

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, asilamiento y retraimiento. . "CORREO ELECTRONICO MANUEL MERCK".

ESTADO CIVIL: La mayor prevaencia, 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 SENSORIALES: 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 si 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 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, semi erguida, 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 Integra 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 íntegra al susurro/prueba de diapason Si _____ No _____
Olfato íntegro 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 cardíacas, 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