcionales de salud)

1. Patrón Nutricional-Metabólico

Resultados de exámenes de laboratorio; biometría hemática, química sanguínea, glucemia,  
Otros \_\_\_\_\_ (listar)

2. Patrón de eliminación intestinal Exámenes: coproparasitoscópico, coprocultivo, guacayo, otros

Urinario; exámenes, general de orina, urocultivo, , creatinina, urea, nitrógeno, V.U electrolitos,  
otros \_\_\_\_\_ (listar)

3. Patrón de Actividad-Ejercicio

Exámenes; enzimas cardiacas, gases arteriales, p. de coagulación, otros \_\_\_\_\_  
(prueba de esfuerzo, Glasgow, EKG, pruebas de función pulmonar)

4. Resultados de estudio citológicos, patológicos, y/o de imagenología (papanicolau, biopsias, exudados, Rx, TAC, ultrasonidos, etc, etc) se anotarán las interpretaciones que halla descrito el profesionalista que lo realizó y/o quién firme el documento consultado.

Adaptado por: Enf. Martha L. Rendón Olguin 1997  
Diseño por: Carpenito, Marjory Gordón (1998)  
Alfaro M. Y Lic. Rodríguez V. Y Galindo Cruz (1994)  
UANL.Monterrey