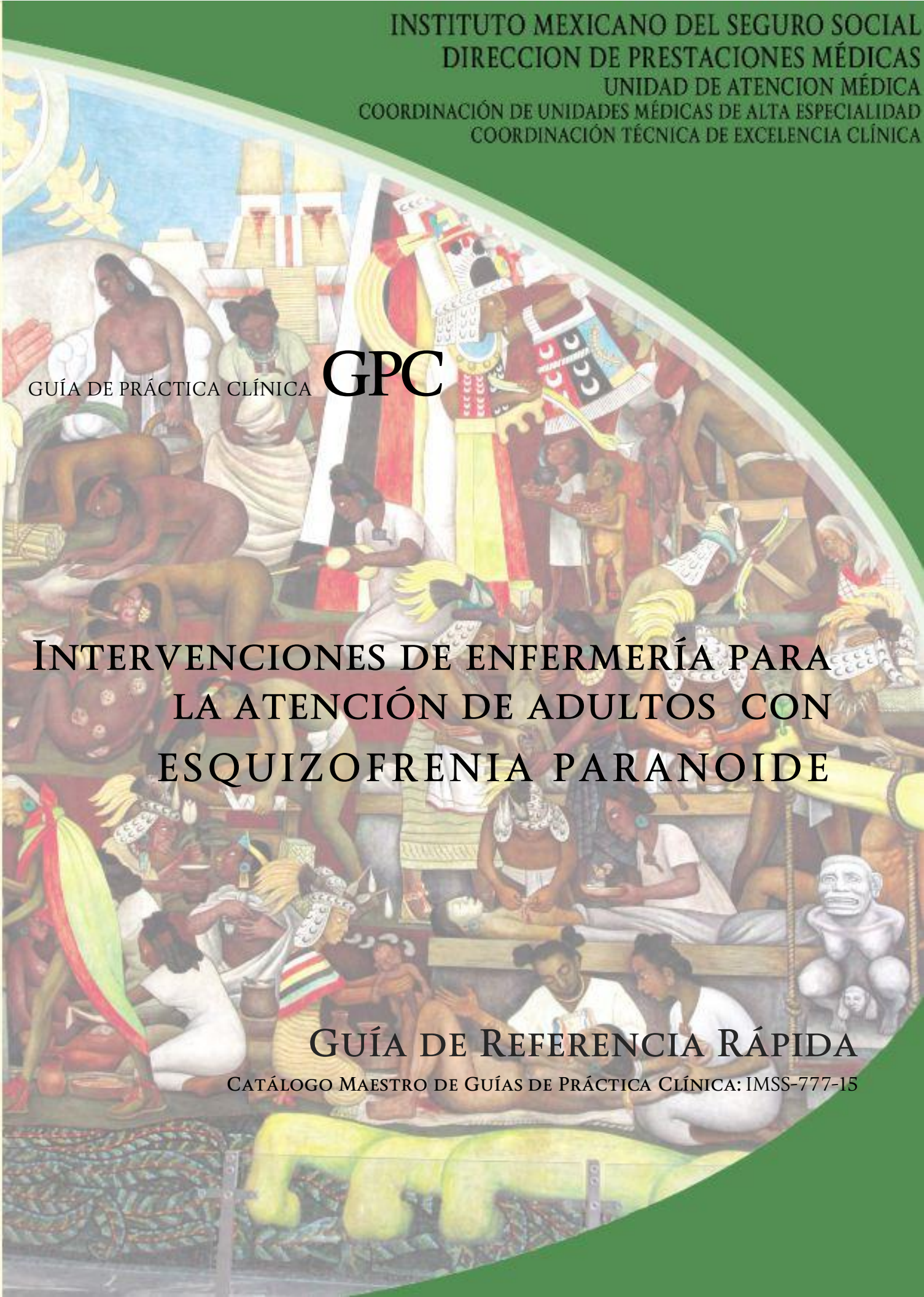
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Intervenciones de enfermería para la atención de adultos con esquizofrenia paranoide

Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-777-15

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

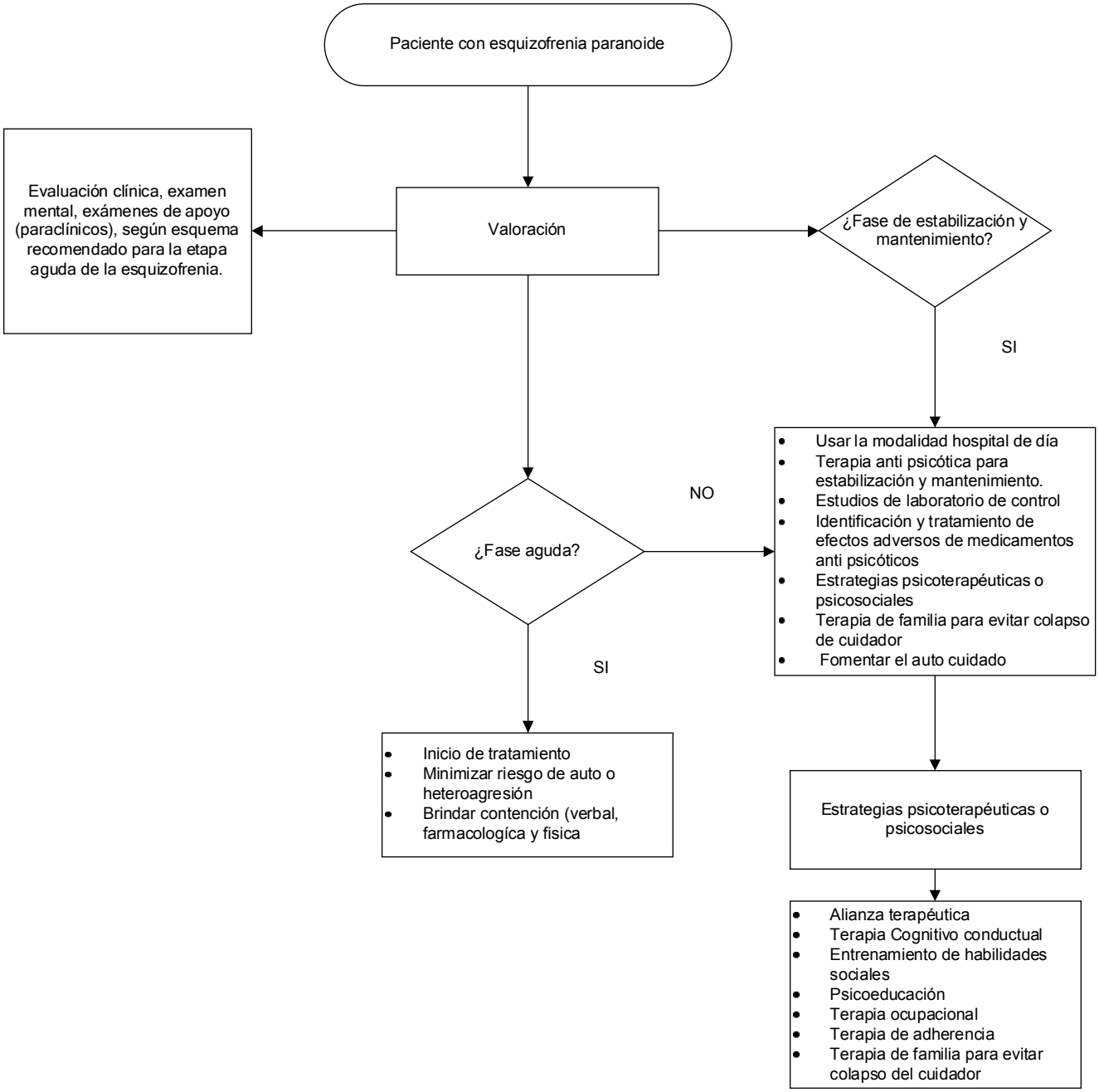
Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
2015

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Intervenciones de enfermería para la atención de adultos con esquizofrenia paranoide**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:
http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc
http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html

ISBN en trámite

1. Diagramas de Flujo



2. Intervenciones de enfermería

VALORACIÓN

Recomendación Clave	GR*
El proceso de evaluación diagnóstica debe incluir al menos las siguientes intervenciones: • Evaluación clínica, (Ver cuadro 1) • Examen mental, • Exámenes de apoyo (paraclínicos), según esquema recomendado para la etapa aguda de la esquizofrenia (ver cuadro 3)	**D** **NICE** *Aragón F., 2014*
Evaluar al paciente utilizando el sistema de valoración por patrones funcionales de salud para identificar signos positivos o negativos.	**Punto de buena práctica**

INTERVENCIONES EN FASE AGUDA

Recomendación Clave	GR*
Por ser considerada como urgencia psiquiátrica realizar monitoreo de constantes vitales y vigilancia estricta.	**D** **NICE** *Estévez R., 2011*
Las intervenciones de enfermería en el abordaje y tratamiento de esquizofrenia en etapa aguda son: seguridad, contención verbal, contención farmacológica y contención física	**D** **NICE** *Estévez., 2011*
El uso de la restricción física debe ser el último recurso y se aplica solo por tiempo limitado, en tanto la medicación utilizada hace su efecto. (Ver cuadro 2)	**A** **AMP** *Verduzco W, 2014*
En usuarios con agitación se recomienda realizar vigilancia continua, reconocimiento de síntomas positivos, considerar aislamiento y notificar inmediatamente al médico.	**B** **NICE** *Gómez E., 2012*
Durante el uso del aislamiento se recomienda: • Observación continua del paciente • Reevaluación simple y documentación del estado físico y mental del paciente cada 15 minutos • Examen neurovascular de sus extremidades; determinar si está restringido cada hora	**D** **NICE** *Escobar F, 2010*

*Grado de Recomendación

• Ponderar la necesidad de nutrición. Las comidas se llevarán en vasos y platos de plástico y cuchara. NO LLEVAR TENEDOR NI CUCHILLO. • Permanecer con el paciente mientras come para evitar atragantamientos, aspiraciones, etc. • Tomar y registrar los signos vitales por lo menos cada 4 horas.	
Verificar la existencia del consentimiento informado del paciente o familiar responsable.	**D** **NICE** *Escobar F, 2010*

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA VIOLENTA

Recomendación Clave	GR*
A los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia que presentan agitación psicomotora o agresividad y que no respondan a las medidas de persuasión se les debe dar manejo farmacológico parenteral y considerar contensión físca o aislamiento.	**Fuerte** **GRADE** *Gómez C.,2014*
Para el manejo farmacológico del adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación, se recomienda cualquiera de las siguientes alternativas de primera línea: haloperidol más benzodiacepina parenteral, benzodiacepina parenteral sola o haloperidol solo.	**Fuerte** **GRADE** *Gómez C., 2014*
En instituciones que cuenten con psiquiatra las 24 horas se puede considerar el uso de ziprasidona como medicamento de segunda línea para el manejo farmacológico del adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación.	**Débil** **GRADE** *Gómez C., 2014*
Al preparar y administrar un medicamento verificar que sea correcto el paciente, el medicamento, la dosis, la vía y el horario.	**Punto de buena práctica**

EXAMENES PARACLÍNICOS AL INICIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y DURANTE EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS

*Grado de Recomendación

Recomendación Clave	GR*
Los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia que reciben tratamiento con antipsicoticos se les debe evaluar con exámenes paraclínicos de manera periódica	**Fuerte GRADE** *Gómez C., 2014*
Todo paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia requiere una evaluación clínica antes de iniciar el tratamiento farmacológico que incluya glucemia en ayunas, perfil de lipidos, hemograma y transaminasas	**C NICE** *Gómez C., 2014*
Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que reciben manejo farmacológico con clozapina se les debe solicitar hemograma: • Antes de iniciar el tratamiento • Semanal durante los tres primeros meses • Mensual hasta el año • Cada 6 meses a partir de un año	**Fuerte GRADE** *Gómez C., 2014*
A los adultos con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento con clozapina, si se evidencia en tres cuadros hemáticos sucesivos una disminución progresiva de los leucocitos, se debe realizarse un hemograma cada 72 horas hasta que aumente el recuento.	**Fuerte GRADE** *Gómez C., 2014*

EFECTOS ADVERSOS POR USO DE ANTIPSICÓTICOS

Recomendación Clave	GR
Se recomienda la detección inicial y el seguimiento permanente de la evolución de la ganancia de peso significativa, dislipemia y diabetes	**B NICE** *Sáez de Adana E., 2014*
Cuando el adulto con diagnóstico de esquizofrenia presenta un incremento de peso por encima del límite de IMC de 25 kg/m2 secundario al uso de antipsicóticos, se recomienda acompañamiento psicoterapéutico por pscología y por nutricionista para el manejo del sobrepeso.	**Fuerte GRADE** *Gómez C., 2014*
El uso de benzodiacepinas durante un período de seguimiento corto puede reducir los síntomas de acatisia inducida por antipsicóticos.	**Débil GRADE** *Gómez C., 2014*

*Grado de Recomendación

Considerar la prescripción y adminsitración de biperideno intramuscular para el tratamiento de la distonía aguda inducida por antipsicóticos.	**Débil GRADE** *Gómez C., 2014*
Para el tratamiento de la distonía y el efecto extrapiramidal inducida por antipsicóticos en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia, se considerá la utilización de biperideno 2 mg por vía oral.	**Punto de buena práctica**
La monitorización de este intervalo con realizaciones periódicas de ECG pueden ser necesarias en los pacientes en tratamiento con estos fármacos	**B NICE** *Sáez de Adana E., 2014*

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR EL CANSANCIO DEL CUIDADOR

Recomendación Clave	GR*
Evaluar la sobrecarga del cuidador aplicando la escala de Zarit (Ver cuadro 4)	**C NICE** *Caqueo A., 2012*
El cuidador debe ser tomado en cuenta como un usuario que también requiere de atención y no solo ser visto/a como un agente colaborador para la atención de su paciente.	**D NICE** *Jofré V.,2010*
Brindar apoyo profesional e institucional para el familiar, el manejo de crisis, atención integral y de grupos de apoyo.	**D NICE** *Rascón M.,2014*
Los familiares de pacientes con esquizofrenia requieren estar informados de las medidas que deben tomarse en caso de una crisis o recaída de sus pacientes.	**D NICE** *Rascón M.,2014*
Informar a familiares del riesgo que presentan de tener sobrecarga del cuidador o de desarrollar alguna psicopatologia.	**Punto de buena práctica**

*Grado de Recomendación

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA AUTOCUIDADO EN FASE DE MANTENIMIENTO

Recomendación Clave	GR*
Emplear estrategias para evaluar la adherencia como: el registro de la administración de medicamentos y la impresión clínica del paciente.	**C** **NICE** *García I., 201*
Concientizar a los familiares y al enfermo sobre su padecimiento, explicándoles todas sus dudas sobre la enfermedad.	**D** **NICE** *Salinas E, Nava ME., 2012*
El personal de enfermería debe fortalecer los aspectos positivos de la relación terapéutica con los familiares de los pacientes a través de talleres y charlas alusivas en relación a la promoción de la salud.	**D** **NICE** *Sifuentes A., 2011*
Se les recomienda disminuir o abandonar el consumo de tabaco	**D** **NICE** *Bobes J.,2012*
Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida, que puedan consumirse fácilmente, en intervalos adecuados, rico en fibra.	**B** **NICE** *Gil F.,2014*

ESTRATEGIAS PSICOTERAPÉUTICAS O PSICOSOCIALES EFECTIVAS EN LA FASE DE MANTENIMIENTO

Recomendación Clave	GR*
Establecer alianza terapéutica con el usuario, considerando • Acuerdo en los objetivos de la terapia • Acuerdo en las tareas de la terapia • Vínculo emocional entre terapeuta y paciente	**B** **NICE** *Botella L., Corbella S., 2011*
A los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia se les debe ofrecer manejo psicoterapéutico orientado a la familia y dirigidoa a la psicoeducación.	**Fuerte** **GRADE** *Gómez C., 2014*

*Grado de Recomendación

Entre las modalidades psicoterapéuticas para el manejo de los adultos con diagnóstico de esquizofrenia se recomienda ofrecer psicoeducación, terapia cognitivo-conductual, entrenamiento en habilidades sociales e intervenciones familiares.	**Fuerte GRADE** *Gómez C., 2014*
Se sugiere el uso de terapia ocupacional para el manejo del adulto con diagnóstico de esquizofrenia en el contexto hospitalario o en el ambulatorio.	**B NICE** *Gómez C., 2014*
Utilizar estrategias individuales y grupales que tienen que ver con la Remotivación y Grupo de Remotivación.	**D NICE** *Salgado M, 2013*

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

Cuadro No. 1 Curso de la esquizofrenia

FASE	CUADRO CLÍNICO
Fase aguda	Síntomas psicóticos graves, como delirios o alucinaciones, y pensamiento gravemente desorganizado. No se es capaz de cuidar de sí mismo de forma apropiada. Los síntomas negativos pasan a ser más intensos.
Fase de estabilización o poscrisis	Se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de seis meses o más tras el inicio de un episodio agudo (o crisis)
Fase estable o de mantenimiento	La sintomatología puede haber desaparecido o es relativamente estable; en el caso de que persista, casi siempre es menos grave que en la fase aguda. Síntomas como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los síntomas negativos (déficits) o los positivos como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, ilusiones en vez de alucinaciones o ideas sobrevaloradas en vez de delirios). Las características de esta fase recuerdan los pródromos, predominan síntomas afectivos.

Fuente: Gómez C. Guia de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación de los adultos con esquizofrenia, 2014

*Grado de Recomendación

Cuadro No. 2 Contención terapéutica

Es una técnica ampliamente utilizada por el personal de enfermería en los hospitales bajo prescripción médica.

Es ésta un aspecto controversial en relación a los derechos humanos y libertades civiles, es por ello y manteniendo siempre como principales objetivos la preservación de la integridad del paciente y de terceros, que las contenciones mecánicas o aislamiento deben aplicarse con suma discreción y con las máximas garantías de seguridad.

Ante la desorganización psicótica de un paciente o un evento de agitación psicomotriz, la principal acción de enfermería es procurar brindar contención verbal, de no ser posible, únicamente considerar la contención mecánica o aislamiento como último pero factible recurso a emplear como parte de la terapéutica psiquiátrica.

Indicaciones

- Usuario con conducta agresiva que signifique riesgo para el mismo, para el personal sanitario, familiares u otras personas.
- Cuando la agresividad no es controlada con la contención verbal o medicamentos.

Principios Generales

Aunque no hay una normatividad que regule la actuación ante situaciones de violencia (muchas veces se improvisa), estos principios generales son aplicables en cualquier situación.

- Ejecutar la contención con un mínimo de cinco personas
- Al dirigirse al paciente deberá emplearse un tono firme y comprensivo
- Disponer de planes de acción previos
- Evitar público presente
- Retirar al paciente y al personal de todos los objetos peligrosos (gafas, relojes, pulseras, aretes, etc.)
- La contención se realizara solo si el usuario muestra signos de violencia
- Cada una de las extremidades será sujetada por un miembro del equipo
- La contención debe de permitir la administración de medicamentos
- Disponer de sedantes parenterales
- Nunca emplear la contención como castigo
- El personal no deberá mostrar cólera
- Mantener una actitud amable, respetuosa, evitando golpearlo o someterlo a posturas humillantes
- Se sujetaran las extremidades en la zona más distal
- La contención siempre deberá ser prescrita por el médico
- Se debe registrar la razón de la contención, la duración, el curso del tratamiento y la respuesta del paciente
- Emplear sistemas homologados de contención física.

*Grado de Recomendación

Recomendaciones y medidas de seguridad

- Procurar obtener la cooperación del usuario. De no ser posible, obtener su atención.
- Intervenir cuando esté presente un número suficiente de personas (cinco), se informara al resto de los compañeros, el personal se colocara a una distancia adecuada. Se le informara al usuario que está perdiendo el control pero se le va a ayudar si él lo desea. Todo ello en un tono firme pero comprensivo
- Contar con un plan de acción pre acordado
- Tener la preparación necesaria: el personal no capacitado debe retirarse dando espacio a quienes realizaran la contención, quienes tendrán que retirar de sí mismos y del usuario de todo objeto peligroso, para la integridad física de ambos (gafas, relojes, pulseras, pendientes, etc.)
- Evitar la presencia de espectadores, pues el usuario puede adoptar una posición más heroica que la que tendría al estar solo. Además de que aumentaría la ansiedad en los demás pacientes (especialmente en aquellos paranoides)
- Identificar el momento de la intervención: cuando muestre signos de violencia inmediata o ejecute actos violentos contra objetos; si observa personas cercanas actuara contra ellas. El momento indicado será: mientras destruye los objetos cuando se detiene a recuperar fuerzas
- El número de personas será de cinco; es importante que el grupo sea lo más numeroso posible, porque una demostración de superioridad numérica puede ser suficiente para interrumpir la acción. Cada uno de las extremidades será sujetada por un miembro del equipo
- El personal será en todo momento profesional, no mostrara cólera, ni afán de castigo; la actitud será enérgica pero amable, respetuosa, evitando golpearle o someterlo a posturas humillantes; se actuara impidiéndole el movimiento; hay que evitar insultos, blasfemias.
- Contar con los elementos imprescindibles para la contención tales como correas, sabanas, muñequeras, etc.
- Para realizar la contención cada miembro del personal tiene asignada una extremidad. Se deben evitar los huesos largos y el tórax, por riesgo de lesiones. Se sujetaran las extremidades en la zona más distal.
- Siempre debe estar autorizado por un médico, aunque sea de forma verbal, pero de preferencia por escrito en la hoja de prescripciones médicas.
- Se debe registrar minuciosamente la razón de la contención, la duración, el curso del tratamiento y la respuesta del paciente mientras este sujeto.

Técnica de la contención física

- Informarle al paciente los motivos por los cuales se le va a sujetar
- Contar con cinco personas como mínimo para realizar el procedimiento
- Un integrante deberá de mantener siempre comunicación verbal y contacto visual con el paciente, buscando la manera de calmarlo.
- Las extremidades inferiores deberán de sujetarse a nivel de los tobillos, extendidas y ligeramente abiertas
- Las extremidades inferiores se colocaran al lado del cuerpo, los cuales se sujetaran por la muñeca y las tiras al travesero de la cama
- El tronco se debe sujetar firmemente a la cama con la correa más ancha, cuidando que no esté floja o apretada ya que podría deslizarse por ella y ahorcase, o dificultarle la respiración
- Colocar la sujeción de manera que permita la administración de líquidos o alimentos orales
- Mantener la cabeza del usuario ligeramente levantada para disminuir el sentimiento de indefensión y reducir la posibilidad de bronco aspiración
- Verificar de manera periódica la sujeción, garantizando la seguridad y comodidad del usuario
- Si es necesario se prescribirán y administraran antipsicóticos

*Grado de Recomendación

- Eliminar las restricciones a intervalos de cinco minutos, una vez que el usuario este bajo control, hasta que tenga solo dos. Estas se retiraran simultáneamente, aplicándolas el menor tiempo posible.
- En virtud de que la pérdida de control y la contención mecánica puede resultar penosa para el paciente es necesario:
- Mantener la dignidad y la autoestima
- Preservar la intimidad del paciente
- Explicar la situación a los otros pacientes sin revelar la información que el paciente considero confidencial
- Mantener contacto verbal con intervalos regulares mientras se halle despierto
- Asignar a un auxiliar procurando que sea del mismo sexo del usuario para que se ocupe de sus cuidados personales
- Implicar al usuario en planes para poder finalizar la sujeción mecánica
- Desacostumbrar progresivamente al usuario a la seguridad que supone un entorno de aislamiento
- Comprobar las constantes vitales periódicamente
- Ayudar al usuario en la higiene personal
- Proporcionarle cómodo u orinal
- Regular y controlar la temperatura de la habitación
- Realizar los cambios posturales necesarios
- Almohadillar las sujeciones
- Ofrecer alimentos y líquidos
- Observarle frecuentemente y retirar todos los objetos peligrosos de su entorno

Cuadro No. 3 Estudios paraclinicos y su perioricidad

ESTUDIO	PERIORICIDAD
Perimetro abdominal	Al inicio del tratamiento Primer año cada tres meses Del segundo en adelante, dos veces al año.
Glucemia en ayunas	Al inicio del tratamiento A los tres meses si hay cambio en el tratamiento Cada seis meses para pacientes menores de 45 años de edad Anual para mayores de 45 años de edad
Perfil de lipidos Colesterol total (LDL, HDL y trigliceridos)	Al inicio del tratamiento Cada seis meses para antipsicoticos atipicos Control anual para otros antipsicoticos
Hemograma	Al inicio del tratamiento Recomendación especifica para clozapina
Transaminasas	Según instrucciones de uso de los diferentes farmacos
EKG	Al inicio del tratamiento y una vez al año

Fuente: Gómez C. Guia de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación de los adultos con esquizofrenia, 2014

*Grado de Recomendación

Cuadro 4 Escala para valorar la sobrecarga del cuidador

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)		
Ítem	**Pregunta a realizar**	**Puntuación**
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Fuente: tomada de Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20:649-655.

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

*Grado de Recomendación