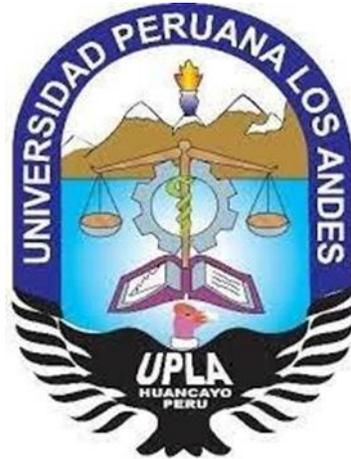


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TITULO : **PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE ADOLESCENTE CON DIAGNOSTICO DE EZQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL “VICTOR LARCO HERRERA”- 2021.**

Para optar el : Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autora : Bach. Jeny Liset Perez Ramaycuna

Asesora : Mg. Tania Luz Vilchez Cuevas

Líneas de Investigación Institucional: Salud y gestión en salud

Lugar de investigación: Hospital Víctor Larco Herrera.

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

EL PRESENTE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Se detalla el caso clínico de una adolescente de 17 años de edad, hospitalizada en la institución de salud mental Hospital Víctor Larco Herrera – Lima - 2021, con diagnóstico de esquizofrenia (F20.0) cuyo objetivo es la aplicación del PAE en sus diferentes etapas, apoyados con intervenciones de enfermería en la recuperación del estado mental, con participación del equipo multidisciplinario especializado del profesional de Enfermería en el campo de la Salud Mental, (1).

En tiempo de pandemia de COVID-19, se han impuesto medidas de confinamiento y toque de queda, estas condiciones de vida se ven alteradas y tienen consecuencias significativas en la salud mental, presentándose estrés o miedo factores que favorecen la aparición de síntomas de ansiedad, depresión, trastornos de conducta, por lo tanto, aún más en los pacientes psiquiátricos quienes se vieron más afectados, por lo que no tuvieron acceso a sus controles médicos de psiquiatría, siendo un obstáculo para que su estabilización se vea mermada, acarreando hospitalizaciones de emergencia en gran magnitud de pacientes especialmente de esquizofrenia y con otros trastornos mentales (2).

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), la esquizofrenia se presenta en más de 24 millones de pacientes a nivel global, siendo estudiada aun con los medios terapéuticos y farmacológicos de carácter incurable, teniendo sintomatologías que pueden ocasionar consecuencias tanto para la familia, paciente y comunidad; por ello, es fundamental su

adherencia al tratamiento de por vida; sin embargo, de no hacerlo tendrá recaídas, como distorsiones de la percepción, pensamiento y emociones, este trastorno es frecuente en hombres 12 millones y mujeres 9 millones, más específicamente en la adolescencia (3).

Se estima la prevalencia en Europa 1.7%, América del Norte 1.5%, América del Sur 1.4%, Asia 1.3% y África 1.2%; presentando un comportamiento agresivo que la población general; es decir, ejercían una fuerza física, un comportamiento hostil o destructivo, incluida la agresión tanto verbal como física, así como la autoagresión o contra otros (4).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), evidencia que la esquizofrenia a nivel latinoamericano, el 20% de los pacientes intentan suicidarse, con una tasa de prevalencia de por vida del 5% al 6% de suicidio consumado, lo que convierte en un trastorno potencialmente mortal; sin embargo, la mayoría mueren por causas naturales y tienen una tasa de mortalidad de dos a tres veces mayor que la del resto de la población; afecta a los pacientes en la juventud; mayormente se presenta entre los 17 a 20 años en ambos sexos, en un porcentaje más pequeño de incidencia se observa en los 40 años presente en mujeres (5).

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), reporta que 280 mil peruanos con esquizofrenia, solo 62% reciben tratamiento; es decir, no cuentan con la disponibilidad de ser atendidos, por ser escasos las instituciones especializadas, tanto públicas como privadas; que solo existen en la capital, siendo el Hospital Víctor Larco Herrera, Hospital Hermilio Valdizán y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi; asimismo, su disponibilidad no se encuentra fuera de Lima; a su vez existe una carencia de sistemas de atenciones médicas y rehabilitación dificultan significativamente que se aborde el tratamiento y control eficazmente, por escasos profesionales de salud mental (6).

En Lima en el Hospital Víctor Larco Herrera; acceden usuarios de diferentes estratos socioeconómicos para recibir atención en psiquiatría, según los reportes estadísticos de hospitalización, son más frecuentes pacientes diagnosticados con esquizofrenia, con

prevalencia de mujeres 57% y hombres 43%, incrementándose ingresos de manera creciente por contagios, por la pandemia; además, por cierre temporal del servicio de los hospitales Hermilio Valdizán e Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (7).

El trabajo de suficiencia profesional fue aplicado en una paciente adolescente con diagnóstico de esquizofrenia en el Servicio Psiquiatría de Mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera, la cual se aplicó el Proceso-de-Atención-en-Enfermería, que se centra en valorar la sintomatología, y comportamientos anormales en los afectados, y así cubrir necesidades con intervenciones de enfermería para estabilizar su enfermedad.

El caso clínico consta de: Capítulo II se describe el planteamiento del problema, marco teórico y objetivos, en el capítulo III; contiene el desarrollo del caso clínico, historia clínica, examen clínico general, evaluación integral, diagnóstico y pronóstico, en el Capítulo IV; detalla el plan del tratamiento integral la cual consta de formulación del plan de tratamiento general y plan de control y mantenimiento, en el Capítulo V; se presenta la discusión, Capítulo VI; contiene conclusiones, en el Capítulo VII; las Recomendaciones, Referencias Bibliográficas y Anexos.

DEDICATORIA

Este trabajo, lo dedico con amor a mis hijos y familiares por ayudarme incondicionalmente para motivarme, a cumplir mi objetivo personal y profesional, a ellos mi reconocimiento por siempre.

Finalmente, a todos los maestros de la universidad, filial Lima, por brindarme su valiosa enseñanza y preparación a lo largo de la formación de la carrera profesional.

Jeny Liset Perez Ramaycuna

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso por ser mi guía espiritual y, a nuestra Alma Mater Universidad Peruana Los Andes-Filial Lima por mi formación académica profesional igualmente, a todo el equipo multidisciplinario que labora en la Institución de Salud Hospital Víctor Larco Herrera especialmente a Lic. Doris Alarco Aguirre, por brindarme las facilidades para la ejecución del estudio del caso clínico, que es materia del presente trabajo de suficiencia profesional .

Jeny Liset Perez Ramaycuna

CONTENIDO

	Pág.
I. PRESENTACION	2
Dedicatoria	5
Agradecimiento	6
Contenido	7
Contenido de tablas	9
Contenidos de figuras	10
II. INTRODUCCIÓN	13
2.1 Planteamiento del problema	13
2.2 Diagnóstico socioeconómico	18
2.3 Diagnóstico de la salud general	18
2.4 Objetivos	18
III. MARCO TEÓRICO	20
IV. CONTENIDO	37
4.1 Desarrollo del caso clínico	37
4.2 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	38
4.2.1 Valoración	38
Datos generales	38
Antecedentes Personales	39
Diagnóstico médico	42
Exámenes de laboratorio	43
Examen físico céfalo caudal	44
Motivo de ingreso	45
Valoración por dominio	47
Valoración según dominios alterados	49
Confrontación literaria	50
4.2.2 Diagnósticos de Enfermería	52
Priorización de diagnóstico de enfermería	53
4.2.3 Plan de intervención de enfermería	58
4.2.4 Evaluación Final	59

V.	DISCUSIÓN	60
VI.	CONCLUSIONES	61
VII.	RECOMENDACIONES	62
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
	ANEXOS	74

CONTENIDO DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Exámenes de laboratorio	43
Tabla 2	Examen físico céfalo caudal	44
Tabla 3	Valoración de enfermería por dominios	47
Tabla 4	Valoración según dominios - clase	49
Tabla 5	Confrontación con la literatura, análisis e interpretación	50
Tabla 6	Priorización de diagnóstico de enfermería	53
Tabla 7	Plan de Intervención de Enfermería	58
Tabla 8	Evaluación final	59

CONTENIDO DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1	Formato de valoración inicial y atención de enfermería 75
Figura 2	Formato de Examen Mental 78
Figura 3	Cuadro de Escala de Likert 81
Figura 4	Ingresos y altas 2018 – 2020 84
Figura 5	Paciente en estado nervioso – evaluación de enfermera 91
Figura 6	Epicrisis de alta médica de la paciente 92

RESUMEN

En el presente trabajo de suficiencia profesional, se detalla el caso clínico de una adolescente de 17 años de edad, hospitalizada en la institución de salud mental Hospital Víctor Larco Herrera – Lima - 2021, con diagnóstico médico denominado esquizofrenia (F20.0), por lo tanto: se hizo una secuencia de intervenciones para su tratamiento y proceso de recuperación para luego ser reinsertado a su entorno familiar.

Previo a su hospitalización la paciente presentaba trastornos del comportamiento tales como: conducta de auto-hetero-agresividad, y baja autoestima, insomnio, alucinaciones auditivas comandatorias, dolor de cabeza permanente y otros malestares no menos relevantes. Por dichas razones, su madre al no poder controlar su conducta lo trae al nosocomio antes mencionado ingresando de inmediato a su internación debido a su estado de salud en el servicio de psiquiatría de mujeres Pabellón 20 en el mes de octubre.

El presente caso clínico, hace referencia al desarrollo del Proceso-de-atención-de-Enfermería, conformada por 5 momentos secuenciales, sistemáticas y continuas, revisándose 13 dominios de la taxonomía NANDA-I, NIC Y NOC 2021 – 2023, orientándose en el mejoramiento de la calidad de atención al adolescente, ejecutándose una planificación estandarizada de cuidados individualizados, seguros y humanos. Se identificó 8 diagnósticos de enfermería evidenciándose 3 diagnósticos potenciales y 5 diagnósticos reales, priorizándose (3 reales y 2 potenciales) que fueron seleccionados a partir de la valoración, el examen físico, la observación, la entrevista a la paciente, con la participación del equipo multidisciplinario en la recuperación del estado mental de la paciente con esquizofrenia.

Palabras clave: Proceso de Atención de enfermería, esquizofrenia.

ABSTRACT

In the present work of professional proficiency, the clinical case of a 17-year-old adolescent who was hospitalized in the mental health institution Hospital Víctor Larco Herrera - Lima in 2021, whose medical diagnosis was mental disorder called schizophrenia, is detailed. and whose sequence of actions that were carried out for its treatment and recovery are detailed in this work.

Prior to her hospitalization, the patient presented behavioral disorders such as: self-hetero-aggressive behavior, and low self-esteem, insomnia, commanding auditory hallucinations, permanent headache and other no less relevant discomforts. For these reasons, her mother, unable to control her behavior, brings him to the aforementioned hospital, immediately admitting her hospitalization due to her state of health in the women's psychiatry service in Pavilion 20 in the month of October.

This clinical case refers to the development of the Nursing-Care-Process, made up of 5 sequential, systematic and continuous moments, reviewing 13 domains of the NANDA-I, NIC and NOC 2021-2023 taxonomy, focusing on the improvement of the quality of attention to adolescents, executing a standardized planning of individualized, safe and humane care. 8 nursing diagnoses were identified, evidencing 3 potential diagnoses and 5 real diagnoses, prioritizing (3 real and 2 potential) that were selected from the assessment, physical examination, observation, interview with the patient, with the participation of the team. multidisciplinary in the recovery of the mental state of the patient with schizophrenia.

Keywords: Nursing care process, schizophrenia

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

2.1. Planteamiento del problema

El Profesional de Enfermería especializado en Psiquiatría en Salud Mental está capacitado para comprender el propio comportamiento de la enfermedad y está dispuesto en apoyar al paciente ya que desde su percepción de cuidador es un recurso importante para el bienestar físico, mental y espiritual, por ello la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), permite formular planes de cuidados, familiares y comunitarios, apoyados en la taxonomía NANDA-I, NIC y NOC (8).

El papel de la enfermera, se enfoca en la planificación e implementación de cuidados curativos y rehabilitación, a través de la relación enfermera-paciente, mediante la educación orientación, proporcionando apoyo para ayudar según sus necesidades del paciente a resolver sus dificultades interpersonales; además, basados en la teórica Virginia Henderson, favorecer la confianza, el respeto, mientras este hospitalizado brindando cuidado integral y holístico; es decir, cada enfermo debe percibir la clase de ayuda que debe necesitarse (9).

La teoría psicodinámica de enfermería de Hildegard Peplau, constituyó un instrumento fundamental, ya que brindó cuidados de enfermería individualizados que posibilitaron la promoción de cuidados efectivos para las necesidades reales afectadas por los pacientes esquizofrénicos, con la aplicabilidad de la teoría de la relación interpersonal en las intervenciones brindadas a pacientes psiquiátricos con

esquizofrenia, para la creación de un vínculo efectivo y necesario para una atención integral y calificada; además, la relación interpersonal constituye un importante instrumento utilizado en la ejecución del cuidado de enfermería en salud mental (10).

El modelo de Joyce Travelbee de relación persona a persona, define el cuidado de enfermería en salud mental como un servicio destinado a las personas afectadas por procesos patológicos de carácter cognitivo o afectivo que interfieren en una vida sana y normal; considera que, a través de este servicio, la enfermera ayuda a una persona, una familia o una comunidad a mejorar su salud mental, ayuda a prevenir la aparición y manifestaciones de las enfermedades mentales, a afrontarlas y, si es necesario, a descubrir el significado de estos síntomas (11).

El modelo de la Marea formulado por Phil Barker en la recuperación en la salud mental, desarrollado por enfermeras de salud mental y personas que han utilizado los servicios de salud mental, el cual se interesa por lo que la persona necesita en el momento presente para iniciar su proceso de recuperación, y esto desde la fase aguda, y considera que los cambios son inherentes a cada persona; este modelo también enfatiza que la persona sabe lo que es mejor para ella y tiene los recursos que necesita para iniciar su recuperación; asimismo, el cuidador, al tener curiosidad por la historia de la persona y lo que está viviendo en el momento presente en sus propias palabras, favorece la revelación de este conocimiento y estos recursos que le permiten identificar lo que necesita hacer en el momento presente (12).

Teniendo como referencia los conceptos científicos de enfermería psiquiátrica, antes mencionados, se ha establecido para realización de este caso clínico, una secuencia de acciones tales como: trámites de autorización, para ingresar a la institución, y específicamente acceder al personal de enfermería y, el previo consentimiento informado de la madre de la paciente.

El desarrollo del presente caso clínico se inicia el 12-10-2020 con HC N° 116574, la paciente cuyo nombre se consigna con iniciales N.M.C, por ser menor de edad, y al ser hospitalizado por su diagnóstico de Esquizofrenia (F20.0) inicio un proceso de recuperación, supervisado y apoyado por un equipo multidisciplinario. consignándose su evolución lenta favorable, con una mejoría discreta, con respecto al día de su ingreso, saliendo de alta el 19 de setiembre de 2021. Donde continuará con su tratamiento médico: Clozapina 450mg, Carbamazepina 600mg, Clonazepam 4mg, bajo cuidados de su madre y control médico en un mes por consultorios externo.

Para ello la valoración es un punto de partida para identificar necesidades reales y potenciales. En la primera entrevista (12-10-2020) realizada a la paciente hospitalizada, se pudo identificar y reconocer comportamientos de conductas inadecuadas e impredecibles, tales como: signos de auto-heteroagresividad, irritabilidad, insomnio, rechazo al tratamiento médico, aislamiento social, lo cual dificultaba la evaluación continua.

Luego de transcurrido una semana regresé para seguir con la evaluación, es allí que se logra entablar una comunicación más fluida con la paciente quien manifiesta que extraña a su mamá y que escucha voces de mujer, por eso no duerme, se interactúa con terapia de relajación y se queda tranquila.

En la siguiente evaluación realizada el 16 de noviembre del mismo año se pudo evidenciar en cuanto a las intervenciones de enfermería y tratamiento médico fue positivo porque la paciente logro disminuir las conductas y distorsiones cognitivas propias de la esquizofrenia, participando en actividades recreativas sin causar molestias, con actitudes positivas se pudo obtener resultados deseados con la paciente se realizó lectura dirigida y luego dictado de palabras de la obra relatada.

Luego regrese para una tercera evaluación en el mes de diciembre donde pude observar nuevamente el estado de salud de la paciente había desmejorado porque no estaba tomando los medicamentos durante una semana, refiere que los escondía dentro de su boca y luego los escupía en el baño, también rechazaba los alimentos, por las alucinaciones auditivas comandatorias, refería que están podridas y huele feo a partir de ese suceso están administrando tratamiento parenteral para mejorar el trastorno de salud mental que padece, no pude evaluarlo porque estaba muy irritable, y desconfiada.

Regresé a fines de diciembre para evaluarlo, y pude entrevistarlo después de empalmar, realicé un test mental lo cual con mucha dificultad contesto previa orientación, luego se hizo terapia de relajación, también se hizo compartir por fin de año con sus compañeras porque ya podía interactuar con sus compañeras, previa observación de comportamiento de conducta, la cual estuvo muy contenta preguntaba por qué su mamá no viene a visitarla, se le orienta que debido a la pandemia no están recibiendo visita presencial los pacientes hospitalizados, pero si la comunicación es a través de una video llamada previa coordinación con su médico, ese día ella pudo hablar con su mamá, en la cual esta comunicación ayudó a ella a mejorar su estado anímico, permaneciendo tranquila durante el turno, me retire con el compromiso de visitarla mientras este hospitalizada.

Las debilidades durante la intervención de enfermería en paciente con esquizofrenia, es la sobrecarga laboral, la escasa comunicación entre colegas, recursos humanos insuficientes, lo cual dificultaba la evaluación continua del paciente; el desarrollo de la relación terapéutica fue necesario, para mostrar una actitud respetuosa con la paciente, según lo que evidencia la teorista Joyce Travelbee donde da la premisa, que la relación enfermera-paciente se establezca mediante el elemento de empatía, es decir el deseo naciente de comprender y entender para la construcción de una relación duradera, de confianza superando su evolución favorable, por la capacidad del profesional de enfermería.

En Lima, los hospitales como el Hermilio Valdizan, Hideyo Noguchi y Víctor Larco Herrera; son instituciones de salud mental que atienden a toda la población que requieren estos servicios de salud. Según los datos estadísticos de hospitalizaciones registrados, se constató que en el hospital Víctor Larco Herrera alberga hasta el 80%, del total de pacientes con diferentes trastornos mentales, lo cual es sumamente preocupante a pesar de estas cifras, el gasto en salud mental es muy elevado para el estado, lo cual hace necesario que se tenga que invertir enormes recursos, en el mantenimiento de esta clase de pacientes con estos problemas de salud, sin embargo esta institución a pesar de que el estado no le da mucha importancia, siempre acoge a todo aquel que necesita atención psiquiátrica, donde son atendidos por profesionales muy calificados en brindar los servicios de salud con calidad y calidez.

Por tanto, la aplicación del proceso de atención de enfermería, brindará conocimientos teóricos y prácticos, basados en evidencia científica, en donde favorecerá el bienestar y seguridad de acuerdo a las necesidades del paciente, así mismo este trabajo puede servir de guía para un plan de cuidados. Este estudio de caso reside en que la enfermera(o) amplíe el manejo integral y personalizado de estos trastornos mentales.

2.2. Diagnóstico socioeconómico

El costo de la atención de salud mental globalmente es equivalente un 2,8% de la totalidad destinada a la salud generalizada en naciones de escasos recursos, donde el presupuesto cuya asignación para los problemas mentales es de solo el 0,5% del presupuesto global sanitario; sin embargo, en naciones de grandes recursos es de 5,1%, pues el paciente con esquizofrenia debe recibir un tratamiento de por vida, hospitalizándose en los lugares públicos o privados de Salud Mental y Psiquiatría; donde los más de 280 mil peruanos con esquizofrenia, solo 62% reciben tratamiento; es decir, la disponibilidad de servicios son insuficientes focalizados en Lima.

2.3 Diagnóstico de la salud general

En nuestro país la salud mental está normatizada de acuerdo a Ley N°30947; teniendo como objetivos legales centrándose a nivel comunitario, promoviendo así la forma de proteger y promover el aspecto sanitario del problema de psiquiátrico; por lo que, la atención psiquiátrica comunitaria se concentra en la ciudad de Lima, no está disponible en varias regiones; por otro lado, la falta de un sistema de atención y rehabilitación con base en la comunidad, dificultan el control mental de los pacientes, si no cuenta con apoyo profesional, dándose por resultados de la negación de los miembros familiares, discriminativos y estigmatizaciones de los pacientes.

2.4 Objetivos

Objetivo General

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en sus diferentes etapas en base a la teoría y modelo de Joyce Travelbee de relación persona a persona, enfermera-paciente apoyados en base de la taxonomía NANDA-I, NIC y NOC en una paciente adolescente con diagnóstico de esquizofrenia en el Servicio Psiquiatría de Mujeres del Pabellón 20 del “Hospital Víctor Larco Herrera”, 2021.

Objetivos específicos

- Realizar la Valoración de Enfermería según Teoría de Joyce Travelbee, en paciente adolescente con diagnóstico de esquizofrenia.
- Identificar y priorizar los diagnósticos de enfermería reales y potenciales, dando prioridad según sus necesidades, en paciente adolescente con diagnóstico de esquizofrenia.
- Realizar la planificación de las acciones, según los diagnósticos de enfermería identificados en paciente adolescente con diagnóstico de esquizofrenia.
- Diseñar las intervenciones y actividades utilizando el NIC, en paciente adolescente con diagnóstico de esquizofrenia.
- Evaluar los resultados utilizando el NOC, en paciente adolescente con diagnóstico de esquizofrenia.

CAPÍTULO III

MARCO TEORICO

3.1. Antecedentes del estudio

Antecedentes internacionales

García et al., en el 2021, en Cañar: Ecuador, realizaron un estudio titulado: “Proceso de atención en enfermería en esquizofrenia paranoide posterior a un TEC”. El objetivo fue aplicar el PAE a un adulto joven con diagnóstico de esquizofrenia. Se utilizó el método estudio observacional en base a una entrevista no estructurada indirecta confiable, la población estuvo constituido por 01 paciente varón de 26 años. Los resultados fueron que los cuidados de enfermería, logrando los objetivos planteados luego de aplicar el PAE según NANDA. Se logró que el enfermero del área de salud mental cumple un papel indispensable en el cuidado directo e indirecto con la identificación de necesidades y/o problemas, teniendo factores de riesgo (13).

Palomares et al., 2021, en Zaragoza: España, realizaron un estudio titulado: “Proceso atención enfermería en paciente con esquizofrenia paranoide episódica”. El objetivo fue aplicar el PAE a un paciente con esquizofrenia. Se utilizó el método descriptivo, cuantitativo y de corte trasversal, la técnica fue la observación y el instrumento una ficha de observación, la población fue de solo 01 mujer de 17 años. Los resultados fueron que los cuidados de enfermería lograron los objetivos planteados luego de aplicar el PAE según NANDA. Se logró que el tratamiento de la esquizofrenia engloba la farmacoterapia, las intervenciones y la psicoterapia (14).

Antecedentes nacionales

Arévalo, en el 2019, en Lima: Perú, realizaron un estudio titulado: “Proceso de atención de enfermería en paciente con esquizofrenia paranoide”. El objetivo fue aplicar el PAE a un paciente con esquizofrenia. Se utilizó el método descriptivo, cuantitativo y de corte trasversal, la técnica fue la observación y el instrumento una ficha de observación, la población estuvo constituido por 01 paciente mujer de 22 años. Los resultados fueron que los cuidados de enfermería lograron los objetivos planteados luego de aplicar el PAE según NANDA. Se logró que el proceso de enfermería permitiera sistematizar los cuidados de enfermería a fin de garantizar la satisfacción del paciente y la de sus familiares, es de suma importancia la valoración de los datos obtenidos, puesto que permitió establecer objetivos y fijar el plan de atención de acuerdo a las particularidades del paciente; la intervención de enfermería pudo facilitar los cuidados de enfermería y den cobertura a necesidades holísticas del paciente (15).

Lozano, en el 2018, en Lima: Perú, realizaron un estudio titulado: “Proceso de atención de enfermería en el paciente con esquizofrenia paranoide”. El objetivo fue aplicar el PAE a un paciente con esquizofrenia paranoide. Se utilizó el método descriptivo, cuantitativo y de corte trasversal, la técnica fue la valoración de los datos de la paciente se realizó por dominios, utilizando la taxonomía NANDA-I y la formulación de diagnósticos de enfermería, con el plan de cuidados NIC-NOC, el instrumento una ficha de observación, la población por 01 paciente mujer de 28 años. Los resultados fueron que las actividades de enfermería llevadas a cabo con la paciente, reflejo las intervenciones del profesional de enfermería de acuerdo a las necesidades básicas del paciente según la teoría del Autocuidado de Dorotea Orem, reflejándose, logros a través de indicadores NOC, el personal de enfermería juega un rol importante de información y cuidado que brinda al paciente de forma humanística y holística (16).

3.2. Bases teóricas

3.2.1. Proceso de Atención de Enfermería

El proceso de atención de enfermería (PAE), es una serie de pasos que las enfermeras toman para evaluar a pacientes, planificar y brindar atención al paciente y evaluar la respuesta del paciente a la atención, se considera el marco en el que se basa todo el cuidado de enfermería; por lo tanto, el proceso de cuidados de enfermería es una hoja de ruta para el cuidado de un paciente y una herramienta necesaria en el seguimiento del proceso de enfermería (17).

3.2.2. Definición de Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica caracterizada por un conjunto muy variable de síntomas impresionantes como los delirios y las alucinaciones, pero los más incapacitantes son el retraimiento social y las dificultades cognitivas; hoy en día, en una atención adecuada, combinando tratamiento farmacológico y psicosocial, siendo su objetivo poder intervenir lo antes posible y prevenir la gravedad de la enfermedad de salud mental (18).

Según la OMS, es una patología psiquiátrica crónica compleja que se traduce en una percepción alterada de la realidad, manifestaciones como son delirios o alucinaciones, y manifestaciones pasivas, con aislamiento social y relacional; en la práctica, puede ser muy diferente de un paciente a otro, dependiendo de la naturaleza y gravedad de los diversos síntomas (19).

Según la CIE 10, describe como un trastorno esquizotípico con síntomas crónicos a los que a veces se añaden fases de psicosis aguda, luego puede estabilizarse con síntomas residuales de intensidad variable de cada uno, el pronóstico varía según las características de la enfermedad y precocidad del tratamiento (20).

3.2.3. Manifestaciones clínicas de la esquizofrenia

Las tres manifestaciones clínicas o tipos de síntomas que pueden manifestarse de forma crónica o episódica (período de psicosis):

Los síntomas productivos o positivos, son los más impresionantes: reúnen delirios y alucinaciones y pueden dar lugar a un sentimiento de persecución (paranoia), megalomanía, delirios inverosímiles y excéntricos, o incluso alucinaciones sensoriales, a menudo auditivas (el sujeto oye voces); asimismo, también visuales, olfativas, táctiles o gustativas (21).

Los síntomas negativos o deficitarios, corresponde al empobrecimiento afectivo y emocional, el paciente se retrae y se aísla paulatinamente de su familia, amigos y círculo social, se comunica menos, tiene una voluntad limitada y muestra una emotividad reducida, muestra menos interés y fuerza de voluntad más apatía, puede parecerse a la depresión (22).

Los síntomas disociativos son una desorganización de pensamientos, palabras, emociones y conductas corporales, se interrumpe la coherencia y la lógica del habla y pensamientos, el paciente está menos atento, tiene dificultad para concentrarse, memorizar, entender o hacerse entender, puede tener dificultades para planificar tareas sencillas, como hacer su trabajo o mandados, que puede ser una fuente de gran desventaja en la vida diaria (23).

3.2.4. Tipos de esquizofrenia

Esquizofrenia simple. En esta forma se encuentra aislamiento y vida estereotipada, rara vez síndrome delirante, empobrecimiento de relaciones, tendencia al aislamiento y retraimiento autista en un mundo interior, el paciente muestra frialdad emocional, parece incapaz de expresar sus sentimientos, muestra falta de interés por los demás y disfruta la soledad (24).

Esquizofrenia paranoide. Es la forma más común de esquizofrenia, se caracteriza por predominio de alucinaciones, ideas delirantes de persecución, delirio interpretativo, convicciones de ser objeto de conspiración o estar en el centro de una intriga malévola, autoestima, ansiedad, envidia o celos, espíritu de protesta, reclamante y beligerante al tratamiento antipsicótico (25).

Esquizofrenia hebefrénica. La enfermedad comienza temprano, durante la adolescencia, y son el síndrome dissociativo y la abstinencia los que están en primer plano, los elementos delirantes suelen estar ausentes y los fármacos se administran en dosis bajas, su lenguaje es incoherente, parecen indiferentes al mundo exterior a pesar de una fuerte ansiedad, los pacientes a menudo rechazan el tratamiento y es la forma más resistente a la terapia (26).

Trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia distímica. En las formas distímicas, la enfermedad presenta signos de esquizofrenia acompañados de signos maníacos o depresivos, estos trastornos se asemejan a los trastornos bipolares, pero se distinguen por la presencia de delirios o alucinaciones durante al menos dos semanas y el pronóstico es bastante bueno (27).

Esquizofrenia catatónica. Los síntomas corporales (como rigidez, mantenimiento de actitudes), y el déficit cognitivo (con ausencia de iniciativas, disminución de habilidades, indiferencia afectiva, mutismo) conducen a la marginación de los pacientes que la padecen. También puede repetir, como un eco, las últimas palabras de las frases que escucha, o imitar los gestos que observa en los demás, siendo el tratamiento es difícil y debe apuntar a mantener una dieta y una vida relacional con estos pacientes. Es la forma más grave de esquizofrenia; asimismo, pero esta forma, sujeta a tratamiento farmacológico psiquiátrico y rara vez es definitiva (28).

3.2.5. Fisiopatología

La hipótesis de la anomalía neuroquímica sostiene que un desequilibrio de dopamina, serotonina, glutamato y GABA da resultado manifestaciones psiquiátricas de la enfermedad, postula que cuatro vías dopaminérgicas principales están involucradas en el desarrollo de la esquizofrenia (29).

Esta hipótesis de la dopamina atribuye los síntomas positivos de la enfermedad a la activación excesiva de los receptores D2 a través de la vía mesolímbica, mientras que niveles bajos de dopamina en la vía nigroestriatal se teorizan para causar síntomas motores a través de su efecto sobre el sistema extrapiramidal, los niveles bajos de dopamina mesocortical resultantes de la vía mesocortical provocan los síntomas negativos de la enfermedad (30).

Otros síntomas, como la amenorrea y la disminución de la libido, pueden ser causados por niveles elevados de prolactina por la disminución de disponibilidad de dopamina tuberoinfundibular como resultado del bloqueo de la vía tuberoinfundibular. La evidencia que muestra la exacerbación de los síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia por los antagonistas del receptor NMDA insinúa el papel potencial de la hipoactividad glutaminérgica, mientras que también se ha demostrado que la hiperactividad serotoninérgica desempeña un papel en el desarrollo de la esquizofrenia (31).

También hay argumentos de que la esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo basado en anomalías presentes en la estructura cerebral, la ausencia de gliosis que sugiere cambios en el útero y la observación de que las alteraciones motoras y cognitivas en los pacientes preceden al inicio de la enfermedad; por el contrario, la hipótesis de la desconexión se centra en los cambios neuroanatómicos observados en las exploraciones PET y FMRI (32).

3.2.6. Curso de la enfermedad

Primera fase prodrómica: El primer episodio suele llegar de forma inesperada, los primeros signos son muy vagos para pensar inmediatamente en la presencia de una psicosis, incluso si retrospectivamente, por lo que lo llamamos pródromo o fase prodrómica al período durante el cual aparecen los signos de alarma. La enfermedad se manifiesta, el comportamiento inusual, una tendencia al aislamiento, un descuido general, tendencias depresivas, evocan perturbaciones psíquicas que se asientan insidiosamente (33).

Segunda fase activa: Los períodos en los que los síntomas positivos de la enfermedad se manifiestan de forma aguda se denominan fase activa de la enfermedad; delirios, alucinaciones, sentimientos de extrañeza, conductas bizarras son, entre otras, manifestaciones que suelen encontrarse en estos períodos patológicos, entonces decimos que la persona está en crisis y, en este caso, necesita absolutamente ser tratada. La hospitalización suele ser esencial, ya que los síntomas pueden volverse tan graves que un equipo médico especialmente capacitado debe brindar atención especial (34).

Tercera fase de estabilización (o postcrisis): Es el período que sigue a un episodio agudo de la enfermedad, con medicación adecuada, la persona suele recuperar cierto equilibrio, conservando sólo signos mínimos, donde los síntomas positivos disminuyen en gran medida, si no se eliminan por completo, pero los síntomas negativos pueden persistir de forma crónica. En esta etapa de la enfermedad, la persona experimenta especialmente dificultades para cumplir plenamente con sus compromisos habituales: tiende a alejarse, tiene dificultades para establecer vínculos afectivos, muestra cierta incapacidad para encajar en un proceso de reinserción sociolaboral (35).

Cuarta fase estable (o de mantenimiento): La persona llega a la fase de recuperación cuando su condición se estabiliza, los síntomas y la persona puede recuperar su poder de actuar, este período de estabilización es propicio, si no imprescindible, para la elaboración de un plan integral de seguimiento, reinserción social y ajuste de las relaciones familiares, una vez que las capacidades de la persona hayan mejorado, podrá emprender un programa de rehabilitación, dirigido a recuperar su autonomía funcional, regresar a la escuela o trabajo; en definitiva, tener la vida más satisfactoria posible (36).

Quinta fase de recaída: Las acciones asistenciales, familiares y sociales durante el período de estabilización no siempre evitan que tenga una recaída, en la mayoría de casos, la reaparición de síntomas está relacionada con fallas en la adherencia al tratamiento o suspensión de la medicación; se debe al proceso patológico subyacente, sin que sea posible identificar una causa desencadenante; en ocasiones, tras un evento desestabilizador, la persona puede reproducir los mismos patrones conductuales y relacionales al inicio de la enfermedad en fase prodrómica (37).

3.2.7. Causas

La investigación genética aún no ha identificado un gen que cause la esquizofrenia, de hecho, ningún examen médico puede establecer con certeza su origen; a lo largo de los años ha habido muchas teorías sobre las posibles causas de la esquizofrenia. La mayoría de ellos, sin embargo, no han sido corroborados por estudios en profundidad. La investigación ahora reconoce que la enfermedad no puede explicarse por una causa única y simple, sino que hay varios factores de importancia variable que, interactuando entre sí, provocan la aparición y posibles recaídas de esta enfermedad compleja (38).

Causa genética. Los riesgos de padecer esquizofrenia son mayores en los casos en que un familiar la padece. Sin embargo, tener una predisposición genética no significa que uno vaya a desarrollar la enfermedad (39).

Causa neuroquímica. Los estudios muestran síntomas de la esquizofrenia se deben a una producción anormalmente alta de dopamina (neurotransmisor) en ciertas regiones del cerebro. Los científicos sospechan que otros neurotransmisores también pueden estar involucrados en la enfermedad, incluida la serotonina (40).

Causa del neurodesarrollo. Ciertas alteraciones que se producen durante el período perinatal (durante la gestación y justo después del nacimiento) pueden provocar una disfunción en la maduración del cerebro del niño y una alteración en las conexiones entre las neuronas (41).

Causa socioambiental. Varios factores socioambientales pueden aumentar el riesgo de desarrollar la enfermedad: trastornos en la vida emocional, presión de desempeño en el trabajo o en los estudios, apoyo social insuficiente, ciertas emociones expresadas por el entorno (hostilidad, actitud invasiva, agresividad), alcohol y temas de drogas (42).

3.2.8. Cronicidad de la enfermedad

Ocurre con mayor frecuencia entre 15 y 25 años, en aproximadamente la mitad de los casos, se manifiesta primero como un episodio psicótico agudo con alteraciones del comportamiento, a menudo es necesaria la hospitalización, en la otra mitad de los casos, inicio de la enfermedad es insidioso, marcado por el retraimiento social y la progresiva desinversión en las actividades y relaciones habituales con declive escolar o laboral, siendo la cronicidad de por vida tanto a mujeres como a hombres (43).

3.2.9. Estigma social

La noción de estigma ha sido definida como un atributo que, dependiendo de un contexto específico, es susceptible de desacreditar, dando lugar a procesos de discriminación o exclusión social; en el contexto psiquiátrico, el diagnóstico de un trastorno mental constituye a menudo un atributo estigmatizante y desprestigiador para las personas afectadas, es probable que la estigmatización a la que están sujetos afecte su capacidad de actuar de forma independiente, su integración social y profesional (44).

Dicho de otro modo, el estigma asociado al diagnóstico psiquiátrico tendría consecuencias no sólo en el bienestar de las personas afectadas y de su entorno, sino también en la práctica diaria de los profesionales de la salud mental. Por estas razones, la Organización Mundial de la Salud ha establecido que la estigmatización de las personas que viven con un trastorno mental debe constituir un importante imperativo de salud pública y manejo terapéutico; a través del plan de psiquiatría y salud mental (45).

3.2.10. Tratamiento de la esquizofrenia

Hoy en día, los tratamientos han progresado enormemente, a base de neurolépticos, fármacos que actúan sobre los receptores cerebrales, reducen en gran medida los síntomas de la esquizofrenia (pero ojo, no "curan" la enfermedad), y permiten volver a una vida casi normal, los efectos secundarios existen, pero pueden ser limitados. Hay diferentes drogas (46):

Antipsicóticos: es el tratamiento farmacológico estándar, pero tienen efectos secundarios, la elección de la molécula debe tener en cuenta, la evaluación clínica y biológica inicial, sólo deben utilizarse como segunda línea de tratamiento del episodio, salvo se haya tolerado una cura previa (47).

Los antipsicóticos de segunda generación "atípicos" se recomiendan como terapia de primera línea, particularmente en adolescentes, debido a un perfil neurológico de eficacia-tolerancia más favorable, reducen el riesgo de efectos secundarios extrapiramidales (rigidez muscular, temblores), los 3 neurolépticos atípicos más prescritos: Zyprexa, Risperdal y Leponex (48).

La monoterapia. Por vía oral, se puede instaurar una combinación de antipsicóticos después del fracaso de la monoterapia, en particular cuando un antipsicótico se sustituye por otro o en caso de resistencia, la dificultad de los fármacos radica en que hay que seguirlos al pie de la letra, por varios años, incluso de por vida, porque suspenderlos suele provocar crisis o recaídas (49).

Psicoterapia. La medicación por sí sola no es suficiente y debe ir acompañada de apoyo psicológico (individual o grupal), basado en una relación de confianza y continuidad entre paciente y cuidador, cuyo objetivo de restablecer el contacto con la realidad, restaurar las capacidades mentales, favorecer los pensamientos y la expresión verbal de las emociones (50).

Intervenciones cognitivas y/o conductuales. Además, se distingue, por un lado, intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas a rehabilitación, con el objetivo de promover la capacidad de autonomía, y, por otro lado, las terapias cognitivas indicadas en los síntomas psicóticos persistentes, en particular los alucinatorios, las sesiones son individuales o en grupo (51).

Intervenciones familiares. Para los seres queridos, la llegada de la enfermedad suele ser un shock, deben aprender a gestionar diferentes situaciones y ayudar al enfermo a llevar una vida normal, cuanto más paciente y comprensivo sea el entorno, más la familia estará en el centro del cuidado y mejor será la evolución de la enfermedad (52).

3.2.11. Cuidados básicos de enfermería

Los cuidados básicos de enfermería en pacientes con esquizofrenia están basados en intervenciones estandarizadas según lo que norma la institución de salud o siguiendo los parámetros que estipula el DMS, que pueden tomar una variedad de formatos diferentes, dependerán de síntomas experimentados por el paciente y su grado de gravedad; en general, todos los cuidados se centran en mejorar la calidad de vida del paciente, ayudarlos a sobrellevar mejor sus síntomas y ganar más independencia y autonomía (53).

Cuidados médicos: las residentes practicantes pueden dar medicamentos, lo que significa que también pueden recetar medicamentos psiquiátricos para pacientes esquizofrénicos, a muchos pacientes se les receta algún tipo de medicación antipsicótica, estos medicamentos funcionan para reducir los síntomas psicóticos; asimismo, las enfermeras también ayudan a menudo a asegurarse de que los pacientes tomen los medicamentos en la dosis y el tiempo adecuados, para documentar adecuadamente cualquier signo de interacciones negativas para ajustar las dosis según sea necesario (54).

Cuidados psicosociales: las enfermeras también ayudan con diversas intervenciones psicosociales, dado que muchos pacientes tienen problemas con el aislamiento social y la alteración de la interacción social, las intervenciones de enfermería pueden ayudarlos a manejar estas situaciones; la enfermería de salud mental puede incluir varios tipos de terapia y capacitación en habilidades sociales, pueden ayudar a los pacientes a aprender diferentes técnicas terapéuticas, como brindar oportunidades para la socialización, también ayudarán a los pacientes a desarrollar habilidades de afrontamiento para que puedan manejar su estrés (55).

Cuidados educativos: las enfermeras también ayudarán con las necesidades educativas. Esto podría incluir trabajar con el paciente y sus familiares o cuidadores para comprender mejor el trastorno; encontrar estrategias efectivas para calmar al paciente si se agita y ayudarlo a mejorar sus habilidades de comunicación también es un aspecto de las intervenciones de enfermería, tiene que enseñar a los miembros de la familia cómo evitar causar inadvertidamente una escalada del problema en cuestión, al mismo tiempo que les muestra cómo ayudar al paciente a sentirse más tranquilo (56).

Seguimiento y evaluación del paciente: muchas intervenciones de enfermería para pacientes esquizofrénicos implicarán el seguimiento y la evaluación del individuo; evaluar al paciente en varias partes de su plan de tratamiento puede ayudarlo a notar cambios en la condición del paciente que pueden ser significativos para su diagnóstico y del equipo de atención (57).

Un plan de atención de enfermería detalla los pasos que tomará como enfermera registrada para ayudar a pacientes diagnosticados esquizofrenia. Estos planes de atención se enfocarán en resultados deseables específicos, ayudando a los pacientes a sobrellevar mejor ciertos síntomas (58).

Para determinar el tipo de plan de atención de enfermería que seguirá para un paciente determinado, considere el tipo de síntomas que más sufre el paciente. Por ejemplo, un paciente puede encontrar que su comunicación verbal deteriorada es la más disruptiva, incapacidad de comunicarse (59).

Como enfermera, deberá evaluar cuidadosamente al paciente. Revise la lista de diagnósticos de enfermería que le proporcionamos anteriormente para ver cuáles cumplen los criterios de su paciente, este diagnóstico lo ayudará a determinar los tipos de intervenciones que marcarán la mayor diferencia (60).

TEORÍA DE ENFERMERÍA:

MODELO DE JOYCE TRAVELBEE RELACIÓN PERSONA A PERSONA

En su teoría Travelbee, amplió las teorías de las relaciones interpersonales, revelando algunas diferencias en términos de relaciones humanas terapéuticas, la teoría de Travelbee; analiza las habilidades de comunicación, las técnicas que facilitan la comunicación y las barreras de la comunicación. La teoría de la comunicación interpersonal de Travelbee, que se basa en la "relación de persona a persona", considera a los humanos como seres que participan en una relación, afirma que la base de las prácticas de enfermería se basa en la "relación de persona a persona". Ella afirma que cuando la comunicación con el paciente se profundiza en las prácticas de enfermería y no alcanza el nivel de relación humano a humano, el efecto de la comunicación en la relación de cuidado será limitado.

En la teoría de la "relación de humano a humano", las enfermeras y los pacientes se definen como humanos, la relación que se establece entre la enfermera y el paciente consiste en una participación basada en reconocer y valorar la humanidad de cada uno, en las etapas donde se superan los roles existentes, se puede llegar a una relación de un ajuste terapéutico; en teoría, todos los pensamientos, sentimientos y actitudes de la enfermera y el paciente entre sí son percibidos, transmitidos y compartidos, las experiencias aquí permiten que el paciente y la enfermera encuentren significado en el sufrimiento o la enfermedad, encontrar significado a la enfermedad aumenta la aceptación y el ajuste de la carga de la enfermedad o los problemas psicosociales relacionados con la enfermedad y sentimientos de esperanza.

FUNDAMENTACION TEORICA DE ENFERMERIA

METODOLOGIA.

Conocemos que el Proceso de Atención en Enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial, en 1973, la ANA (American Nursing Association) publicó los criterios de la práctica, donde se describe el modelo en:

1.- Valoración: Es la recogida y organización de todos los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, por ser la base para las decisiones y actuaciones posteriores, todos los datos se recogen de todas las fuentes posibles. Como modelo de valoración, elegimos el modelo de enfermería; **Modelo de Joyce Travelbee relación Persona a Persona** indispensable para mantener la salud". Este modelo aborda como tal el concepto de enfermería psiquiátrica y en el que establece así mismo que la enfermería es también un arte y lo comprende como el uso consciente de la propia persona en la práctica del cuidar, ayudando y acompañando al paciente en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación, cuyo propósito de la enfermera es la comprensión la situación que vive el paciente, familia o grupo y a partir de esa comprensión establecer una relación de ayuda.

2.- Diagnóstico: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería, que proporciona la base para la selección de las intervenciones, que llevan a alcanzar unos resultados de los que es responsable la enfermera, la cual se formulan con la Taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Asociación).

3.- Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud, se elaboran los cuidados mediante la planificación de objetivos e intervenciones. En 1987 se introdujo la NIC (Nursing Interventions Classification), y en 1991 la NOC (Nursing Outcomes Classification). La

NIC es la sigla de los tratamientos que las enfermeras realizan en las especialidades, y la NOC (Jonhson y Maas, 2000) es: “estado del cliente después de una intervención”.

4.- Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados, incluye al paciente y a la familia. Se realizarán todas las intervenciones a enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

5.- Evaluación: Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud el paciente y los resultados esperados, la evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan y la intervención enfermera. siendo muy continua donde se puede ver cómo evoluciona el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención sea efectiva. El plan de cuidados refiere toda la secuencia de un proceso de intervención de enfermería sin ahondar en matices, ni detalles concretos de la relación terapéutica que se establece, ni de los contenidos específicos educativos o de soporte, ya que todo ello viene muy condicionado por las características propias de cada paciente a intervenir, el microambiente de convivencia y los recursos de apoyo concreto familiares y comunitarios.

Cabe resaltar que el enfoque biopsicosocial el profesional de salud mental debe ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales, en constante interacción con el entorno cambiante, con conocimientos adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. El paciente es el receptor de los cuidados de enfermería, desempeñando un papel activo en dichos cuidados, así mejorará la autonomía personal, su inserción en la sociedad y la calidad de vida de sí mismos, su familia y su grupo social a la que pertenece.

Asimismo, recopila información sobre el estado fisiológico, psicológico, sociológico y espiritual de un paciente por parte de una enfermera, donde la evaluación de enfermería es el primer paso en el proceso de enfermería. Es diferente al diagnóstico médico, en algunos casos, el alcance de la evaluación de enfermería es muy amplio y en otros casos puede centrarse en solamente tener competencia asistencial o adoptar el rol educativo, la evaluación de enfermería se utiliza en identificar necesidades actuales y futuras de atención del paciente.

CAPITULO IV

CONTENIDO

4.1. Desarrollo del caso clínico

Se trata de un paciente adolescente de 17 años, sexo femenino. Según refiere la mamá de la paciente. La enfermedad mental se inició hace 4 años (13 años de edad),siendo sus manifestaciones las siguientes: persistente dolor de cabeza, se resistía ir al colegio, no quería ingerir alimentos, durante el día deambulaba dentro de su cuarto, descuidaba su aseo personal, padecía de insomnio, es así que la mamá decide llevarlo al centro de salud, lo derivaron al Hospital María Auxiliadora, donde fue evaluada ambulatoriamente por un psiquiatra y quien le recetó como tratamiento Clonazepam 0.5 mg, Risperidona 1 mg y terapia psicológica.

Como consecuencia de esta intervención médica, obtuvo una mejoría de su salud mental por un lapso aproximado de 03 meses hasta que dejo de tomar la medicación y recayó nuevamente, es allí que la mama lo trae al hospital Víctor Larco Herrera, con fecha 03 de mayo del 2020, ingresa por el servicio de emergencia es evaluada y se queda internado por tres días, luego le dieron de alta con un tratamiento de Sertralina 25 mg y Olanzapina 100 mg, por tres meses, la madre refiere que estas medicinas ayudo a mejorar la enfermedad.

Durante los últimos 03 meses del mismo año por motivos de pandemia no podía acceder a una cita de manera presencial.

En el mes de octubre, la paciente nuevamente presenta trastornos muy pronunciados del comportamiento, tales como: rechazo de la medicación, no lograba conciliar el sueño, además de ello presentaba signos de auto hetero agresividad, ideación de daño, alucinaciones auditivas de mujeres, dolor de cabeza, sensación de que nadie la quiere, luego se desnuda, no ayuda en los quehaceres de la casa; por lo cual la madre al no poder controlarlo su conducta lo trae al hospital por emergencia para ser hospitalizado en el servicio de psiquiatría de agudos de mujeres.

Historia Clínica

Se obtiene datos objetivos y subjetivos durante la valoración de enfermería, además a ello se recopiló datos de fuentes secundarias las cuales son de gran relevancia con el objetivo de detectar los problemas en su real dimensión y poder abordarlos.

4.2. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.2.1 VALORACION

Fecha de recolección de datos 12-10-2020 HC: 116574

A.- DATOS GENERALES DEL PACIENTE

DATOS FILIACIÓN

- Nombres y apellidos : N.M.C.
- Edad : 17 años
- Fecha de nacimiento : 06/03/2003
- Sexo : Femenino
- Raza : Mestiza.
- Religión : Cristiana
- Grado de instrucción : Secundaria Incompleta (2° secundaria)

- Estado civil : Soltera
- Lugar de nacimiento : Villa María del Triunfo
- Peso : 61 Kg
- Talla : 1.55 cm
- Procedencia : Lima
- Domicilio : Los Postes 142
- Nombre del padre : Pablo Muñoz
- Nombre de la madre : Juanita Castañeda
- Fecha de ingreso : 09- 09-2020
- Procedencia : Emergencia
- Fecha de elaboración HC : 12/10/2020
- Fecha de evaluación : 12/10/2020

ANTECEDENTES PERSONALES:

Prenatales:

- N° controles prenatales : 09
- N° de hermanos : 02 hermanas
- N° de hijo : 2da hija
- Embarazo deseado : Si

Natales:

- Tipo de parto : Cesárea
- Meses de gestación : 09 meses
- Peso al nacer : 3,200 gr. aproximadamente.
- Complicaciones : Al nacer no lloro, lo estimularon y recién lloro
- Inmunizaciones : Completas
- Lactancia materna : 02 años

Crecimiento y Desarrollo:

- Edad caminar : 01 año y 2 meses aproximadamente
- Edad hablar : 02 años aproximadamente
- Control de esfínteres : 03 años aproximadamente

Psicosexualidad:

- Se identifica como : Mujer
- Preferencia sexual : Hombre
- Pareja : no tiene

Escolaridad: Nivel inicial, primario estudio en un colegio de la zona donde vive, nivel secundario no lo termino se quedó en 2 ° año de secundaria.

Antecedentes laborales: Ninguno, a veces ayudaba a reciclar platicos.

Antecedentes Patológicos:

- Eruptivas : Niega
- Enfermedades : TBC (-), DM (-),
- Hospitalizaciones : 01 hospitalización en HVLH (ENE - 2020) con Dx: (F20.0)
- Cirugías : Apendicitis, displasia de cadera
- Transfusiones : Ninguna
- Alergias : Ninguna
- Accidente : Ninguna
- Tratamiento 2020 : Biperideno 2 mg, Clonazepam 2 mg 1N 1M-1T-1N, Ac. Valproico 500 mg 1M-1N (que no tomo) tratamiento no fue supervisado por familia.

Hábitos Nocivos:

- Alcohol : Niega
- Tabaco : Niega
- Drogas : Niega

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Niega antecedentes familiares.

CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA:

- **Vivienda** : Vive en casa de iglesia cristiana
- **Dependencia económica** : Depende económicamente de mamá.

DINÁMICA FAMILIAR:

Nathali es la segunda hermana, vivía en la casa de sus abuelos y tíos paternos. En su niñez la paciente, vivenciaba discusiones diarias, su padre malgastaba el dinero y no se preocupaba por la educación, alimentación y vestido, el padre discutía y agredía verbal y físicamente a su madre, terminando por abandonarlos, dejándoles en desamparo, es donde Nathali sufre abuso sexual a los 10 años por el tío paterno que tiene problemas de alcohol y drogas. La paciente ya no quería estar en casa, empezó a no conciliar su sueño por miedo, empezó a aislarse y esconderse en el ropero, no comía, se escapada de casa lo encuentran deambulando por el mercado, y lo llevaron a un centro de salud para una evaluación médica, luego lo derivaron a una institución de la DEMUNA.

EXAMEN MENTAL

- **Apariencia y Actitud** : Posición fowler, inquieta, hiperactiva, despierta, establece contacto visual, con pobre control de impulsos.
- **Orientación** : Sin orientación en espacio y persona.
- **Memoria** : Anterógrada y retrógrada alterada.
- **Atención y Concentración** : Hipoprosexia.
- **Cálculo y Abstracción** : Cálculo simple y complejo alterado,
- **Ánimo** : Hipo tímico.
- **Percepción** : Alucinaciones auditivas.
- **Lenguaje** : Muy pobre, poco coherente, lento, tono bajo.

- **Pensamiento** : Con ideas delusivas.
- **Juicio** : Alterado
- **Introspección** : Sin conciencia de enfermedad mental.
- **Atención y concentración** : Hiperprosexia.

DIAGNOSTICO MEDICO:

Esquizofrenia Paranoide (F20.0)

TRATAMIENTO MEDICO:

- Dieta Completa
- Observación permanente
- Control de funciones vitales por turno
- Evaluación psicológica y psicoterapia cognitiva
- Evaluación social y psico evaluación
- Trifluperazina 5mg Tab 2M – 2N V. O
- Clorpromazina 100mg Tab 2N V.O
- Carbamazepina 200mg Tab 1M 1T 1N V.O
- Clonazepam 2mg Tab ½ M 1½ N V.O
- Sulfato Ferroso 300mg Tab 1T V.O
- Bisoprolol 5 mg Tab 1 M V.O
- Midazolam 5mg Ampolla 1 ampolla IM condicional a agitación psicomotriz

CONTROL DE SIGNOS VITALES

- P/A : 110/60 mmHg
- T° : 36.2C°
- FC : 86 X min
- R : 20 X min
- SatO2 : 98%

EXÁMENES DE LABORATORIO

HEMOGRAMA COMPLETO	RESULTADOS	VALORES REFERENCIALES
Hemoglobina	10 gr/dL	≥15 años: 12.0 – 16.0 2 meses – 15 años: 11-14.5 29 días – 2 meses: 9.4 -13 Hasta 28 días: 14.5 -22 36.0 –46.0
Hematocrito	33%	38 – 48 %
Leucocitos	4,870x mm ³	5.5 – 12 ml/mm ³
Linfocitos	20%	30 - 40%
Plaquetas	220.000	150.000- 400.000 mm ³

Fuente: HC- Exámenes de laboratorio

EXAMEN FÍSICO CÉFALO CAUDAL

ESTADO GENERAL	Paciente afectado mentalmente, con descuido personal, tendencia a la autoagresión y heteroagresión, alucinaciones visuales y auditivas, sin conciencia de enfermedad
ESTADO DE CONCIENCIA	Desorientado en lugar, tiempo, y espacio.
CABEZA / CARA / OJOS / NARIZ / BOCA / OÍDOS	Cabeza normo cefálico, cabello corto, buena implantación capilar, adecuada higiene, ojos simétricos, fosas nasales permeables, pabellones auriculares simétricos sin cerumen, labios hidratados.
PIEL Y MUCOSA	Piel pálida, de contextura normal, caliente al tacto, mucosa oral hidratada.
CUELLO	Características normales no hay presencia de deformaciones, simétrico, ganglios linfáticos normales, no presenta nódulos, ni edemas ni tumoraciones.
TÓRAX	Tórax normal simétrico, sin dolor a la palpación sin presencia de masas y a la auscultación sonoridad conservada, murmullo vesicular conservada
MIEMBROS SUPERIORES	Con fuerza y tono muscular conservados
ABDOMEN	Doloroso ala palpación, ruidos aéreos presentes aumentados
ÁREA PERINEAL GENITALES	Bello pubiano en forma triangular Examen físico: genitales íntegros
EXTREMIDADES INFERIORES	Simétricos, móviles sin presencia de edemas

Fuente: examen físico céfalo caudal aplicando la observación en el proceso de cuidados del paciente adolescente con Dx esquizofrenia.

Elaboración: Propia

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

- **Apetito** : Normal
- **Sed** : Aumentada
- **Sueño** : Alterado
- **Orinas** : Normal
- **Deposiciones** : Cada 4 días

MOTIVO DEL INGRESO

La paciente adolescente de 17 años, ingreso el 12 de octubre del 2020 por servicio de emergencia siendo hospitalizada, en el área de hospitalización de mujeres de Pb 20, por que presentaba trastorno del comportamiento, rechazaba la medicación, no lograba dormir, además presentaba signos de auto y hetero agresividad, ideas daño, alucinaciones auditivas de mujeres, dolor de cabeza, nadie la quiere, luego se desnuda, no ayuda en los quehaceres del hogar; por lo cual la mama al no poder controlar su conducta lo trae al hospital.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de la enfermedad : 04 años

Episodio actual : 20 días aproximadamente

Síntomas principales : Irritabilidad, agresividad, ideas de daño, alucinaciones auditivas, descuido de aliño y cuidado personal, insomnio.

Historia de la enfermedad :

- **Inicio** : Insidioso
- **Curso** : Progresivo

Datos Objetivos

Paciente adolescente hospitalizada, con diagnóstico de esquizofrenia (F20) se

encuentra siguiendo un tratamiento médico en el área de psiquiatría de agudos de mujeres en el pabellón 20, Se observa en su unidad, sentada en su cama en posición semifowler vestida de acuerdo a la estación, sin orientación en espacio y persona, cuando se le llama por su nombre alza la mirada establece contacto visual, con dificultad para comunicarse. Además, espontáneamente se golpea el rostro, se jala los cabellos, grita, a la evaluación piel pálida, de contextura normal, caliente al tacto, mucosa oral hidratada, ventilando espontáneamente, abdomen doloroso ala palpación, ruidos hidroaéreos aumentados, miembros superiores e inferiores normales, con risas inmotivadas, y conducta erótica, por alucinaciones auditivas de tipo comandatorias, luego se observa irritable, inquieta con conducta de agitación psicomotriz, no logra conciliar sueño, y se dirige a la puerta de salida, agrade a sus compañeras y/o personal técnico de enfermería.

Datos Subjetivos

Paciente refiere “me duele” “me arde” escucho voces “que me quiere Ana”, “quiero ir a casa llamen a mi mamá. “No me gusta que me rodeen las personas las voces dicen que son malas” “Escucho voces que no me dejan dormir, ellas gritan, me duele la cabeza” “No deseo tomar ese tratamiento, No me hace nada”, “Nadie me quiere”.

VALORACION POR DOMINIOS

DOMINIO	DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS
<p align="center">DOMINIO 1 PROMOCION DE LA SALUD</p>	<p>No tiene conciencia de enfermedad, ingresa por incumplimiento terapéutico, ejercicios disminuidos.</p>
<p align="center">DOMINIO 2 NUTRICION</p>	<p>Al ingreso presenta, peso 61 Kg, mide 1.55cm, IMC25.4 Apetito aumentado, ingesta de alimentos desmesurado</p>
<p align="center">DOMINIO 3 ELIMINACION E INTERCAMBIO</p>	<p>No presenta problemas al orinar, habito intestinal alterado cada 4 días hace deposición.</p>
<p align="center">DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO</p>	<p>Hiperactividad motora, alucinaciones auditivas, agitación psicomotriz por lo que administra tratamiento de sujeción y farmacológico, presenta dificultad para realizarse en su higiene personal, requiere apoyo, con insomnio duerme dos horas afectando su estado de ánimo ocasionando irritabilidad, somnolencia, dificultad para realizar actividades de día, no participa en actividades recreativas, por conducta desorganizada.</p>
<p align="center">DOMINIO 5 PERCEPCION Y COGNICION</p>	<p>Desorientada en espacio y tiempo paciente intranquila, con dificultad para expresar emociones, se comunica con habla incoherente, alucinaciones auditivas” Escucha voces”</p>
<p align="center">DOMINIO 6 AUTOPERCEPCION</p>	<p>Presencia de alucinaciones auditivas. ”Escucha voces”</p>
<p align="center">DOMINIO 7 ROL / RELACIONES</p>	<p>Soltera vive con su mama y hermana las relaciones no son armoniosas por la enfermedad de la paciente, madre refiere. Paciente con dificultad para relacionarse con sus compañeras, se aísla del grupo.</p>

DOMINIO 8 SEXUALIDAD	Se identifica como mujer
DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS	Se muestra inquieta, ansiosa, con tendencia al aislamiento, no desea tomar tratamiento
DOMINIO 10 PRINCIPIOS VITALES	Familia de religión cristiana.
DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCION	Estado de enfermedad no controlada, paciente presenta riesgo de autoagresión y heteroagresión.
DOMINIO 12 CONFORT	Paciente refiere dolor abdominal al ser evaluada
DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Paciente con discapacidad neurocognitivo y social.

Fuente: NANDA 2021 -2023 Valoración por dominios.

VALORACION SEGÚN DOMINIOS ALTERADOS

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere; “No deseo tomar ese tratamiento, no me hace nada” Datos objetivos: No tiene conciencia de enfermedad, ingresa por incumplimiento terapéutico, ejercicios disminuidos.</p>	<p>DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD CLASE 2: Concepto: Mantenimiento Ineficaz de la Salud Cód.: (00099)</p>
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere; “Escucho voces que no me dejan dormir, ellas gritan, me duele la cabeza” Datos objetivos: Se observa a Paciente Somnolienta, dificultad para conciliar sueño solo duerme dos horas</p>	<p>DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE 1: concepto: Insomnio Cód.: (00095)</p>
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere; “Escucho voces”. Datos objetivos: Paciente desorientada, irritable, inquieta con conducta de agitación psicomotriz, no logra conciliar sueño, y se dirige a la puerta de salida, agrade a sus compañeras.</p>	<p>DOMINIO 5 PERCEPCION Y COGNICION CLASE: 4 Concepto: Cognición Código: (00130) Trastorno de los procesos de pensamiento</p>
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere; “No me gusta que me rodeen las personas las voces dicen que son malas” Datos objetivos: Paciente agrade a las personas que lo rodean, no participa en actividades diarias en el hogar y fuera de él</p>	<p>DOMINIO 7: ROL / RELACIONES CLASE: 3 Desempeño del rol Código: (00052) Deterioro de la interacción social Código: (00062) Riesgo de cansancio del rol del cuidador</p>
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere: me duele” “me arde” escucho voces “que me quiere Ana”, “quiero ir a casa llamen a mi mamá. Datos objetivos: Paciente espontáneamente se golpea el rostro, se jala los cabellos, agrade a sus compañeras y/o personal técnico de enfermería</p>	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION CLASE: 3 Violencia Código: (00140)</p>

Fuente: Valoración según datos objetivos y subjetivos en el proceso de cuidados del paciente adolescente con Dx esquizofrenia.

CONFRONTACIÓN CON LA LITERATURA ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

DATOS SEGÚN DOMINIO	CONFRONTACIÓN CON LA LITERATURA	ANÁLISIS DE INTERPRETACION
DOMINIO 1 PROMOCION DE LA SALUD CLASE 2: Concepto: Mantenimiento Ineficaz de la Salud Cod:(00099)	<p>Mantenimiento ineficaz de la salud se definen como trastorno por el que el paciente es incapaz de identificar, manejar o solicitar la ayuda para mantener su salud.</p>	<p>Mantener un estado óptimo de salud en nuestro organismo va a depender de que cuidados le demos y que nos indican para salir del proceso que nos aqueja en muchos de nuestros pacientes psiquiátricos en el caso de esquizofrenia.</p>
DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO CLASE 1: concepto: Insomnio Cod:(00095) CLASE 5: concepto: Autocuidado: baño Cod:(00108)	<p>El insomnio es una enfermedad que se define como dificultad para iniciar o mantener el sueño y puede manifestarse como dificultad para conciliar el sueño, este trastorno que puede llegar a interferir de forma significativa en la vida de la persona que lo sufre, por eso conocer sus principales causas y tratamientos puede ser de ayuda a la hora de abordar este problema de salud.</p> <p>El autocuidado se refiere Incapacidad para completar de forma independiente las actividades de higiene.</p>	<p>El sueño es un componente vital e importante porque permite que el cuerpo se repare, prepare y este en forma para el día siguiente, dormir lo suficiente es esencial para ayudar a mantener buena salud y un bienestar óptimo, cuando se trata de salud, el sueño es tan vital como el ejercicio regular y una dieta balanceada para tener mayor concentración y productividad.</p> <p>La importancia del autocuidado es todo lo que haces para cuidar de ti mismo, para estar bien física. mental y emocionalmente.</p>
DOMINIO 5 PERCEPCION Y COGNICION CLASE: 4 Concepto: Cognición Trastorno de los procesos de pensamiento Código: (00130)	<p>Los trastornos del pensamiento son alteraciones psicológicas dicho síntoma altera la cognición de la persona como consecuencia hay una disfunción en la comunicación, tanto en el propio nivel del pensamiento como el lenguaje.</p>	<p>Este proceso mental propio del hombre, hace que los seres humanos sean capaces de crear sus propias creencias, símbolos, juicios de valor, etc., en muchas ocasiones le permite reflexionar, juzgar, realizar, explorar directamente mediante expresiones del lenguaje.</p>
DOMINIO 7: ROL / RELACIONES Clase: 3 Desempeño del rol Deterioro de la interacción social Código: (00052)	<p>Las habilidades sociales se definen como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en una situación interpersonal, que expresa y recibe opiniones, sentimientos y deseos, que conversa, que defiende y respeta los derechos personales de un modo adecuado, aumentando la probabilidad de reforzamiento disminuyendo la probabilidad de problemas en las interacciones sociales.</p>	<p>La interacción social permite poner en diálogo saberes particulares que configuran al ser humano desde diferentes esferas: sociales, académicas, familiares, religiosas, política, las cuales posibilitan apropiar diversos conocimientos para la construcción de tejido social.</p>

<p>DOMINIO 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés Clase 2: Respuesta de afrontamiento Código:00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico</p>	<p>Se define como Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar los objetivos de salud.</p>	<p>La integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad es importante que la familia de apoyo y de seguimiento al cumplimiento del régimen del tto para que la eficacia del tratamiento sea óptimo y cumpla con sus objetivos específicos de salud.</p>
<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION CLASE: 3 Violencia Código: (00140)</p>	<p>Se define la violencia como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.</p>	<p>El ser humano en ocasiones utiliza ese impulso de agresividad con conciencia e intención de provocar daño, es entonces cuando se define como violencia y puede considerarse una agresividad patológica.</p>

Fuente: Confrontación con la literatura análisis e interpretación en el proceso de cuidados del paciente adolescente con Dx esquizofrenia.

4.2.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- **00130 Trastorno de los procesos de pensamiento** R/C Pensamiento inapropiado no basado en la realidad E/P ideas delirantes.
- **00052 Deterioro de la interacción social** R/C Alteración en los procesos de pensamiento. E/P referencias verbales u observación de incapacidad para recibir o expresar de manera satisfactoria sentimientos de pertenencia, afecto, interés o historia compartida.
- **00095 Insomnio** R/C dificultad para conciliar sueño duerme dos horas E/P alucinaciones auditivas de tipo comandatorias.
- **00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico** R/C Desconfianza del régimen de tratamiento prescrito E/P elección de actividades ineficaces para conseguir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención.
- **00140 Riesgo de violencia auto dirigida** R/C pobre control de impulsos E/P rechazo al tratamiento terapéutico.
- **00099 Mantenimiento ineficaz de la salud** R/C habilidades de comunicación ineficaces E/P conocimiento insuficiente sobre las prácticas básicas de salud.
- **00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador** R/C Aislamiento E/P Conducta problemática
- **00002 Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades** R/C Desórdenes mentales E/P resultados de laboratorio, Hemoglobina 10g/dl, Peso 61 Kg, Talla 1.55cm, IMC 25.4.
- **00150 Riesgo de suicidio** R/C Enfermedad o trastorno psiquiátrico (Esquizofrenia)
- **00108 Déficit de auto cuidado de baño** R/C Deterioro cognitivo E/P dificultad para realizarse su higiene.

PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

<p>00130 Trastorno de los procesos de pensamiento R/C Pensamiento inapropiado no basado en la realidad E/P ideas delirantes</p> <p>00052 Deterioro de la interacción social R/C Alteración en los procesos de pensamiento. E/P Referencias verbales u observación de incapacidad para recibir o expresar de manera satisfactoria sentimientos de pertenencia, afecto, interés o historia compartida.</p> <p>00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico R/C Desconfianza del régimen de tratamiento prescrito E/P Elección de actividades ineficaces para conseguir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención.</p> <p>00108 Déficit de auto cuidado de baño: baño R/C Deterioro cognitivo E/P dificultad para realizarse su higiene.</p> <p>00099 Mantenimiento ineficaz de la salud R/C Habilidades de comunicación ineficaces E/P conocimiento insuficiente sobre las prácticas básicas de salud</p>	<p>DIAGNOSTICOS REALES</p>
<p>00140 Riesgo de violencia auto dirigida R/C Pobre control de impulso E/P rechazo al tratamiento</p> <p>00095 Insomnio R/C Dificultad para conciliar sueño duerme dos horas E/P alucinaciones auditivas de tipo comandatorias.</p> <p>00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador R/C Aislamiento E/P Conducta problemática</p>	<p>DIAGNOSTICOS POTENCIALES</p>

Fuente: NANDA 2021-2023 Priorización de diagnóstico Reales y Potenciales de enfermería de paciente adolescente con Dx esquizofrenia.

4.2.3. PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA N° 1

Nombre del Paciente: NHC

EDAD: 17 años

Dx: Esquizofrenia

VALORACINÓ	DIAGNÓSTIC O	PRIORIDAD	PLANIFICACIÓN NOC - RESULTADO ESPERADO PACIENTE CONTROLARÁ, RECONOCERÁ QUE TIENE ALUCINACIONES.	INTERVENCIÓN – NIC INTERVENCIONES	EVALUACIÓN																												
<p>Datos Subjetivos</p> <p>Paciente refiere: “Escucho voces”</p> <p>Datos Objetivos</p> <p>Paciente irritable, inquieta con conducta de agitación psicomotriz, no logra conciliar sueño, se dirige a la puerta de salida agrade a sus compañeras</p>	<p>ETIQUETA</p> <p>Trastorno de los procesos de pensamiento R/C</p> <p>Pensamiento inapropiado no basado en la realidad</p> <p>E/P ideas delirantes</p> <p>DOMINIO:5</p> <p>Percepción</p> <p>Clase 4</p> <p>Cognición</p> <p>Código: (00130)</p>	<p>ALTA</p>	<p>ETIQUETA NOC: AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO</p> <p>Definición: Autor restricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento o pensamiento</p> <p>DOMINIO: Salud Psicosocial (III)</p> <p>Clase: Control (O)</p> <p>Código NOC: 1403</p> <p>PUNTACIÓN DIANA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>MANTENER A</th> <th>AUMENTAR A:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor inicial 1</td> <td>Valor final 3</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>ESCALA</th> <th>TOTAL</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>140301 Reconoce que tiene alucinaciones</td> <td>1.Nunca demostrado</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>140304 verbaliza el contenido de alucinaciones</td> <td>2.Raramente. Demostrado</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>140305 Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes</td> <td>3.Aveces demostrado</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>140318 utiliza discurso organizado</td> <td>4.Frecuentemente Demostrado</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5.Siempre Demostrado</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	MANTENER A	AUMENTAR A:	Valor inicial 1	Valor final 3	INDICADORES	ESCALA	TOTAL	TOTAL	140301 Reconoce que tiene alucinaciones	1.Nunca demostrado	1	3	140304 verbaliza el contenido de alucinaciones	2.Raramente. Demostrado	1	3	140305 Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes	3.Aveces demostrado	1	3	140318 utiliza discurso organizado	4.Frecuentemente Demostrado	1	3		5.Siempre Demostrado			<p>6460 Manejo de ideas ilusorias:</p> <p>Fomento de la comodidad, seguridad y orientación a la realidad de un paciente que experimenta creencias falsas, fijas, que tienen poca o ninguna base real.</p> <p>Actividades</p> <p>-Se realizó al acercamiento al paciente de forma calmada y confiada.</p> <p>-Se ayuda al paciente a identificar las situaciones y/o sentimientos que puedan provocar autolesión.</p> <p>-Se realizó actividades recreativas y de diversión que requieren de atención o habilidad.</p> <p>-Se administró tratamiento según indicación médica: Trifluperazina 5mg 2 tabletas VO carbamazepina 200g, 1tab VO Clonazepan 2 mg, 1 tableta Midazolán 5mg amp (con. Agit.)</p> <p>-Se promovió la disminución de estímulo ambientales excesivos.</p> <p>-Se proporcionó a la paciente la oportunidad de comentar las alucinaciones.</p>	<p>Paciente controla y reconoce que tiene alucinaciones de manera regular expresa las voces auditivas con puntuación</p> <p>DIANA</p> <p>Aveces</p> <p>Demostrado (3)</p>
MANTENER A	AUMENTAR A:																																
Valor inicial 1	Valor final 3																																
INDICADORES	ESCALA	TOTAL	TOTAL																														
140301 Reconoce que tiene alucinaciones	1.Nunca demostrado	1	3																														
140304 verbaliza el contenido de alucinaciones	2.Raramente. Demostrado	1	3																														
140305 Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes	3.Aveces demostrado	1	3																														
140318 utiliza discurso organizado	4.Frecuentemente Demostrado	1	3																														
	5.Siempre Demostrado																																

PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA N° 2

Nombre del Paciente: NHC

EDAD: 17 años

Dx: Esquizofrenia

VALORACÓN	DIAGNÓSTICO	PRORIDAD	PLANIFICACION NOC - RESULTADO ESPERADO PACIENTE INTERACCIONARÁ CON LOS DEMÁS DE MANERA ADECUADA.	EJECUCIÓN –NIC INTERVENCIONES	EVALUACIÓN																												
<p>Datos Subjetivos:</p> <p>Paciente refiere: “No me gusta que me rodeen las personas las voces dicen que son malas”</p> <p>Datos Objetivos:</p> <p>Paciente agrade a las personas que lo rodean, no participa en actividades diarias en el hogar y fuera de él.</p>	<p>ETIQUETA</p> <p>Deterioro de la interacción social R/C Alteración de los procesos del pensamiento E/P</p> <p>Referencias verbales u observación de incapacidad para recibir o expresar de manera satisfactoria sentimientos de pertenencia, afecto, interés o historia compartida.</p> <p>DOMINIO 7: Rol/Relaciones Clase 3: Desempeño del rol. Código: (00052)</p>	<p>ALTA</p>	<p>ETIQUETA NOC: HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL</p> <p>Definición: Conductas personales que fomentan relaciones eficaces.</p> <p>DOMINIO: Salud Psicosocial (III)</p> <p>Clase: Implicación social</p> <p>Código NOC: 1503</p> <p style="text-align: center;">PUNTACION DIANA</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">MANTENER A</td> <td style="text-align: center;">AUMENTAR A:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Valor inicial 2</td> <td style="text-align: center;">Valor final 4</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">INDICADORES</th> <th style="width: 25%;">ESCALA</th> <th style="width: 12.5%;">TOTAL</th> <th style="width: 12.5%;">TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>140309 Interacciona con los demás de forma adecuada</td> <td style="text-align: center;">1.Nunca demostrado</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>150311 Participación en actividades de ocio</td> <td style="text-align: center;">2.Raramente.Demostrado</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>150205 muestra conducta asertiva si procede</td> <td style="text-align: center;">3.Aveces demostrado</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>150211 parece relajado</td> <td style="text-align: center;">4.Frecuentemente Demostrado</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">5.Siempre Demostrado</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	MANTENER A	AUMENTAR A:	Valor inicial 2	Valor final 4	INDICADORES	ESCALA	TOTAL	TOTAL	140309 Interacciona con los demás de forma adecuada	1.Nunca demostrado	2	4	150311 Participación en actividades de ocio	2.Raramente.Demostrado	2	4	150205 muestra conducta asertiva si procede	3.Aveces demostrado	2	4	150211 parece relajado	4.Frecuentemente Demostrado	2	4		5.Siempre Demostrado			<p>5100 Potenciación de la socialización: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.</p> <p style="text-align: center;">Actividades</p> <p>-Se fomenta la participación en grupo -Se incluyó al paciente en la planificación de actividades recreativas grupales (terapia física y juegos lúdicos) -Se alentó de forma positiva al paciente cuando establecía el contacto con sus compañeras. -Se respondió de manera positiva cuando el paciente realizo una mejora del cuidado de su aspecto general -Se fomentó apoyo de sus compañeras del servicio hacia el paciente en la ejecución de diferentes actividades</p>	<p>Paciente interacciona y participa de actividades recreativas aumentando sus habilidades de interacción social de forma adecuada con puntuación DIANA Frecuentemente demostrado (4)</p>
MANTENER A	AUMENTAR A:																																
Valor inicial 2	Valor final 4																																
INDICADORES	ESCALA	TOTAL	TOTAL																														
140309 Interacciona con los demás de forma adecuada	1.Nunca demostrado	2	4																														
150311 Participación en actividades de ocio	2.Raramente.Demostrado	2	4																														
150205 muestra conducta asertiva si procede	3.Aveces demostrado	2	4																														
150211 parece relajado	4.Frecuentemente Demostrado	2	4																														
	5.Siempre Demostrado																																

PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA N° 3

Nombre del Paciente: NHC

EDAD: 17 años

Dx: Esquizofrenia

VALORACION	DIAGNOSTICO	PRORIDAD	PLANIFICACION NOC - RESULTADO ESPERADO Paciente logra mejorar su ciclo de sueño de 8 horas completas	EJECUCION –NIC INTERVENCIONES	EVALUACION																																
<p>Datos Subjetivos</p> <p>Paciente refiere: “Escucho voces que no me dejan dormir, ellas gritan, me duele la cabeza”</p> <p>Datos Objetivos</p> <p>Se observa a Paciente somnolienta, no logra conciliar sueño solo duerme dos horas.</p>	<p>ETIQUETA</p> <p>INSOMNIO</p> <p>R/C Escucho voces que no me dejan dormir, ellas gritan, me duele la cabeza.</p> <p>E/P Alucinación auditiva de tipo comandatorias Código: (00095)</p> <p>DOMINIO:4 Actividad y Reposo</p> <p>Clase 1: Sueño /Reposo</p>	<p>ALTA</p>	<p>PLANIFICACION NOC - RESULTADO ESPERADO</p> <p>ETIQUETA NOC: SUEÑO: Definición: Suspensión periódica de la conciencia durante la cual se recupera el organismo. DOMINIO: Salud Funcional (I) Clase: Mantenimiento de la energía (A) Código NOC: 0004</p> <p>PUNTACION DIANA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">MANTENER A:</th> <th colspan="2">AUMENTAR A:</th> </tr> <tr> <th colspan="2">VALOR INICIAL 2</th> <th colspan="2">VALOR FINAL 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>ESCALA</th> <th>TOTAL</th> <th>TOTAL</th> </tr> <tr> <td>000401 Horas de sueño</td> <td>1.Grav.Compro</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>000404 Calidad de sueño</td> <td>2.Sust.Compro</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>000407 Habito de sueño</td> <td>3.Mod.Compro</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>000418 Duerme toda la noche.</td> <td>4.Leve.Compro</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5.No Comprometido</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	MANTENER A:		AUMENTAR A:		VALOR INICIAL 2		VALOR FINAL 4		INDICADORES	ESCALA	TOTAL	TOTAL	000401 Horas de sueño	1.Grav.Compro	2	4	000404 Calidad de sueño	2.Sust.Compro	2	4	000407 Habito de sueño	3.Mod.Compro	2	4	000418 Duerme toda la noche.	4.Leve.Compro	2	4		5.No Comprometido			<p>1850 Mejorar el sueño: -Observar y registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente 6482 Manejo ambiental: Confort</p> <p>Actividades -Se determinó los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema del sueño -Se estableció una rutina a la hora de irse a la cama, para facilitar la transición del estado de vigilia del sueño. -Se favoreció el sueño mediante ejercicios de relajación y juego de mesa -Se regulo los estímulos ambientales como: luz, ruidos, para mantener los ciclos de día – noche. -Se administró tratamiento médico indicado: Clonazepan 2 mg V.O 1 ½ tab, Clorpromazina 100mg V.O 2 tab</p>	<p>Paciente logra mejorar su sueño de 8 hrs completas con evidencia que duerme toda la noche s/perturbaciones con puntuación DIANA Leve comprometido (4)</p>
MANTENER A:		AUMENTAR A:																																			
VALOR INICIAL 2		VALOR FINAL 4																																			
INDICADORES	ESCALA	TOTAL	TOTAL																																		
000401 Horas de sueño	1.Grav.Compro	2	4																																		
000404 Calidad de sueño	2.Sust.Compro	2	4																																		
000407 Habito de sueño	3.Mod.Compro	2	4																																		
000418 Duerme toda la noche.	4.Leve.Compro	2	4																																		
	5.No Comprometido																																				

PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA N° 4

Nombre del Paciente: NHC

EDAD: 17 años

Dx: Esquizofrenia

VALORACION	DIAGNOSTICO	PRORIDAD	PLANIFICACION NOC- RESULTADO ESPERADO	EJECUCION –NIC INTERVENCIONES	EVALUACION																								
<p>Datos Subjetivos.</p> <p>Paciente refiere: No deseo tomar ese tratamiento. No me hace nada</p> <p>Datos Objetivos</p> <p>Se observa que la paciente escupe el tratamiento y se niega a recibirlo.</p>	<p>ETIQUETA Manejo inefectivo del régimen terapéutico</p> <p>R / C Desconfianza del régimen de tratamiento prescrito</p> <p>E/P Elección de actividades ineficaces para conseguir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención.</p> <p>DOMINIO 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés</p> <p>Clase 2: Respuesta de afrontamiento Código: (00078)</p>	<p>ALTA</p>	<p>PLANIFICACION NOC- RESULTADO ESPERADO Paciente aceptara conocimiento sobre su régimen terapéutico en el proceso de su enfermedad</p> <p>ETIQUETA NOC: CONOCIMIENTO: RÉGIMEN TERAPÉUTICO Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre el régimen terapéutico específico DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud IV Clase: Conocimiento sobre su condición de salud Código NOC: 1813</p> <p>PUNTACION DIANA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>MANTENER A</th> <th>AUMENTAR A:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor inicial 2</td> <td>VALOR FINAL 4</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>ESCALA</th> <th>TOTAL</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>181310 Proceso de la enfermedad.</td> <td>1.Ningun conocimiento</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>181306 Régimen de medicación prescrita</td> <td>2.Conocimiento escaso</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>181302 Responsabilidad autocuidado</td> <td>3.Conocimiento moderado</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>181316 Beneficios del control de la enfermedad</td> <td>4.Conocimiento sustancial</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	MANTENER A	AUMENTAR A:	Valor inicial 2	VALOR FINAL 4	INDICADORES	ESCALA	TOTAL	TOTAL	181310 Proceso de la enfermedad.	1.Ningun conocimiento	2	4	181306 Régimen de medicación prescrita	2.Conocimiento escaso	2	4	181302 Responsabilidad autocuidado	3.Conocimiento moderado	2	4	181316 Beneficios del control de la enfermedad	4.Conocimiento sustancial	2	4	<p>5602 Enseñanza: proceso de enfermedad</p> <p>Actividades</p> <p>-Se ayudó al paciente a la identificación de los problemas que causa el manejo inefectivo. -Se ofrece al paciente información objetiva y en términos entendibles según su nivel cultural. -Se propicia un ambiente adecuado para la relación terapéutica. -Se exploró la expresión de pensamiento y sentimientos. - Se demuestra empatía, calidez y sinceridad. - Se ayudó a que el paciente pueda expresar sus sentimientos. -Se ayudó a reconocer el conocimiento del paciente sobre su afección</p>	<p>Paciente acepta conocimientos sobre su régimen terapéutico en el proceso de su enfermedad con puntuación DIANA de Conocimiento sustancial (4).</p>
MANTENER A	AUMENTAR A:																												
Valor inicial 2	VALOR FINAL 4																												
INDICADORES	ESCALA	TOTAL	TOTAL																										
181310 Proceso de la enfermedad.	1.Ningun conocimiento	2	4																										
181306 Régimen de medicación prescrita	2.Conocimiento escaso	2	4																										
181302 Responsabilidad autocuidado	3.Conocimiento moderado	2	4																										
181316 Beneficios del control de la enfermedad	4.Conocimiento sustancial	2	4																										

PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA N° 5

Nombre del Paciente: NHC

EDAD: 17 años

Dx: Esquizofrenia

VALORACION	DIAGNOSTICO	PRORIDAD	PLANIFICACION NOC - RESULTADO ESPERADO	EJECUCION –NIC INTERVENCIONES	EVALUACION																												
<p>Datos Subjetivos. Paciente refiere: “quiero ir a mi casa, llamen a mi mamá” “Nadie me quiere”</p> <p>Datos Objetivos. Paciente se observa irritable, no desea contacto con los demás inquieta se dirige a la puerta, se cohíbe de hablar, actitud de rechazo</p>	<p>ETIQUETA: Riesgo de violencia auto dirigida</p> <p>R/C Pobre control de impulso</p> <p>E/P Rechazo al tratamiento terapéutico</p> <p>DOMINIO:11 Seguridad y/ protección Clase: 3 Violencia Código: (00119)</p>	<p>ALTA</p>	<p>PLANIFICACION NOC - RESULTADO ESPERADO Paciente controla e identificará situaciones que lo conducen a las acciones impulsivas.</p> <p>ETIQUETA NOC: AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS Definición: Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo DOMINIO: Salud Psicosocial (III) Clase: Autocontrol (O) Código NOC: 1405</p> <p>PUNTACION DIANA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>MANTENER A:</th> <th>AUMENTAR A:</th> </tr> <tr> <th>VALOR INICIAL 2</th> <th>VALOR FINAL 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INDICADORES</td> <td>ESCALA</td> <td>INICIAL</td> <td>TOTAL</td> </tr> <tr> <td>140501Identifica conductas impulsivas perjudiciales</td> <td>1.N.Demostrado</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>140502Identifica Sentimientos que conducen a acciones impulsivas</td> <td>2.R.Demostrado</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>140503Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas</td> <td>3.A.Demostrado</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>140507Verbaliza control de impulsos</td> <td>4.F.Demostrado</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5.S.Demostrado</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	MANTENER A:	AUMENTAR A:	VALOR INICIAL 2	VALOR FINAL 3	INDICADORES	ESCALA	INICIAL	TOTAL	140501Identifica conductas impulsivas perjudiciales	1.N.Demostrado	2	3	140502Identifica Sentimientos que conducen a acciones impulsivas	2.R.Demostrado	2	3	140503Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas	3.A.Demostrado	2	3	140507Verbaliza control de impulsos	4.F.Demostrado	2	3		5.S.Demostrado			<p>6487 Manejo ambiental: Actividades -Se estableció prevención de la violencia.</p> <p>4354 Manejo de la conducta: -Se le limitó a la autolesión. -Se permaneció con el paciente en situaciones de interacción inicial para fomentar su seguridad Ayuda para el control del enfado. -Se estableció relación de confianza básica con el paciente, con un lenguaje sencillo, congruente y exacto de acuerdo a su nivel cognitivo -Se logró que paciente identifique la situación estresante hasta que el paciente sea capaz de adaptarse -Se tomó precauciones necesarias para salvaguardar su integridad física de la paciente y de sus compañeras con sujeción física. -Se administró tratamiento condicional Midazolam 5mg 1 ampolla IM.</p>	<p>Paciente controla e identifica la situación que lo conduce a las acciones impulsivas con puntuación DIANA de Frecuentemente demostrado (3)</p>
MANTENER A:	AUMENTAR A:																																
VALOR INICIAL 2	VALOR FINAL 3																																
INDICADORES	ESCALA	INICIAL	TOTAL																														
140501Identifica conductas impulsivas perjudiciales	1.N.Demostrado	2	3																														
140502Identifica Sentimientos que conducen a acciones impulsivas	2.R.Demostrado	2	3																														
140503Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas	3.A.Demostrado	2	3																														
140507Verbaliza control de impulsos	4.F.Demostrado	2	3																														
	5.S.Demostrado																																

EVALUACION FINAL DE LOS OBJETIVOS.

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS(NOC)	INDICADORES	VALOR INICIAL	VALOR FINAL
(00130) Trastorno de los procesos de pensamiento	1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado	140301 Reconoce que tiene alucinaciones 140304 verbaliza el contenido de alucinaciones 140305 Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes 140318 utiliza discurso organizado	VALOR INICIA (1) ESCALA DIANA 1.Nunca demostrado 2.Raramente. Demostrado <u>3.Aveces demostrado</u> 4.Frecuentemente Demostrado 5.Siempre Demostrado	Paciente controla y reconoce que tiene alucinaciones de manera regular expresa las voces auditivas con puntuación DIANA Aveces Demostrado (3)
(00052) Deterioro de la interacción social	1502 Habilidades de interacción social	150203 Coopera con los demás 150205 muestra conducta asertiva si procede 150211 parece relajado 150212 se relaciona con los demás	VALOR INICIA (2) ESCALA DIANA 1.Nunca demostrado 2.Raramente. Demostrado 3.Aveces demostrado <u>4.Frecuentemente Demostrado</u> 5.Siempre Demostrado	Paciente interacciona y participa de actividades recreativas aumentando sus habilidades de interacción social de forma adecuada con puntuación DIANA a Frecuentemente demostrado (4)
(00095) Insomnio	0004 Sueño	000401 Horas de sueño 000404 Calidad de sueño 000407 Habito de sueño 000418 Duerme toda la noche.	VALOR INICIA (2) ESCALA DIANA 1.Grav.Compro 2.Sust.Compro 3.Mod.Compro <u>4.Leve.Compromet</u> 5.No Comprometido	Paciente logra recuperar su sueño de 8 hrs completa habitualmente con una evidencia el descanso s/perturbaciones con puntuación DIANA Leve comprometido (4)
(00078) Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico	1813 Conducta de Cumplimiento	181310 Proceso de la enfermedad. 181306 Régimen de medicación prescrita 181302 Responsabilidad autocuidado 181316 Beneficios del control de la enfermedad	VALOR INICIA (2) ESCALA DIANA 1.Ningun conocimiento 2.Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado <u>4.Conocimiento sustancial</u>	Paciente acepta conocimientos sobre su régimen terapéutico en el proceso de su enfermedad con puntuación DIANA donde logra un puntaje de Conocimiento sustancial (4)
(OO140) Riesgo de Violencia Auto dirigida	1401 Autocontrol de los impulsos	140501 Identifica conductas impulsivas perjudiciales 140502 Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas 140503 Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas 140507 Verbaliza control de impulsos	VALOR INICIA (2) ESCALA DIANA 1.N. Demostrado 2.R. Demostrado 3.A. Demostrado <u>4. F. Demostrado</u> 5.S.Demostrado	Paciente controla e identifica la situación que lo conduce a las acciones impulsivas con puntuación DIANA a Frecuentemente demostrado (3)

CAPÍTULO V

DISCUSION

La investigación realizada tiene como objetivo aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en una paciente adolescente con diagnóstico de esquizofrenia la cual fue ejecutada en Hospital de salud mental Víctor Larco Herrera - Lima, para lo cual se elaboró un plan de cuidados individualizados en base al diagnóstico médico, los problemas de salud mental que, presentaba, su tratamiento farmacológico, y la recuperación de su salud.

La implementación y ejecución del presente plan de enfermería, muestra resultados positivos, teniendo como referencia los trabajos de investigación realizados por Palomares et al.,2021 en Zaragoza: España y Arévalo, en el 2019 en Perú.

La valoración de las necesidades de la paciente adolescente con diagnóstico de esquizofrenia se desarrolló en base a los 13 dominios, semejante al trabajo de Lozano,2018 en Perú.

Los diagnósticos identificados son: Trastorno de los procesos de pensamiento, deterioro de la interacción social, insomnio, manejo inefectivo del régimen terapéutico y riesgo de violencia Auto dirigida, son similares a los estudios realizados por Palomares y Arévalo.

Las intervenciones de enfermería en la paciente adolescente con diagnóstico de esquizofrenia, requiere un acompañamiento personalizado, la supervisión del tratamiento farmacológico en relación a la complejidad de la enfermedad y al proceso de recuperación que se evidencia.

Teniendo como referencia la evaluación final de los objetivos del proceso se puede concluir que se logró la recuperación de la salud mental de la paciente.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

1. La enfermería no es solo una profesión que presta cuidados, sino mediante el modelo de enfermería basada en la evidencia, se convierte en un cuerpo de conocimientos que nos hace ser autónomas y a la vez parte esencial del equipo de salud en este caso en el área de salud mental y psiquiatría, teniendo implicancia muy importante en programas de intervención familiar, rehabilitación cognoscitiva y programas psicoeducativos tanto en forma individual como familiar, dichas actividades se realizan mediante la ejecución de un plan de cuidados de enfermería, el cual es individualizado para cada paciente.
2. La aplicación del PAE en el presente trabajo de suficiencia profesional, partió desde la valoración y aplicación de un planteamiento organizado para alcanzar los objetivos, logrando hacerse dinámico (respondió a cambios continuos); se actuó de forma interactiva, basándome en la teoría de Joyce Travelbee, persona a persona donde las relaciones recíprocas se establecen entre la enfermera – paciente, evidenciándose en un afrontamiento adecuado, mediante la experiencia de la enfermedad logrando así la aceptación y disposición a recuperar su integridad y mejorar su salud; promover un estilo de vida con calidad y evitar reingresos.
3. La aplicación del NOC mediante el uso de los indicadores de Escala Diana en el proceso de atención de enfermería juega un papel muy importante para la evaluación de los objetivos trazados y las intenciones realizadas por el profesional de enfermería.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería como parte de nuestra labor diaria en el área de Salud Mental y Psiquiatría porque permite organizar y brindar los cuidados de forma sistemática en el área cognitivo – conductual durante las distintas fases de atención: hospitalización – rehabilitación.
2. Se recomienda a todo el personal de enfermería a mantenerse actualizado sobre las innovaciones, particularmente en el área de Salud Mental y Psiquiatría utilizando los diagnósticos del NANDA, NIC y NOC.
3. Se recomienda que las instituciones formadoras del personal de enfermería, presten mayor atención al área de salud mental y que implica un gran compromiso social.
4. Se recomienda capacitar al personal de enfermería en el primer y segundo nivel de atención de salud, a fin de garantizar mayor cobertura en la promoción y prevención de enfermedades mentales a nivel local.
5. Se recomienda fomentar la participación familiar en el tratamiento y cuidados del paciente psiquiátrico con esquizofrenia a través de talleres psicosociales, terapias de grupo de familia y apoyo social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

01. Mamani O, Ramos G, Rodrigo D, Chipana N, Quispe F, Ccasa L, Mejia Ch. Prioridades de investigación en salud en las tesis universitarias en Puno, Perú. Puno: Revista Horizonte Medico. 21(03):01-06. [Articulo]. 2021. [Fecha de acceso: 06 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/g4ud1g>
02. Olivares J, Lamas J. Actitudes de los profesionales sanitarios hacia la enfermedad mental. Vigo: Universidad de Vigo. [Tesis]. 2020. [Fecha de acceso: 06 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/ceFTun>
03. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. Ginebra: OMS. [Internet]. 2022. [Fecha de acceso: 06 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/T6bt9W>
04. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. Ginebra: OMS. [Internet]. 2022. [Fecha de acceso: 06 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/cGZXzB>
05. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Washington: OPS. [Internet]. 2020. [Fecha de acceso: 06 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/iibilf>
06. Ministerio de Salud del Perú. Minsa: conoce las señales de alerta para identificar un posible caso de esquizofrenia. Lima: MINSA. [Internet]. 2020. [Fecha de acceso: 07 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/S8eCBZ>

07. Ministerio de Salud del Perú. Afiliados al SIS con trastornos mentales podrán atenderse en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera. Lima: MINSA. [Internet]. 2020. [Fecha de acceso: 07 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/3NSm4a>
08. Castillo L, Heinsohn M, Hernández O. Bioética y atención de pacientes con trastornos de salud mental: Una mirada desde la enfermería. Valdivia: Universidad Austral de Chile. [Tesis]. 2018. [Fecha de acceso: 07 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/7Ecail>
09. Donate D. Percepción de los profesionales de enfermería ante la adherencia terapéutica del paciente diagnosticado de esquizofrenia en régimen hospitalario. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. [Tesis]. 2019. [Fecha de acceso: 07 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/ltuCZA>
10. Martínez D. Abordaje de enfermería basado en el modelo de Peplau sobre el control de impulsos ineficaz. San José: Avances en Enfermería. 38(01):87-94. [Artículo]. 2019. [Fecha de acceso: 08 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/RLWYKr>
11. Obando E, Vilca M. Percepción del cuidado humanizado y nivel de ansiedad en pacientes del Servicio de Emergencia Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín. [Tesis]. 2019. [Fecha de acceso: 08 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/N1kjLR>

12. Peña P. Factores asociados al desarrollo de esquizofrenia en pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo de enero 2016 - agosto 2019. Lima: Universidad Ricardo Palma. [Tesis]. 2021. [Fecha de acceso: 08 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/Tjxueo>
13. García C, Guillen A, Maldonado J. Proceso de atención en enfermería en esquizofrenia paranoide posterior a un TEC. Cañar: Revista Médica Ocronos. 04(04):105-110. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 08 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/WnKW8R>
14. Palomares V, Piqueras M, Miñes T, Del Barrio N, Atares A, Mairal M. Proceso atención enfermería en paciente con esquizofrenia paranoide episódica. Zaragoza: Revista Sanitaria de Investigación. [Internet]. 2021. [Fecha de acceso: 08 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/14a3rJ>
15. Arévalo R. Proceso de atención de enfermería en paciente con esquizofrenia paranoide. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. [Tesis]. 2018. [Fecha de acceso: 09 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/TdSPLn>
16. Lozano E. Proceso de atención de enfermería en el paciente con esquizofrenia paranoide. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. [Tesis] 2018. [Fecha de acceso: 09 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/dfNKcU>

17. Miranda K, Rodríguez Y, Cajachagua M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Lima: Revista de Enfermería Universitaria. 16(04):374-389. [Artículo]. 2019. [Fecha de acceso: 09 junio 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/NG5frM>
18. Instituto Nacional de Salud Mental. La Esquizofrenia. Bethesda: NIMH. [Internet]. 2021. [Fecha de acceso: 09 junio 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/lbGFwd>
19. Organización Mundial de la Salud. Aparición de trastornos mentales, salud mental en las situaciones de emergencia. Ginebra: OMS. [Internet]. 2022. [Fecha de acceso: 09 junio 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/j1ddEu>
20. Organización Mundial de la Salud. CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Ginebra: OMS. [Internet]. 2022. [Fecha de acceso: 10 junio 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/mYIV4D>
21. Chamba M, Paccha C, Aguilar M, Romero I, Rodríguez J. Evaluación del proceso de atención de enfermería en un hospital obstétrico. Machala: Revista Científica Dominio de las Ciencias. 07(04):638-647. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 10 junio 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/xpPDcT>
22. Velazco Y, Quintana I, Caridad M, Alfonso A, Zamora E. Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso. Matanzas: Revista Médica Electrónica. 40(04):1163-1171. [Artículo]. 2018. [Fecha de acceso: 10 junio 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/annsUi>

23. Sánchez R. Dificultades del lenguaje y la comunicación en personas con esquizofrenia. San Cristóbal de La Laguna: Universidad La Laguna. [Tesis]. 2019. [Fecha de acceso: 10 junio 2022]. Disponible en: <http://bit.do/fUL6v>
24. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú. Lima: MINSa. [Internet]. 2021. [Fecha de acceso: 13 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/ssmo6D>
25. Velazco Y, Quintana U, Fernández M, Alfonso A, Zamora E. Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso. Matanzas: Revista Médica Electrónica. 40(04):1163-1171. [Artículo]. 2018. [Fecha de acceso: 13 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/yQuWi5>
26. García Á. Síndrome catatónico en una adolescente gambiana: presentación de un caso inusual. Gambia: Archivo Medico Camagüey. 25(04):01. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 14 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/AGxuJ0>
27. Rondón D, Cruzado L. Almohada catatónica. Lima: Revista Médica Herediana. 31(01): 192. [Artículo]. 2020. [Fecha de acceso: 14 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/jUJuub>
28. López M. Tratamientos farmacológicos de la esquizofrenia. Buenos Aires: Ciencia e Investigación. 67(03):05-17. [Artículo]. 2017. [Fecha de acceso: 14 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/ls5VaY>

29. Ferrer P. Caso clínico de paciente con esquizofrenia en urgencias. Zaragoza: Revista Electrónica de Portales Medicos.com. [Internet]. 2020. [Fecha de acceso: 15 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/yNim4N>
30. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Guía Clínica Esquizofrenia en Niños y Adolescentes. Tlalpan: HPIJNN. [Internet]. 2020. [Fecha de acceso: 15 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/jf4ibT>
31. Márquez M, Arroyo E, Granados A, Llerenas A. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro: 50 años de atención a la salud mental de niños y adolescentes en México. Cuernavaca: Revista Salud Pública de México. 59(04):477-484. [Artículo]. 2017. [Fecha de acceso: 15 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/i3CEtk>
32. Escamilla R, Becerra C, Armendáriz Y, Corlay I, Herrera M, Llamas R, Meneses Ó, Quijada J, Reyes F, Rosado A, Rosel M, Saucedo E. Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. Revista Gaceta Medica de México Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina de México. 157(04):S(4)1-S(4)12. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 16 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/dNjNw6>
33. Stucchi S. La esquizofrenia. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. [Internet]. 2022. [Fecha de acceso: 16 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/aAQ31u>

34. Orellana G, Rodríguez M, González N, Duran E. Esquizofrenia y su asociación con enfermedades médicas crónicas. Santiago de Chile: Revista Médica de Chile. 145(01):1047-1053. [Artículo]. 2017. [Fecha de acceso: 17 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/usRdrn>
35. Newton R, Rouleau A, Nylander A, Loze J, Reemann H, Steeves S, Crespo B. Diversas definiciones del curso temprano de la esquizofrenia: Una revisión de la literatura específica. Melbourne: Schizophrenia International Research Society. 04(21):01-10. [Artículo]. 2018. [Fecha de acceso: 17 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/E45AbV>
36. Cornblatt B. El pródromo esquizofrénico: una promesa para la prevención. Nueva York: Dialogues in Clinical Neuroscience. 03(02):93-98. [Artículo]. 2022. [Fecha de acceso: 19 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/xw6k1a>
37. Ropper A, Lieberman J, First M. Desórdenes psicóticos. Nueva York: The New England Journal of Medicine. 379(03):270-280. [Artículo]. 2018. [Fecha de acceso: 19 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/lumsji>
38. Morillas M, Simão L, Pineda D. Fármacos antipsicóticos. Málaga: Revista Medicina Familiar de Andalucía. 19(01):48-52. [Artículo]. 2018. [Fecha de acceso: 20 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/TeHbR8>
39. Pardo G, Vázquez J, Gómez M, Ayesa R, Ortiz V, Crespo B, Pelayo J. Datos sobre la psicosis activa y el resultado funcional, entre otras variables clínicas, durante las

- primeras fases de la enfermedad en el primer episodio de psicosis en el programa de seguimiento de 10 años de PAFIP. Santander: Schizophrenia Research. 220(06):240-247. [Artículo]. 2020. [Fecha de acceso: 20 junio 2022]. Disponible en: <http://bit.do/fUNYg>
40. Díaz I. Valoración y análisis de la calidad de vida en el cuidador principal de personas con esquizofrenia. Una Perspectiva Enfermera. Murcia: Universidad de Murcia. [Tesis]. 2015. [Fecha de acceso: 22 junio 2021]. Disponible en: <https://anon.to/i1mpDR>
41. Núñez A, Frómeta C, Hechavarria D. Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia paranoide en el área de salud "28 de septiembre". La Habana: Revista Cubana de Medicina General Integral. 29(02):141-150. [Artículo]. 2018. [Fecha de acceso: 22 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/hbrM6C>
42. Belayneh Z, Abebaw D, Amare T, Haile K, Abebe Z. Percepción sobre las causas de esquizofrenia y factores asociados entre los residentes del distrito de Feresbet: un estudio basado en la comunidad. Dilla: BMC Public Health. 19(338):01-07. [Artículo]. 2019. [Fecha de acceso: 24 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/rauvlX>
43. Guzmán B. Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Tesis]. 2018. [Fecha de acceso: 24 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/zGplfn>
44. Santiago B. Abordaje de pacientes con esquizofrenia por parte de los servicios de Guardia y Casa de Medio Camino de un hospital de CABA a partir de la Ley 26.657.

- Palermo: Universidad de Palermo. [Tesis]. 2018. [Fecha de acceso: 24 junio 2022].
Disponibile en: <https://anon.to/xuG8bE>
45. Soler M. La esquizofrenia y su estigma social: Una aproximación a la percepción actual. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. [Tesis]. 2019. [Fecha de acceso: 25 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/5EMccM>
46. Ministerio de Salud de España. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: MINS/AESP. [Internet]. 2018. [Fecha de acceso: 25 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/zRjwOt>
47. Lozano J. Etiopatogenia, síntomas y tratamiento de la esquizofrenia. Madrid: Elsevier; 2018. 21(09):104-114. [Artículo]. 2018. [Fecha de acceso: 26 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/DUZd6q>
48. Vílchez L, Turco E, Varillas R, Salgado C, Salazar M, Carmona G, Huamán K, Bonilla C, Reyes N, Caballero P. El abordaje temprano y tratamiento mixto en el manejo de la esquizofrenia: Guía de práctica clínica basada en evidencia de un hospital especializado en salud mental del Ministerio de Salud del Perú. Lima: Revista Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 80(03):389-396. [Artículo]. 2019. [Fecha de acceso: 26 junio 2022]. Disponible en: <http://bit.do/FUNMR>
49. López J. Curso evolutivo y tratamientos de la esquizofrenia. Castello: Universidad Jaume I. [Tesis]. 2019. [Fecha de acceso: 27 junio 2022]. Disponible en: <http://bit.do/FUNNe>

50. Bernardo M, Bioque M. Causas y factores de riesgo de la esquizofrenia. Barcelona: Clinic Barcelona. Hospital Universitari. [Internet]. 2020. [Fecha de acceso: 27 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/UCLfGm>
51. Martínez M, Estrada C, Vélez A, Muñoz N, Lopez J. Relaciones de familia en pacientes con esquizofrenia. Cali: VFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 39(05):643-650. [Artículo]. 2020. [Fecha de acceso: 28 junio 2022]. Disponible en: <http://bit.do/ccszas>
52. Gil W. Influencia de la familia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia bajo el modelo de salud mental comunitario, del centro de salud mental comunitario alto libertad, Cerro Colorado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín. [Tesis]. 2017. [Fecha de acceso: 28 junio 2022]. Disponible en: <http://bit.do/FUNNV>
53. Starling J, Feijo I. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos de inicio temprano. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes. [Internet]. 2018. [Fecha de acceso: 30 junio 2022]. Disponible en: <http://bit.do/FUNPo>
54. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental. Lima: MINSa. [Internet]. 2018. [Fecha de acceso: 30 junio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/jGbl46>
55. Santos J, Guerrero Y, Rosario F, León D. Efectos psicológicos y emocionales en familias con un integrante esquizofrénico. Cuenca: PsiqueMag Revista Científica Digital de Psicología. 09(01):48-62. [Artículo]. 2020. [Fecha de acceso: 01 julio 2022].

Disponible en: <http://bit.do/FUNPQ>

56. Pueyo S, Gadea B, Hernando C, Pinilla L. Cuidados de enfermería en el paciente con esquizofrenia paranoide. Lérida: Revista Electrónica de Portales Medicos.com. [Tesis]. 2019. [Fecha de acceso: 01 julio 2022]. Disponible en: <http://bit.do/fUNTi>
57. Rueda S, Hernández B, Navarro B, Guarín H, Bermúdez G, Barrientos E. Paciente con esquizofrenia. Valoración por patrones funcionales y plan de cuidados de Enfermería. Zaragoza: Revista Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 04(05):194. [Artículo]. 2021. [Fecha de acceso: 02 julio 2022]. Disponible en: <http://bit.do/fUNUh>
58. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021. Lima: MINSA. [Internet]. 2021. [Fecha de acceso: 05 julio 2022]. Disponible en: <https://anon.to/l5Ek0A>
59. Andrade M, Cadena M, Cabascango M. Cuidado integral al paciente diagnosticado con esquizofrenia en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Quito. Quito: Revista Cuatrimestral Conecta Libertad. 02(02):36-45. [Artículo]. 2018. [Fecha de acceso: 07 julio 2022]. Disponible en: <http://bit.do/fUNUr>
60. Cruz C. Enfermería: Profesión llamada a mantener y promover la salud mental desde el primer nivel de atención. San José: Revista Cúpula. 33(01):26-32. [Artículo]. 2019. [Fecha de acceso: 08 julio 2022]. Disponible en: <http://bit.do/fUNUw>

ANEXOS

VALORACION INICIAL Y ATENCION DE ENFERMERIA

I. DATOS GENERALES: Fecha 12-10-2021 Hora: 10:15 am Procedencia HVLH
Apellidos y Nombres: N.M.C. Edad 16 años Sexo: F (X) M () Con quien vive: Solo () Madre (X) Padre () Hermanos () Tíos (X) Primo () Abuelos (X) otros () Antecedentes de: TBC () Venérea () Hepatitis () Tifoidea () Convulsiones () Persona responsable Sonia Castañeda Zamalloa, Parentesco: Madre.....
Dirección: Los Postes 142 VMT. Teléfono: 982825681

II. ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD

Tiempo de enfermedad mental 4 años. N° 01 de internamiento. Fecha de ultima hospitalización.
Antecedentes de: Fuga (X) Conducta destructiva (X) Autoagresión (X) Intento de suicidio (X) Heteroagresividad () Consumo de drogas () Alergias ()

III. ENFERMEDAD ACTUAL

COMO INGRESA: Caminando solo () Caminando con ayuda () Silla de Ruedas (X)
ACOMPañADO DE: Personal Técnico (X) Madre (X) Otros... ()
MOTIVO DE INTERNAMIENTO (lo que dice el paciente): Escucho voces, no me dejan dormir, me duele la cabeza, no deseo tomar la medicina.
ACTITUD FRENTE A LA ENFERMERA: Colabora () Suspica (X) Irritable (X) Agresivo () Negativo (X)
ACEPTA SU ENFERMEDAD: Si () No (X)
ACEPTA SU INTERNAMIENTO: Si () No (X)
MOTIVO DE INTERNAMIENTO: (lo que dice el familiar): madre refiere que rechazaba la medicación, no lograba dormir, además presentaba signos de auto y heteroagresividad, ideas daño, alucinaciones auditivas de mujeres, dolor de cabeza, nadie la quiere, luego se desnuda, no ayuda en los quehaceres del hogar; por lo cual la mama al no poder controlar su conducta lo trae al hospital.
COMO HA SIDO TRAÍDO AL HOSPITAL: Voluntad propia () Con engaño (X) Forzado () .

IV. ESTADO FISICO

CONTEXTURA: Normal (X) Delgado () Grueso ()
PIEL: Cicatrices (X)
CABELLO: Peinado: (X) Despeinado () Pediculosis ()

APARIENCIA: Estado de higiene: Limpio () Regular (X) Sucio ()

VESTIMENTA: Extravagante () Aliñado () Desaliñado (X)

V. FUNCIONES BIOLÓGICAS:

FUR: 06-09-2020

APETITO: Normal (X) Observaciones: Desmesuradamente.

SUEÑO: Normal () Insomnio (X) Observaciones: No duerme.

ELIMINACIONES: Micción (X) Deposición: () Observaciones: 4 días de estreñimiento.

VI. ESTADO MENTAL

a. NIVEL DE CONCIENCIA: Lucido () Sedación: Leve (X) Moderado () Profundo ()

b. LENGUAJE: Claridad: Comprensible () Incomprensible (X)

Velocidad: Normal () Lento (X) Rápido ()

Volumen: Normal () Alto () Bajo (X)

Curso: Fluido () Ecolalia () Coprolalia () Verborrea (X) Mutismo ()

c. ORIENTACION: Tiempo () Espacio () Persona (X)

d. PENSAMIENTO: -CURSO: Fuga de ideas (X) Bloqueo del pensamiento () Disgregación del pensamiento () Pensamiento lentificado (X)

e. CONTENIDO: Somático () Obsesivo () Fobia (X)

f. Delusiones: Místico () Referencia () Persecución (X) Daño () Grandeza ()

g. AFECTO: Angustia () Miedo (X) Fobia () Depresión () Apatía () Labilidad Emocional (X) Ambivalencia Afectiva ()

h. VOLUNTAD: Cuantitativo: Abulia (X) Hipo abulia () Hiperabulia () Cualitativo: Impulsos Irresistibles (X) Manías () Estereotipas () Negativismo Pasivo () Activo ()

i. PERCEPCION: Alucinaciones: Auditivas(X)Visuales(X)Táctiles () Olfatorias () Gustativas ()

j. MEMORIA: Conservado () Amnesia(X) Paramnesia: Falso Reconocimiento () Falso recuerdo () Especificar: No recuerda la fecha de hoy.....

VII. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Trastorno de los procesos de pensamiento R/C pensamiento inapropiado.

Insomnio R/C alucinaciones auditivas

Manejo inefectivo del régimen terapéutico R/C desconfianza del tratamiento

Deterioro de la interacción social R/C alteración de los procesos del pensamiento.

Riesgo de violencia R/C pobre control de impulsos.

VIII. PLAN DE CUIDADOS DE INTERVENCION

Control de funciones vitales

Control de ingesta de régimen terapéuticos

Dieta completa más fibras, líquidos a voluntad.

IX. RESULTADOS

Las intervenciones de enfermería en la paciente adolescente con diagnóstico de esquizofrenia, requiere un acompañamiento personalizado, la supervisión del tratamiento farmacológico en relación a la complejidad de la enfermedad y al proceso de recuperación que se evidencia.

Teniendo como referencia la evaluación final de los objetivos del proceso se puede concluir que se logró la recuperación de la salud mental de la paciente.

X. EVALUACION DE RESULTADOS A LOS 30 DIAS

Después de realizarse todas las intervenciones de enfermería planeadas, se logró alcanzar todos los objetivos propuestos y así disminuir los riesgos a que estaba expuesta la paciente, ayudándole a superar el efecto de los problemas de salud mental que le aquejaban.

NOMBRE DE LA ENFERMERA: Jeny Liset Pérez Ramaycuna.



FIRMA

EXAMEN MENTAL

Nombre: NMC (Iniciales de su nombre por ser menor de edad)

Fecha de Nacimiento: 12-07-2004..... Edad: 17 años

Ocupación: Estudiante. Grado de instrucción: 2 grado de secundaria.

Fecha de aplicación: 12-10-2021

Lugar de nacimiento: Lima

ESTADO DE ORIENTACION EN EL TIEMPO

¿Qué fecha es hoy? 6 ¿Qué día de la semana? No se

¿Qué mes? Uhm...

¿En qué año estamos? En pandemia

ORIENTACION EN EL LUGAR:

¿Qué lugar es este? Un hospital.

¿Dónde nos conocemos? Aquí en esta habitación.

ORIENTACION CON LAS PERSONAS

¿Ud. Sabe quién soy yo? Enfermera.

¿Desde cuándo me conoce? Desde hoy.

¿Quién lo ha traído a este lugar? Mi mama.

ORIENTACION EN LA SITUACION

¿Por qué vino al hospital? Me trajeron con engaños.

¿Esta Ud. Enferma? No

¿Qué situación pasó cuando empezó su enfermedad? Mi hermana me pega y mi tío me lastima siempre

¿Qué podemos hacer por Ud.? Quiero ir con mi mama

ORIENTACION CON LA PROPIA PERSONA

¿Cuál es su nombre? Nataly ¿Cuántos años tiene? 16 años.

¿Dónde nació? Lima.

PARA EXPLORAR LA PERCEPCION

¿Se ha sentido raro últimamente? Si lloro mucho ¿Has oído voces extrañas? Si de mujer.

¿Qué le dicen las voces? Que me quieren una voz de mujer.

¿Son voces de hombres o de mujeres?.....

¿De dónde viene? De mi cabeza.

¿Ha visto lucecitas? No.

¿Ha notado que influyen en Ud.? Sí, me duele la cabeza señorita.

¿Se siente cambiada o diferente? Este lugar no es mi casa.

¿Ha notado mal olor en las comidas? Si a veces.

¿Ha cambiado de posición parte de su cuerpo si lo hincaran, tocaran o golpearan?

Cuando me voy a caminar siento que mi cuerpo quiere volar y yo me quedo paralizada.

Oyen otras personas lo que Ud. ¿Está pensando? No lo sé

ESTADO DE MEMORIA RECIENTE Y ATENCION

Se le pide: repita Ud. En igual orden los números siguientes: 4 -1 ; 7 -9 : anotar con un aspa si ha acertado () , si lo hace bien se le pide que repita otra serie: 9 -5 -2 (X) ; 3 - 7 - 4 - 9 - 2 () ; se prueba 2 veces con la misma cifra, si en el segundo intento fracasa (habiendo escuchado atentamente hay déficit en la memoria de fijación) puede completarse la prueba ordenando posteriormente al sujeto que repita exactamente en orden inverso los siguientes números : - 5; 8- 3 () 5 - 6 - 7 : () 9 - 5 - 8 - 3 ()

¿Qué hizo ayer en la mañana? Uhm, no se no recuerdo.

¿Qué comió en el desayuno? Leche, pan.

Para memoria remota: ¿Cuándo vino usted por primera vez a la consulta? Ayer.

¿Dónde estaba usted Antes de venir al hospital? En casa con mi mama.

¿Hace cuantos años que dejo de estudiar en el colegio? jajajajaja ...no recuerdo.

CAPACIDAD DE ABSTRACCION Y CÁLCULO

Qué quiere decir cuando mencionamos: “camarón que se duerme se lo lleva la corriente” “a caballo regalado no se le mira los dientes”no.....lo miro “más vale pájaro en mano que ciento volando” que es no entiendo

SEMEJANZAS: Ordena en que se parece

Mosca y el elefante: la mosca vuela.

Plátano y naranja.....son frutas.

Mar y rio: son aguas

Cometa y aeroplano: no responde.

Papel y árbol: no responde.

RESOLUCIÓN DE SITUACIONES PRACTICAS:

¿Qué haría si Ud. si en la calle encuentra un sobre cerrado con el nombre, dirección y estampillas nuevas?.....

Si estando en el cine, es la primera persona en darse cuenta que se produce un incendio.....

Construya una frase con las siguientes palabras: ríos, puente, caudaloso.....

Delito, ladrón, prisión

SEMEJANZAS POR ANALOGÍA:

La cabeza es al sombrero, como la mano es a.....

La verdad es a la mentira, como la tierra recta es a.....

CALCULOS MENTALES: (SIN USAR LÁPIZ)

4+5 ...no puedo..... 94+20..... ¿Cuánto es 18 entre 6?.....

empiece a restar cada vez 2 de: 20 - 2.....18-2....hasta que se diga basta.

Si 2 manzanas cuestan 5 soles.

¿Cuántas manzanas se podrán comprar con 30 soles si un hombre gana 600 soles mensuales y gasta 100 soles mensuales?

¿Cuánto puede tardar para ahorrar 800 soles?

VOCABULARIO E INFORMACIÓN CULTURAL:

¿Quién descubrió América? No puedo decir.

¿Quién fue el anterior presidente del Perú? No se

¿Qué celebra la iglesia en semana santa? No responde

¿Cuáles son las cinco ciudades principales del Perú?.....

¿Qué es la biblia?... Si eso lo usamos para ir a la iglesia sirve para leer.....

¿Dígame las partes de un árbol?.....Tiene hojas ya no recuerdo.....

¿Quién fue Jesucristo? Es Dios.....

¿Quién es el actual presidente del Perú? Eso no lo se

IDEACIÓN PARANOIDE:

¿Cómo lo trata la gente? Me gritan.

¿Cómo se lleva con los demás compañeros? No me quieren.

IDEACIÓN MEGALOMANIACA:

¿Su familia procede de alta alcurnia? Mi mama es recicladora.

¿Le ha hablado Dios alguna vez? No

IDEAS DEPRESIVAS:

¿Tiene preocupación últimamente?.....

¿Le preocupa su salud? Si un poco.

¿Se siente cansada? Si de estar acá encerrada.

AFECTIVIDAD E IMPULSIVIDAD:

¿Se siente ahora enfermo? Muy enferma, Uds. me van ayudar.

¿Se ha salido de su casa por horas o por días sin comunicar? si ...me escape a la calle.

¿Usted ha agredido a alguna persona? No responde

RESUMEN DE LO APLICADO:

Paciente de sexo femenino de 17 años de edad, a la evaluación mental se encuentra parcialmente orientada, en tiempo y espacio aislada de sus compañeras, establece una conversación al momento de la entrevista, accede a dar respuestas a algunas preguntas, con cierta dificultad, para identificar algunos resultados previa formulación de datos, se logra terminar este examen mental.

ESCALA DE LIKERT O ESCALA DE DIANA

La escala de Likert y un método de escala bipolar mide tanto el grado positivo como neutral y negativo de cada enunciado.

La escala de Likert, al ser una escala que mide actitudes, es importante que pueda aceptar que las personas tienen actitudes favorables, desfavorables o neutras a las cosas y situaciones lo cual es perfectamente normal en términos de información. Debido a ello es importante considerar siempre que una escala de actitud puede y debe estar abierta a la posibilidad de aceptar opciones de respuesta neutrales.

FIGURA 1. ESCALA LIKERT CON PUNTUACIÓN DIANA (mide actitudes)

N°	Indicadores: N, R, A, F, S	
1	Nunca demostrado	
2	Raramente demostrado	
3	A veces demostrado	
4	Frecuentemente demostrado	
5	Siempre demostrado	

N°	Indicadores: G, S, M, L, N	
1	Gravemente comprometido	
2	Sustancialmente comprometido	
3	Moderadamente comprometido	
4	Levemente comprometido	

N°	Indicadores: N, C	
1	Ningún conocimiento	
2	Conocimiento escaso	
3	Conocimiento moderado	
4	Conocimiento sustancial	

ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se tendrá en cuenta la autorización del director del Hospital “Víctor Larco Herrera”; asimismo, dará conocer y se respetará los Principios Bioéticos de Belmont que consta de los siguientes:

Autonomía: Ante la firma del consentimiento informado de la enfermera jefa del Servicio de Enfermería, se brinda protección a su valiosa participación anónima para culminar mi caso clínico.

Beneficencia: Se dará beneficio al paciente, familiar y futuros profesionales de enfermería, en ella se brinda un cuidado de calidad durante la atención en paciente con diagnóstico de esquizofrenia.

No Maleficencia: El estudio no causará ningún daño su participación en el estudio ya que será de forma anónima se trata con sutileza su integridad y se respeta su opción religiosa del paciente aplicando los procesos de enfermería.

Justicia: Se tendrá el respeto por cada profesional de enfermería y del participante confidencialidad su condición social, etnia, género, política, religión, logrando ser justa su valiosa participación confidencial.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio de investigación en salud: Título: Proceso de atención de enfermería en paciente adolescente con diagnóstico de esquizofrenia.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, no debe dar su consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

Autora: Bach. Jeny Pérez Ramaycuna

Participación voluntaria: Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Remuneración por participar: Ninguna.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a la coordinadora de equipo.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer pregunta; y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente expresa su aceptación de participar voluntariamente en el estudio.

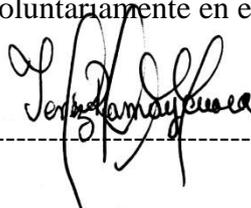


FIGURA 2. INGRESOS Y ALTAS 2018 - 2020

Hospital Victor Larco
Herrera
Oficina Estadística e Informática

ALTAS 2018 - 2020

GRUPO ETAREO	2018		2019		2020		Total general
	F	M	F	M	F	M	
02 Adolescente (12-17 Años)	3	2	4			1	10
03 Juventud (18-29 Años)	99	135	77	117	25	30	483
04 Adulto (30-59 Años)	173	172	158	149	66	61	779
05 Adulto Mayor (60 a + Años)	38	21	29	19	14	15	136
Total general	313	330	268	285	105	107	1408

INGRESOS 2018 - 2020

GRUPO ETAREO	2018		2019		2020		Total general
	F	M	F	M	F	M	
02 Adolescente (12-17 Años)	4	1	3	1	1		10
03 Juventud (18-29 Años)	96	125	85	110	19	27	462
04 Adulto (30-59 Años)	175	164	155	143	45	34	716
05 Adulto Mayor (60 a + Años)	28	18	22	10	6	1	85
Total general	303	308	265	264	71	62	1273

Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia".



SOLICITO: Autorización para realizar estudio de caso clínico

SEÑORA DIRECTORA GENERAL DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

S.D.G

Yo Perez Ramaycuna, Jeny Liset trabajadora de dicha institución identificada con DNI N° 10770905 con domicilio Jr. Mama Oclo 2066 Lince, ante Ud con respeto me presento y expongo: Que habiendo culminado la carrera profesional de ENFERMERIA en la Universidad Peruana Los Andes, solicito a Ud. Permiso para realizar estudio de caso clínico en la institución sobre "PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA" en el servicio de psiquiatría de mujeres de Pab.20.

POR LO EXPUESTO: Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Magdalena del 18 de junio 2021

Perez Ramaycuna, Jeny Liset

DNI: N° 10770905

"Año Del Bicentenario del Perú : 200 Años de Independencia"

**SOLICITO: PERMISO PARA EL DESARROLLO DE UN ESTUDIO DE CASO
CLINICO PARA OBTENCION DE TITULO PROFESIONAL**

Señora
Mag. Doris Alarco Aguirre
Supervisora del Departamento de Enfermería del
Hospital Víctor Larco Herrera
Presente.-

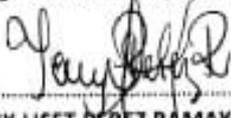
Yo, **Jeny Liset PEREZ RAMAYCUNA**, identificada con DNI N° 10770905, con domicilio en Jr. Mama Ocllo 2066 Lince; ante con el debido respeto me presento y digo:

Que, habiendo culminado la carrera profesional de ENFERMERIA en la Universidad Peruana Los Andes, solicito a usted Permiso para realizar trabajo de caso clínico en el servicio de psiquiatría de mujeres del pabellón 20, "PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA", para optar el grado de obtención del Título Profesional.

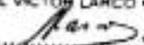
POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted, acceda a mi solicitud por ser de Justicia

Magdalena del Mar, 08 de Junio del 2021



JENY LISET PEREZ RAMAYCUNA
DNI N° 10770905

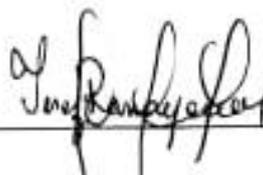
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

Mg. Doris Pilar Alarco Aguirre
Enfermera Supervisora del Depto. de Enfermería
D. O. P. N° 41105 H. E. E. N° 966

COMPROMISO DE AUTORÍA

Yo **JENY LISET PREZ RAMAYCUNA**, identificado con DNI N°10770905 Domiciliado en Jr. Mama Ocllo 2066 Lince, estudiante de la Facultad de ciencia de la salud Pregrado de la carrera de enfermería de la Universidad Peruana Los Andes, me **COMPROMETO** a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada sobre **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA”**

Se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio y declaro bajo juramento que el trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Magdalena del mar 8 de Junio de 2021



JENY LISET PREZ RAMAYCUNA

DNI N.º 10770905

CARTA DE ACEPTACIÓN

Magdalena del mar 18 de Junio de 2021

Estimada BACH.**JENY LISET PREZ RAMAYCUNA**

ASUNTO: ACEPTACIÓN PARA DESARROLLO DEL ESTUDIO DE CASO CLINICO PARA OBTENCION DEL TÍTULO PROFESIONAL

Por medio de la presente hago constar que la Bach. **JENY LISET PREZ**

RAMAYCUNA con código estudiantil E10452B de la Universidad Peruana Los Andes la facultad de ciencias de la salud de la carrera de enfermería, ha sido aceptado para desarrollar su caso clínico dentro del servicio psiquiatría de mujeres pabellón 20 del hospital Victor Larco Herrera.

En el cual desarrollará actividades relacionadas al cuidado del paciente con diagnóstico de esquizofrenia aplicando los procesos de enfermería.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo de mi parte

Atentamente

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

Mg. Doris Pilar Alarco Aguirre
Enfermera Supervisora del Depto. de Enfermería
C. R. P. N.º 11105 R. E. E. N.º 065

MG. DORIS PILAR ALARCO AGUIRRE

Coordinadora del servicio de mujeres del pabellón 20

Del Hospital Victor Larco Herrera

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPORTE DE CASO CLINICO

Yo Sonia Castañeda Zamalloa con DNI N° 09700320 en calidad de madre de la menor N.M.C autorizo a la Bachiller Jeny Liset Pérez Ramaycuna para iniciar un trabajo de investigación relacionada con la enfermedad mental con diagnóstico de esquizofrenia de mi hija.

Esta investigación es con propósito puramente académico, haciendo uso la información directa e indirecta, accediendo a la historia clínica y otros exámenes realizados. Del mismo modo doy permiso para tomar fotografías clínicas que guarden relación con la enfermedad que serán utilizadas únicamente para el estudio para el Proceso Atención en Enfermería.

La información que se obtenga de la revisión del caso clínico podrá ayudar a otras personas que padezcan de la misma enfermedad mental.

Manifestando mi conformidad con todo lo antedicho suscribo el presente en Lima a los 6 días junio del 2021



Sonia Castañeda Zamalloa

DNI N° 09700320

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"



FIGURA 3. PACIENTE EN ESTADO NERVIOSO



FIGURA 4. EVALUACIÓN DE LA ENFERMERA AL PACIENTE



FIGURA 5. TERAPIAS DE DIBUJO



FIGURA 6. EPICRISIS DE LA PACIENTE EL DIA DE SU ALTA MEDICA

H.C.N.º. 1 1 6 5 7 4
Pab. 20

EPICRISIS

SERVICIO: *Nataly Nageel*

DIAGNÓSTICO:

PROCEDENCIA: ~~EMERGENCIA~~ - Pab 20

FECHA DE ALTA: *19/07/2021*

CONDICIÓN DE ALTA:

Nº DE INGRESO: *01*

PACIENTE: *[Redacted]*
 N.º: *116574*
 FECHA DE INGRESO: *12/30/2020*
 FECHA DE ALTA:
 DESTINO: *Su domicilio*

1- Resumen Anamnéstico
 2- Examen Físico (al ingreso)
 3- Examen Mental (al ingreso)
 4- Exámenes Auxiliares
 5- Evolución
 6- Diagnóstico
 7- Tratamiento
 8- Tratamientos Especiales
 9- Condición de Alta
 10- Pronóstico
 11- Sugerencias
 12- Médico tratante

1) Paciente refiere por presentar de un año antes del ingreso alucinaciones auditivas no especificadas. Síntomas positivos y 2 meses después se agregan alucinaciones táctiles (retira que la tocan y le dolía). Posteriormente las alucinaciones auditivas se intensifican y 1 semana antes del ingreso paciente se muestra autoagresiva, con sueño fraccionado, apatía disminuida y retraída, por lo cual es traída al servicio de Emergencia del H.U. donde se da inicio su hospitalización.

2) Pal. tibia, hidratado, albánica. Líng. capilo mayor de 2 segundos. Tórax con amplexación conservada. Simétrico. Abdomen blando, depresible. No lesiones. Mucosas o4 excrementos.

3) Despierta. Sentada en cama. Golpeándose el rostro con la mano. Presencia soliloquio. Grita sin motivo aparente. Lengua comprensible de volumen bajo. Pensamiento delusivo. Atento emborobado. Sin conciencia de enfermedad.

4)

• 14/19/21:	• 14/04/21:	• 14/3/21:	• 13/11/21:
Hb: 11	Orina: Amarillo claro los días	Hb: 12.5	TSH: 2.63
Leu: 8500	Leu: 1-2	Leu: 7660	T4: 1.06
Plaquetas: 294000	Hematos: 0-1	Plaquetas: 283000	T3: 1.11
Glucosa: 95.7	Cristales: Urinas amarillos • 11/02/21:		
Coolesterol: 110.7	Bioquímica: Bilirrubina (+)	Ecocardiograma normal	
TG: 154.9			
TGO: 22.1			
TGP: 10.7			

5) Con mejoría discreta respecto a su ingreso.

6) Esquizofrenia, hebefrénica (F20.1)

7) Clozapina 450mg/d + Carbamazepina 600mg/d + Clozapina 450mg/d

8) Bisoprolol 5mg/d

9) Mefenamo

10) Peanudo

11) Control por consultorio externo de Psiquiatría C.M.P.

Psiquiatra: *[Redacted]* / *[Redacted]* / *[Redacted]*
 Médico tratante
 C.M.P. - 29144
 Hospital de Especialidades Psiquiátricas Agudos