

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

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-777-15



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL

DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. JOSÉ DE JESÚS ARRIAGA DÁVILA

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. JAIME ANTONIO ZALDÍVAR CERVERA

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SEGUNDO NIVEL

DR. RAFAEL RODRÍGUEZ CABRERA

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

MTRO. DANIEL SAUL BROID KRAUZE

COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

DR. ARTURO VINIEGRA OSORIO

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DR. GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI

COORDINACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. MARIO MADRAZO NAVARRO

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. SALVADOR CASARES QUERALT

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN EN SALUD

MTRA. LISA RAMÓN VAN HEEST

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL

DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO

COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

DR. ROMEO S. RODRÍGUEZ SUÁREZ

COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO

DR. MANUEL DÍAZ VEGA

COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACÍAS

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

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

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

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. El personal de salud que participó en su integración han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Intervenciones de enfermería para la atención de adultos con esquizofrenia paranoide.**
México: Instituto Mexicano del Seguro Social; **2 de diciembre de 2015**

Esta guía puede ser descargada de Internet en:
<http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

CIE-10: F200 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

GPC: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2015

COORDINACIÓN:					
Lic. Ana Belem López Morales	Licenciatura en Enfermería	en	IMSS	Coordinadora de Programas de Enfermería	
	Licenciatura en Psicopedagogía	en		Coordinación Técnica de Excelencia Clínica	
AUTORÍA:					
Lic. María del Refugio Chavez Delgado	Licenciatura en Enfermería	en	IMSS	Subjefe de Enfermería Hospital Psiquiátrico Morelos	
Enf. Karla Juárez León	Enfermera Especialista en Salud Mental		IMSS	Enfermera Especialista en Salud Mental Hospital Psiquiátrico "Dr. Hector Tovar Acosta"	
Mtro. José Luis Viveros Cruz	Licenciatura en Enfermería y Obstetricia	en	IMSS	Enfermero Especialista en Salud Mental Hospital Psiquiátrico Morelos	
	Maestría en Administración en Sistemas de Salud	en			
	Enfermero Especialista en Salud Mental				
Enf. Rosa Iveth Carmona Hernández	Lic. Administración de Empresas		IMSS	Auxiliar de Enfermera General Hospital Psiquiátrico "Dr. Hector Tovar Acosta"	
Dra. Eunice Itzel Valle Arteaga	Médico no Familiar Especialidad Psiquiatría		IMSS	Coordinador Clínico Turno Vespertino Hospital Psiquiátrico Morelos	
Dra. Erika Guagalupe Carrasco Flores	Médico General		IMSS	Médico General UMF#180 Valle de Chalco	
Dr. Gilberto Espinoza Anrubio	Medicina Familiar		IMSS	Coordinador de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF #8 #Dr Gilberto Flores Izquierdo"	Asociación de Médicos Residentes y Especialistas en Medicina de Familia A.C.
VALIDACIÓN:					
Guía de Práctica Clínica					
Lic. Griselda Jochehebed Trejo Pérez	Licenciatura en Enfermería	en	IMSS	Jefe de Enfermeras Hospital Psiquiátrico No. 22 Monterrey Nuevo León	
	Enfermera Especialista en Salud Mental				
Lic. Monica Teresa Camacho Aguilar	Licenciatura en Enfermería	en	IMSS	Jefe de Enfermeras Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Hector Tovar Acosta"	
Lic. Laura Angelica Cruz	Licenciatura en	en	IMSS	Subjefe de Enfermería	

de los Santos	Enfermería		Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Hector Tovar Acosta”	
	Enfermera Especialista en Salud Mental			
Lic. Luz María Montejano Baraja	Enfermera Especialista	IMSS	Subjefe de Enfermería Hospital Psiquiátrico Morelos	
Enf. Carmen García Morales	Enfermera Especialista	IMSS	Enfermera Especialista en Salud Mental Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Hector Tovar Acosta”	
L.E. Eliuth Bohorquez Valdéz	Licenciatura en Enfermería	IMSS	Enfermera Especialista en Salud Mental Hospital Psiquiátrico Morelos	
Lic. Xochilt Aguayo Mendoza	Licenciatura en Psicología Especialidad en Psicoterapia Transpersonal	IMSS	Enfermera General UMAE Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narvaez”	
Dra. Dunia de Martini Romero	Medico no Familiar Especialidad en Psiquiatría	IMSS	Coordinador de Educación e Investigación Medica Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Hector Tovar Acosta”	
Dr. Juan Diego Martínez Franco	Medico no Familiar Especialidad en Psiquiatría	IMSS	Subdirector Médico Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Hector Tovar Acosta”	

ÍNDICE

1.	Clasificación.....	7
2.	Preguntas a Responder	8
3.	Aspectos Generales	9
3.1.	Justificación.....	9
3.2.	Objetivo.....	11
3.3.	Definición	12
4.	Evidencias y Recomendaciones	13
4.1.	Elementos que conforma la valoración integral del profesional de enfermería para detectar datos clínicos de esquizofrenia paranoide.....	14
4.2.	Intervenciones de enfermería dirigidas a los usuarios con esquizofrenia paranoide en fase aguda	15
4.3.	Intervención farmacológica más efectiva para el manejo de conducta violenta o agitación de usuarios con diagnóstico de esquizofrenia paranoide	18
4.4.	Exámenes paraclínicos que se les deben realizar a los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia paranoide al inicio del tratamiento farmacológico y durante el seguimiento del tratamiento.....	19
4.5.	Efectos adversos agudos más frecuentes por el uso de los antipsicóticos atípicos.....	21
4.6.	Intervenciones de enfermería dirigidas al familiar para prevenir el desarrollo de cansancio del cuidador del usuario con esquizofrenia paranoide.....	23
4.7.	Intervenciones de enfermería dirigidas al usuario con esquizofrenia paranoide en fase de mantenimiento para fomentar su auto cuidado.....	25
4.8.	Estrategias psicoterapéuticas o psicosociales efectivas en las cuales colabora el personal de enfermería con el personal de psicología en la fase de mantenimiento de usuarios con esquizofrenia paranoide.....	27
5.	Anexos	30
5.1.	Protocolo de Búsqueda.....	30
5.1.1.	Estrategia de búsqueda.....	30
5.1.1.1.	Primera Etapa	30
5.1.1.2.	Segunda Etapa.....	32
5.1.1.3.	Tercera Etapa	32
5.2.	Escalas de Gradación.....	33
5.3.	Cuadros o figuras.....	36
5.4.	Diagramas de Flujo	41
5.5.	Listado de Recursos.....	42
5.5.1.	Tabla de Medicamentos.....	42
5.6.	Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica	49
6.	Glosario.....	52
7.	Bibliografía	54
8.	Agradecimientos.....	56
9.	Comité Académico	57

1. CLASIFICACIÓN

CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-777-15

Profesionales de la salud	Maestro en Administración en Sistemas de Salud, Licenciada (o) s en Enfermería, Enfermera (o) Especialistas en Salud Mental, Auxiliares de enfermería, Médico familiar, Médico General http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/ANEXOS_METODOLOGIA_GPC.pdf >.
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: F200 Esquizofrenia paranoide
Categoría de GPC	Segundo y tercer nivel
Usuarios potenciales	Enfermera(o)s Especialistas, Enfermera (o)s Generales, Auxiliares de Enfermería, Personal médico, enfermería, psicología y trabajo social en formación.
Tipo de organización desarrolladora	Instituto Mexicano del Seguro Social.
Población blanco	Mujeres y hombres mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Medicas
Intervenciones y actividades consideradas	Valoración inicial, intervenciones para la atención a pacientes en faes aguda, administración de medicamentos, psicoterapia, apoyo al cuidador primario.
Impacto esperado en salud	Estandarizar los cuidados, mejorar la calidad de la atención de enfermería, disminuir los reingresos hospitalarios, optimizar los recursos disponibles y mejorar la calidad de vida
Metodología¹	Adaptación de Guía de Práctica Clínica: elaboración de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala. Evaluación de la guía de practica clinica adaptada.
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 20 Guías seleccionadas: 2 Revisiones sistemáticas: 1 Ensayos clínicos aleatorizados: 6 Estudios observacionales: 8 Otras fuentes seleccionadas: 3
Método de validación	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social. Validación de la guía: instituto Mexicano del Seguro social
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro	IMSS-777-15
Actualización	Fecha de publicación: 1 de diciembre de 2015 Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 1º, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 55533589.

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son los elementos que debe valorar el profesional de enfermería para detectar datos clínicos de esquizofrenia paranoide?
2. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería dirigidas a los usuarios con esquizofrenia paranoide en fase aguda?
3. ¿Cuál es la intervención farmacológica más efectiva para el manejo de conducta violenta o agitación de usuarios con diagnóstico de esquizofrenia paranoide?
4. ¿Cuáles son los exámenes paraclínicos que se les deben realizar a los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia paranoide al inicio del tratamiento farmacológico y durante el seguimiento del tratamiento?
5. ¿Cuáles son las estrategias de enfermería más adecuadas para identificar y tratar los efectos adversos agudos más frecuentes por el uso de los antipsicóticos atípicos?
6. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería dirigidas al familiar para afrontar el diagnóstico el desarrollo de cansancio del cuidador del usuario con esquizofrenia paranoide?
7. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería dirigidas al usuario con esquizofrenia paranoide para fomentar su auto cuidado?
8. Para los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia paranoide ¿Cuáles son las estrategias psicoterapéuticas o psicosociales iniciales en las cuales colabora el personal de enfermería con el área de psicología para el tratamiento de pacientes en fase de mantenimiento?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1. Justificación

La Salud Mental de los habitantes de un país no es ajena su salud general. Ambas dependen de condiciones de la sociedad tales como: la estabilidad económica, educación, calidad de la convivencia social y la integración familiar, también determinantes más específicos como el empleo, la habitación, nutrición, etc. Si bien es cierto que conocemos solamente en forma fragmentaria las causas de algunos de los desórdenes mentales más comunes es un hecho establecido que la ruptura severa de la relación del hombre con su medio físico, socioeconómico y cultural genera tensiones que las personas vulnerables no pueden afrontar (Secretaría de Salud, 2012).

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz. Las principales enfermedades mentales son la esquizofrenia, el trastorno bipolar (maníaco-depresivo), la depresión severa, el trastorno obsesivo compulsivo, la enfermedad de Alzheimer y otras como la epilepsia y la anorexia. (Secretaría de Salud, 2012).

Cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos tales como la depresión, trastornos generados por el alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar.

A nivel mundial cerca de 25 millones de personas sufren de esquizofrenia. En el año 2010 la Secretaría de salud reportó a la esquizofrenia como segunda causa de egreso en hombres, con una tasa de 9.7 por 100 mil habitantes.

La distribución de la morbilidad hospitalaria de los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso por causa específica según la lista GBD muestran las siguientes peculiaridades: La esquizofrenia, se muestra como el principal padecimiento con una tendencia a la alza en los últimos 10 años, mostrando el mayor incremento en 2008; es interesante señalar como al principio de la década, sólo el uso de alcohol como causa específica se encontraba por encima de la esquizofrenia.

Las defunciones por Esquizofrenia presentan un comportamiento distinto en ambos sexos: la tendencia de 1980 a 1985 en hombres va en incremento, con un súbito y único cambio a la baja en 1990 por lo que las mujeres rebasan la tasa de mortalidad de hombres. Para los años

posteriores la dinámica en los hombres en cuanto a su tasa va en aumento. En el caso de las mujeres su tasa se muestra desigual con un alza en el año 2010. Respecto a grupos de edad, el primer lugar a lo largo del período seleccionado lo ocupa la edad de 60 años y más, seguido de 40 a 59 años. En general, para esta causa se presentan menos defunciones, en comparación con otras.

Cabe destacar que para 2010 las principales causas de morbilidad hospitalaria fueron la epilepsia, esquizofrenia y depresión mayor, lo cual es signo de alarma ya que éstos 3 trastornos generan un alto grado de discapacidad.

Ante el panorama descrito es importante contar con herramientas que estandaricen las intervenciones dirigidas a personas adultas con esquizofrenia, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención de los trastornos mentales.

3.2. Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **intervenciones de enfermería para la atención de adultos con esquizofrenia paranoide** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **segundo y tercer nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Establecer los elementos que conforman la valoración integral del profesional de enfermería para detectar la esquizofrenia paranoide.
- Determinar las intervenciones pertinentes del personal de enfermería dirigidas al usuario con agudización de síntomas de esquizofrenia paranoide.
- Establecer la terapia farmacológica más efectiva para el manejo de conducta violenta o agitación en usuarios con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.
- Identificar los exámenes paraclínicos que se deben practicar a usuarios con esquizofrenia paranoide al inicio del tratamiento farmacológico y durante el seguimiento del mismo.
- Determinar las estrategias de enfermería más adecuadas para identificar y tratar los posibles efectos adversos más frecuentes por el uso de los antipsicóticos en la etapa aguda de la enfermedad.
- Determinar las intervenciones de enfermería dirigidas al familiar para afrontar el diagnóstico y prevenir la aparición de cansancio del cuidador del usuario con esquizofrenia paranoide.
- Determinar las intervenciones de enfermería dirigidas al usuario diagnosticado con esquizofrenia paranoide para fomentar su autocuidado

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3. Definición

Esquizofrenia:

Enfermedad mental crónica cuyas manifestaciones clínicas se relacionan con ciertas funciones del cerebro. Se caracteriza por alteraciones o distorsiones en el pensamiento, en la percepción, el afecto y la conducta. Los pensamientos parecieran estar mezclados o cambiantes de un tema a otro y la percepción podría estar más allá de la realidad; se caracteriza por alucinaciones, sobre todo auditivas, ideas delirantes, abandono de las actividades habituales, discurso desorganizado, descuido en el arreglo personal, ensimismamiento y conductas extravagantes (Secretaría de salud, 2012)

Esquizofrenia paranoide:

En la esquizofrenia paranoide predominan los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción. No hay perturbaciones del afecto, ni de la volición, ni del lenguaje, como tampoco síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente poco notoria (Gómez C, 2014).

El curso de la esquizofrenia se puede dividir en tres fases: la fase aguda, que hace referencia al episodio psicótico agudo, una fase de estabilización o poscrisis y una fase estable o de mantenimiento (Ver cuadro No. 1)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y/o Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **NICE, GRADE y APM.**

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

Evidencia




Recomendación








Punto de buena práctica



En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del/la primer(a) autor(a) y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de “BRADEN” tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	la Shekelle <i>Matheson S, 2007</i>

4.1. Elementos que conforma la valoración integral del profesional de enfermería para detectar datos clínicos de esquizofrenia paranoide

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Para diagnosticar la esquizofrenia hay que tener en cuenta las características del cuadro clínico, la historia del paciente, evaluar antecedentes y factores de riesgo, así como descartar otras causas de los síntomas.	2+ NICE <i>Gómez C, 2014</i>
	Los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, aunque ningún síntoma concreto es patognomónico del trastorno.	4 NICE <i>American Psychiatric Association, 2014</i>
	<p>Las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia son un conjunto heterogéneo de síntomas relacionados, con la conducta y los procesos mentales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas positivos: alucinaciones y delirios. • Síntomas negativos: abulia, apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional, pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, anhedonia y aislamiento social. <p>El deterioro funcional cognitivo se observa en el aprendizaje, atención y memoria disminuida.</p>	4 NICE <i>Aragón F., 2014</i>
	<p>El proceso de evaluación diagnóstica debe incluir al menos las siguientes intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación clínica, • Examen mental, • Exámenes de apoyo (paraclínicos), según esquema recomendado para la etapa aguda de la esquizofrenia. 	D NICE <i>Aragón F., 2014</i>
	Evaluar al paciente utilizando el sistema de valoración por patrones funcionales de salud para identificar signos positivos o negativos.	Punto de buena práctica



Para poder detectar a usuarios diagnosticados con Esquizofrenia Paranoide, es necesario ahondar en sus características clínicas, conocer elementos premórbidos de personalidad, fase prodrómica, cuadros psicóticos, y saber realizar un examen mental adecuado.

Punto de buena práctica

4.2. Intervenciones de enfermería dirigidas a los usuarios con esquizofrenia paranoide en fase aguda



EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El paciente con esquizofrenia en etapa aguda sufre de agitación psicomotriz la cual es considerada una urgencia psiquiátrica.	3 NICE <i>Estévez R., 2011</i>
	Por ser considerada como urgencia psiquiátrica, se debe realizar monitoreo de las constantes vitales y vigilancia estricta de manera frecuente.	D NICE <i>Estévez R., 2011</i>
	Una de las intervenciones empleadas en el abordaje del paciente agitado es la contención física o mecánica; se usa en el manejo a corto plazo de los pacientes cuando se encuentran en agitación psicomotriz.	3 NICE <i>Gómez C., 2014</i>
	Las intervenciones de enfermería en el abordaje y tratamiento de esquizofrenia en etapa aguda son: seguridad, contención verbal, contención farmacológica y contención física (Ver cuadro No. 2)	D NICE <i>Estévez., 2011</i>
	El uso de la restricción física debe ser el ultimo recurso y se aplica solo por tiempo limitado, en tanto la medicación utilizada hace su efecto.	A AMP <i>Verduzco W, 2014</i>
	La contención mecánica o física, requiere la atención y el cuidado de enfermería, por ello es imprescindible mantener el control permanente del usuario durante su cuadro de agitación.	D NICE <i>Estévez R., 2011</i>
	Evaluar a intervalos regulares, la necesidad de continuar con la intervención restrictiva (contención física) en el usuario.	Punto de buena práctica

	La restricción y el aislamiento son eficaces en prevenir el daño y reducir la agitación.	4 NICE <i>Escobar F, 2010</i>
	El aislamiento no es particularmente terapéutico por sí mismo, pero es usado como medio de contención mientras se espera la respuesta terapéutica de la medicación.	4 NICE <i>Escobar F, 2010</i>
	El aislamiento es una intervención que requiere indicación médica. Una vez realizada, el personal de enfermería debe monitorizar al paciente y durante el evento; los pacientes deben ser observados a intervalos frecuentemente suficientes para garantizar su seguridad y proveer cuidados humanos.	4 NICE <i>Escobar F, 2010</i>
	Considerar aislamiento, realizar vigilancia continua, reconocimiento de síntomas positivos y notificar inmediatamente al médico.	B NICE <i>Gómez E., 2012</i>
	Ayudar con las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.	Punto de buena práctica
	<p>Durante el aislamiento se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación continua del paciente • Reevaluación simple y documentación del estado físico y mental del paciente cada 15 minutos • Examen neurovascular de sus extremidades; determinar si está restringido cada hora • Ponderar la necesidad de nutrición. Las comidas se llevarán en vasos y platos de plástico y cuchara. NO LLEVAR TENEDOR NI CUCHILLO. • Permanecer con el paciente mientras come para evitar atragantamientos, aspiraciones, etc. • Tomar y registrar los signos vitales por lo menos cada 4 horas. 	D NICE <i>Escobar F, 2010</i>
	Retirar todos los objetos de la zona de aislamiento que puedan ser utilizados por el usuario para dañarse a sí mismo o a otras personas	Punto de buena práctica
	El personal de salud debe estar entrenado y demostrar competencia en la aplicación de técnicas efectivas y seguras para la implementación del aislamiento	Punto de buena práctica





	Si el paciente se debe someter a aislamiento, es recomendable procurar conseguir una autorización firmada por un familiar o por el responsable legal del paciente.	4 NICE <i>Escobar F, 2010</i>
	Verificar la existencia del consentimiento informado del paciente o familiar responsable.	D NICE <i>Escobar F, 2010</i>
	Se ha descrito que existe un mayor riesgo de suicidio mientras haya sintomatología positiva; el sufrir sintomatología psicótica severa o moderada es un factor de riesgo para el suicidio en esquizofrenia.	1+ NICE <i>Gómez E., 2012</i>
	El personal, entre ellos enfermería, que labora en las unidades para la prestación de servicios médicos psiquiátricos, tiene la obligación de vigilar, proteger y dar seguridad a los usuarios.	Punto de buena práctica
	Establecer límites de una conducta deseable y aceptable del paciente con esquizofrenia paranoide.	Punto de buena práctica
	Abstenerse de discutir o regatear los límites establecidos con el paciente redirigiendo su atención y alejándolo de las fuentes que propicien su agitación.	Punto de buena práctica
	Fomentar la conciencia del paciente con esquizofrenia paranoide acerca de la identidad personal, tiempo y entorno	Punto de buena práctica
	Disminuir el riesgo de daño autoinfligido con la intención de acabar con su vida mediante la administración de medicamentos para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el estado de ánimo, si procede.	Punto de buena práctica
	Fomentar la comodidad, seguridad y orientación de la realidad de un paciente que experimenta creencias falsas, fijas y alucinaciones que tienen poca o ninguna base real.	Punto de buena práctica

4.3. Intervención farmacológica más efectiva para el manejo de conducta violenta o agitación de usuarios con diagnóstico de esquizofrenia paranoide

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Para el control de la conducta violenta las combinaciones favorables que obtienen mejores resultados son haloperidol y benzodiacepinas. La olanzapina también mostró buenos resultados frente a diversas comparaciones de antipsicóticos.	1+ NICE Gómez C., 2014
	Se recomienda prescribir y administrar un antipsicótico a todo paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia para el tratamiento de la fase aguda de la enfermedad, bajo la supervisión de un médico psiquiatra (Ver tabla de medicamentos).	Fuerte GRADE Gómez C., 2014
	A los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia que presentan agitación psicomotora o agresividad y que no respondan a las medidas de persuasión se les debe dar manejo farmacológico parenteral y considerar contención física o aislamiento.	Fuerte GRADE Gómez C., 2014
	Para el manejo farmacológico del adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación, se recomienda cualquiera de las siguientes alternativas de primera línea: haloperidol más benzodiacepina parenteral, benzodiacepina parenteral sola o haloperidol solo.	Fuerte GRADE Gómez C., 2014
	En instituciones que cuenten con médico psiquiatra las 24 horas se puede considerar el uso de olanzapina como medicamento de primera línea para el manejo farmacológico del adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación.	Débil GRADE Gómez C., 2014
	No se recomienda el uso combinado de olanzapina con benzodiacepinas para el manejo farmacológico del adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación.	Fuerte GRADE Gómez C., 2014

	En instituciones que cuenten con psiquiatra las 24 horas se puede considerar el uso de ziprasidona como medicamento de segunda línea para el manejo farmacológico del adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación.	Débil GRADE Gómez C., 2014
	Al preparar y administrar un medicamento verificar que sea correcto el paciente, el medicamento, la dosis, la vía y el horario.	Punto de buena práctica

4.4. Exámenes paraclínicos que se les deben realizar a los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia paranoide al inicio del tratamiento farmacológico y durante el seguimiento del tratamiento

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los desenlaces metabólicos mostraron una mayor incidencia y asociación con la esquizofrenia y el tratamiento con antipsicóticos, y es especialmente relevante que existe un mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus en las personas adultas con esquizofrenia asociado con el uso de anti psicóticos.	. 2+ NICE Gómez C., 2014
	Los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia que reciben tratamiento con antipsicóticos se les debe evaluar con exámenes paraclínicos de manera periodica (Ver cuadro 3).	Fuerte GRADE Gómez C., 2014
	Todo paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia requiere una evaluación clínica antes de iniciar el tratamiento farmacológico que incluya glucemia en ayunas, perfil de lípidos, hemograma y transaminasas (Ver cuadro 3).	C NICE Gómez C., 2014
	Preparar al usuario para la toma de muestras de laboratorio.	Punto de buena práctica

E	La disminución en el conteo de leucocitos y el riesgo de agranulocitosis asociado al uso de clozapina se presenta con mayor frecuencia en las primeras doce semanas de tratamiento y se mantiene el riesgo hasta un año aproximadamente, por lo cual se requiere un estricto seguimiento hematológico.	3 NICE Gómez C., 2014
R	Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que reciben manejo farmacológico con clozapina se les debe solicitar hemograma: <ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar el tratamiento • Semanal durante los tres primeros meses • Mensual hasta el año • Cada 6 meses a partir de un año 	Fuerte GRADE Gómez C., 2014
R	A los adultos con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento con clozapina, si se evidencia en tres cuadros hemáticos sucesivos una disminución progresiva de los leucocitos, se debe realizarse un hemograma cada 72 horas hasta que aumente el recuento.	Fuerte GRADE Gómez C., 2014
R	A los adultos con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento con clozapina si se evidencia leucopenia menor de 5,500 células/mm ³ , el médico debe suspender la clozapina.	Fuerte GRADE Gómez C., 2014
R	Los adultos con diagnóstico de esquizofrenia a los que se les suspendió la clozapina por leucopenia, se debe continuar el seguimiento hematológico cada 72 horas hasta que aumente el recuento.	Fuerte GRADE Gómez C., 2014
R	Adultos con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento con clozapina, se debe referir a un hospital que cuente con especialista en medicina interna si en cualquier hemograma el recuento de leucocitos es menor de 2,000 células/mm ³	Fuerte GRADE Gómez C., 2014
E	Existen cambios en la función hepática los cuales se han reportado como evento asociado al inicio del uso de los medicamentos antipsicóticos.	1+ NICE Gómez C., 2014
E	No hay evidencia de cambios en la función renal en pacientes con medicamentos antipsicóticos.	1+ NICE Gómez C., 2014








Los usuarios adultos diagnosticados con esquizofrenia cursan generalmente con diversas comorbilidades, haciendo imprescindible un control y revisiones periódicas ameritando estudios paraclínicos específicos para cada uno de ellos.

Punto de buena práctica





4.5. Efectos adversos agudos más frecuentes por el uso de los antipsicóticos atípicos

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los efectos adversos de los antipsicóticos suelen ser la extensión de sus muchas acciones farmacológicas, y por lo tanto de su perfil receptorial, así como del tiempo y la dosis que mantenemos el tratamiento farmacológico. Estos factores se acompañan de las dosis y tiempo que se mantiene el tratamiento con estos fármacos.	1++ NICE <i>Sáez de Adana E., 2014</i>
	La elevada utilización de los antipsicóticos atípicos en terapéutica, junto con la polifarmacia a la que muchas veces se ve sometido el enfermo psiquiátrico, hace necesario un completo conocimiento de sus posibles efectos adversos.	1++ NICE <i>Sáez de Adana E., 2014</i>
	Realizar una exploración física que permita detectar de manera rápida y efectiva efectos adversos como extrapiramidalismo, distonías, etc.	Punto de buena práctica
	La ganancia de peso es uno de los efectos más comunes que se manifiestan durante el tratamiento con antipsicóticos atípicos. La incidencia depende notablemente del fármaco empleado siendo clozapina y olanzapina los más significativos.	1++ NICE <i>Sáez de Adana E., 2014</i>
	Las alternativas que presentaron resultados favorables para el control de peso fueron: acompañamiento psicoterapéutico, nutrición clínica, el uso de metformina y el cambio de medicamento.	1+ NICE <i>Gómez C., 2014</i>
	Cuando el adulto con diagnóstico de esquizofrenia presenta un incremento de peso por encima del límite de IMC de 25 kg/m ² secundario al uso de antipsicóticos, se recomienda acompañamiento psicoterapéutico por psicología y por nutricionista para el manejo del sobrepeso.	Fuerte GRADE <i>Gómez C., 2014</i>






	Para pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia con sobrepeso a quienes las recomendaciones anteriores no hayan dado resultado se sugiere el cambio en el manejo antipsicótico a uno de menor riesgo de presentar aumento de peso.	Débil GRADE <i>Gómez C., 2014</i>
	La intolerancia a la glucosa que se aprecia en pacientes en tratamiento con antipsicóticos es definida como un efecto de clase, no obstante, la clozapina y la olanzapina son los fármacos más frecuentemente relacionados con la disregulación de la glucemia, existiendo evidencias de que dicha disregulación no está simplemente relacionada con la ganancia ponderal que puede ser causada por estos fármacos o la edad, sino más bien debido a un efecto metabólico directo de estos medicamentos. La quetiapina también se ha visto relacionada con este efecto adverso	1++ NICE <i>Sáez de Adana E., 2014</i>
	Se recomienda la detección inicial y el seguimiento permanente de la evolución de la ganancia de peso significativa, dislipemia y diabetes	B NICE <i>Sáez de Adana E., 2014</i>
	Los principales efectos de tipo extrapiramidal que pueden producir los antipsicóticos atípicos son: <ul style="list-style-type: none"> • Acatisia. • Parkinsonismo. • Distonia • Discinesia tardía 	1++ NICE <i>Sáez de Adana E., 2014</i>
	El uso de benzodicepinas durante un período de seguimiento corto puede reducir los síntomas de acatisia inducida por antipsicóticos.	Débil GRADE <i>Gómez C., 2014</i>
	Considerar la prescripción y administración de biperideno intramuscular para el tratamiento de la distonía aguda inducida por antipsicóticos.	Débil GRADE <i>Gómez C., 2014</i>
	Para el tratamiento de la distonía y el efecto extrapiramidal inducida por antipsicóticos en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia, se considerará la utilización de biperideno 2 mg por vía oral.	Punto de buena práctica

	Para el tratamiento del parkinsonismo y efecto extrapiramidal inducido por antipsicóticos en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia considere el uso de 2 a 4 mg día de biperideno o el uso de difenhidramina 10 ml.	Punto de buena práctica
	Todos los antipsicóticos pueden presentar alteraciones cardiacas manifestándose generalmente en el ECG como alargamiento del segmento QT.	1++ NICE <i>Sáez de Adana E., 2014</i>
	La monitorización de este intervalo con realizaciones periódicas de ECG pueden ser necesarias en los pacientes en tratamiento con estos fármacos	B NICE <i>Sáez de Adana E., 2014</i>
	Es necesario que todo el personal de salud conozca los efectos adversos de los medicamentos antipsicóticos (Ver Tabla de medicamentos 5.5.1.)	Punto de buena práctica




4.6 Intervenciones de enfermería dirigidas al familiar para prevenir el desarrollo de cansancio del cuidador del usuario con esquizofrenia paranoide

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los fármacos antipsicóticos y la desinstitucionalización han colocado a los familiares de los pacientes que padecen esquizofrenia en responsables como cuidadores informales. Esto conlleva, muchas veces, a una alta sobrecarga para los miembros de la familia.	2+ NICE <i>Caqueo A., 2012</i>
	Evaluar la sobrecarga del cuidador aplicando la escala de Zarit (Ver cuadro 4)	C NICE <i>Caqueo A., 2012</i>
	Existe un incremento de riesgo psicopatológico en cuidadores de pacientes psiquiátricos con esquizofrenia.	2+ NICE <i>Caqueo A., 2012</i>
	Aplicar programas de intervención considerando la identidad y cosmovisión que presentan los cuidadores y adoptando la forma de abordaje en pacientes con esquizofrenia así como sus familias.	C NICE <i>Caqueo A., 2012</i>





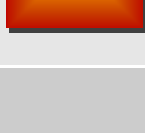
E	Los cuidadores de pacientes con esquizofrenia perciben en forma subjetiva como sus responsabilidades tienen efectos adversos sobre su salud, vida personal y social, finanzas y bienestar social	3 NICE <i>Jofré V.,2010</i>
E	El impacto del cuidador tiene una significancia estadística cercana a (0.086), lo cual muestra una tendencia mayor en las mujeres para la sobrecarga derivadas de la tarea de cuidar a otros.	3 NICE <i>Jofré V.,2010</i>
E	Los familiares que cuidan en forma habitual todos los días de la semana, incluyendo fines de semana tienen valores promedio superiores de sobrecarga.	3 NICE <i>Jofré V.,2010</i>
R	El cuidador debe ser tomado en cuenta como un usuario que también requiere de atención y no solo ser visto/a como un agente colaborador para la atención de su paciente.	D NICE <i>Jofré V.,2010</i>
E	Al estudiar a los familiares cuidadores se encontró que la mitad (58.8%) de ellos presentaron algún trastorno psiquiátrico, dentro de los cuales se destacaron la depresión en mujeres y la dependencia al alcohol en hombres. Esto a consecuencia de la situación constante de estrés que se vive en la familia por la esquizofrenia y del hecho de que algunos familiares se descuidan personalmente debido al cuidado y la sobreprotección que le dan a su familiar enfermo.	3 NICE <i>Rascón M.,2014</i>
E	Algunos estudios han reportado que uno de cada tres familiares cuidadores presentan niveles elevados de ansiedad o depresión vinculados con su papel de cuidador.	3 NICE <i>Rascón M.,2014</i>
	Evaluar la ansiedad y depresión utilizando las escalas de Beck o Hamilton.	Punto de buena práctica
E	En la familia las relaciones y la dinámica se modifican cuando se introduce en la misma el requerimiento de la atención psiquiátrica.	3 NICE <i>Rascón M.,2014</i>
R	Brindar apoyo profesional e institucional para el familiar, el manejo de crisis, atención integral y de grupos de apoyo.	D NICE <i>Rascón M.,2014</i>
R	Los familiares de pacientes con esquizofrenia requieren estar informados de las medidas que deben tomarse en caso de una crisis o recaída de sus pacientes.	D NICE <i>Rascón M.,2014</i>
R	Implementar una asistencia integral farmacológica, psicológica, psicosocial, psicoeducativa integral al familiar para mejorar su calidad de vida.	D NICE <i>Rascón M., 2014</i>

	Identificar las redes de apoyo del usuario.	Punto de buena práctica
	Informar a familiares del riesgo que presentan de tener sobrecarga del cuidador o de desarrollar alguna psicopatología.	Punto de buena práctica
	Detección y manejo oportuno de casos entre familiares de los pacientes y personas relacionadas con ellos para prestarles la atención que requieren. Mediante continua comunicación y retroalimentación con personal clínico (médico, enfermeras, trabajo social), encargado del seguimiento de los usuarios.	Punto de buena práctica
	Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión en el paciente con esquizofrenia en la fase de estabilización, reconociendo y expresando sentimientos de tristeza, ansiedad o ira.	Punto de buena práctica
	Propiciar las visitas familiares del paciente hospitalizado.	Punto de buena práctica




4.7 Intervenciones de enfermería dirigidas al usuario con esquizofrenia paranoide en fase de mantenimiento para fomentar su auto cuidado

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El impacto del incumplimiento terapéutico en la evolución de los pacientes con esquizofrenia es muy importante ya que aumenta el riesgo de recaídas con ingresos hospitalarios más frecuentes, aumenta el riesgo de suicidio, incrementa los costes sanitarios, disminuye la calidad de vida y repercute claramente en las familias y cuidadores.	3 NICE <i>García I., 2010</i>
	Las tasas de adherencia en los pacientes tratados por enfermedades crónicas de cualquier especialidad oscilan entre el 43 y el 78%, y aunque las tasas de adherencia en esquizofrenia son muy variables según los estudios, en una revisión de 10 estudios publicados se ha estimado una tasa media del 41,2%.	3 NICE <i>García I., 2010</i>
	La terapia de adherencia, tiene como objetivo promover la adherencia en personas con esquizofrenia para tomar una decisión frente al tratamiento.	1+ NICE <i>Gómez C., 2014</i>

	La potenciación de las actitudes positivas hacia el tratamiento y el establecimiento de acuerdos con el paciente acerca de la importancia de tomar los fármacos son estrategias para reducir las recaídas por falta de adherencia.	3 NICE <i>García I., 201</i>
	Emplear estrategias para evaluar la adherencia como: el registro de la administración de medicamentos y la impresión clínica del paciente.	C NICE <i>García I., 201</i>
	Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos, así como informar sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.	Punto de buena práctica
	La adherencia al tratamiento implica también aceptar el diagnóstico correspondiente a la propia enfermedad, ya que esto lleva al enfermo a una mejoría y a un pronóstico favorable.	4 NICE <i>Salinas E, Nava ME., 2012</i>
	Algunas causas de incumplimiento terapéutico se deben a no aceptar el diagnóstico, la negación de la enfermedad, la estigmatización, los efectos secundarios, la percepción de falta de beneficio del tratamiento, los cambios en el entorno y aspectos económicos que son de los más predominantes.	4 NICE <i>Salinas E, Nava ME., 2012</i>
	Uno de los objetivos de la psicoeducación del paciente y su familia es enfatizar la importancia de la adherencia al tratamiento, como uno de los principales predictores de recaída.	2 APM <i>Verduzco W, 2014</i>
	Concientizar a los familiares y al enfermo sobre su padecimiento, explicándoles todas sus dudas sobre la enfermedad.	D NICE <i>Salinas E, Nava ME., 2012</i>
	En un estudio descriptivo transversal sobre el rol educativo del profesional de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos el 62.97% expreso que se les ofreció información acerca de los cuidados que debe realizar en el hogar en pro de la salud de su familiar.	3 NICE <i>Sifuentes A., 2011</i>
	El personal de enfermería debe fortalecer los aspectos positivos de la relación terapéutica con los familiares de los pacientes a través de talleres y charlas alusivas en relación a la promoción de la salud.	D NICE <i>Sifuentes A., 2011</i>
	Informar y educar a los usuarios y sus familiares, acerca de las características de la enfermedad y de la participación de unos y otros en el programa de tratamiento y rehabilitación.	Punto de buena práctica
	Un panel de expertos estuvo en pleno acuerdo de recomendar a todos los pacientes con esquizofrenia el disminuir o abandonar el consumo de tabaco, debido a especial prevalencia y su intensa dependencia nicotínica.	4 NICE <i>Bobes J., 2012</i>

	Se les recomienda disminuir o abandonar el consumo de tabaco	D NICE <i>Bobes J.,2012</i>
	La sintomatología de los trastornos mentales afecta la alimentación, en relación con los hábitos, los conocimientos, las percepciones y las conductas.	1+ NICE <i>Gil F.,2014</i>
	Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida, que puedan consumirse fácilmente, en intervalos adecuados, rico en fibra.	B NICE <i>Gil F.,2014</i>
	Concientizar a los familiares y al enfermo sobre su padecimiento, explicando todas sus dudas sobre la enfermedad, fortalecer los aspectos positivos de la relación terapéutica con los familiares de los pacientes a través de los talleres y recomendarles dejar de fumar.	Punto de buena práctica
	Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas para la rehabilitación física y mental, que en su caso incluyan el desarrollo de estimulación cognoscitiva, así como la prevención y atención a deformidades físicas en cada paciente; la conciencia de su cuerpo, del espacio y el desarrollo de sus sentidos, que lo posibiliten para la elaboración de trabajos manuales, participación en actividades deportivas y autocuidado.	Punto de buena práctica

4.8 Estrategias psicoterapéuticas o psicosociales efectivas en las cuales colabora el personal de enfermería con el personal de psicología en la fase de mantenimiento de usuarios con esquizofrenia paranoide

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de los resultados psicoterapéuticos.	1++ NICE <i>Botella L., Corbella S., 2011</i>
	El 66% de estudios mostraron una correlación significativa entre el vínculo terapéutico/ cohesión y los resultados de los tratamientos. El factor de colaboración y confianza es el que presenta una mayor correlación con los resultados de la terapia.	1++ NICE <i>Botella L., Corbella S., 2011</i>
	La alianza terapéutica se relaciona con la aceptación de la farmacología y la disminución de las ausencias a la terapia en los pacientes con esquizofrenia	1++ NICE <i>Botella L., Corbella S., 2011</i>

R	<p>Establecer alianza terapéutica con el usuario, considerando</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo en los objetivos de la terapia • Acuerdo en las tareas de la terapia • Vínculo emocional entre terapeuta y paciente 	<p>B NICE <i>Botella L., Corbella S., 2011</i></p>
E	Las intervenciones psicológicas y psicosociales son acciones dirigidas a la solución de problemas psicológicos y sociales, en las cuales se espera una participación activa de los sujetos participantes.	<p>1+ NICE <i>Gómez C., 2014</i></p>
R	A los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia se les debe ofrecer manejo psicoterapéutico orientado a la familia y dirigido a la psicoeducación.	<p>Fuerte GRADE <i>Gómez C., 2014</i></p>
R	Entre las modalidades psicoterapéuticas para el manejo de los adultos con diagnóstico de esquizofrenia se recomienda ofrecer psicoeducación, terapia cognitivo-conductual, entrenamiento en habilidades sociales e intervenciones familiares.	<p>Fuerte GRADE <i>Gómez C., 2014</i></p>
E	Los resultados de varios estudios mostraron estar a favor de la psicoeducación en comparación con el tratamiento usual para los siguientes desenlaces: síntomas globales de esquizofrenia, prevención de recaídas y hospitalizaciones, funcionamiento social, calidad de vida, carga familiar y adherencia al tratamiento farmacológico.	<p>1+ NICE <i>Gómez C., 2014.</i></p>
R	Realizar psicoeducación dirigida tanto al paciente como a su familia.	<p>A NICE <i>Gómez C., 2014.</i></p>
E	Los resultados en síntomas globales y negativos de esquizofrenia al final del tratamiento, el funcionamiento social y la calidad de vida en salud mental están a favor del entrenamiento en habilidades sociales en comparación con el tratamiento usual.	<p>1+ NICE <i>Gómez C., 2014</i></p>
R	Realizar entrenamiento de las habilidades sociales para que la(o)s pacientes, se desenvuelvan eficazmente al ámbito social.	<p>A NICE <i>Gómez C., 2014.</i></p>
E	La terapia de familia mostró ser superior al tratamiento usual para prevención de recaídas a mediano y largo plazo, disminuir la carga familiar y mejorar la adherencia al tratamiento cuando se hace un seguimiento de menos de un año después de la intervención.	<p>1+ NICE <i>Gómez C., 2014</i></p>
R	Realizar terapia de familia preferentemente bajo un modelo clínico.	<p>A NICE <i>Gómez C., 2014.</i></p>

E	Los hallazgos relacionados a la terapia cognitivo-conductual están a favor de la misma, como coadyuvante para disminuir las recaídas y hospitalizaciones hasta los 12-24 meses después del tratamiento. En cuanto a la dimensión sintomatológica, se encuentra que esta intervención es eficaz para disminuir los síntomas positivos a corto plazo y los síntomas negativos a largo plazo. En la dimensión laboral se encuentra aumento en las horas de trabajo y mejoría de la actitud en los pacientes sometidos a la intervención.	1+ NICE Gómez C., 2014
E	La terapia cognitivo conductual, es fundamental en el tratamiento inicial, es muy util para el manejo de la comorbilidad con abusos de sustancias, trastornos ansiosos y afectivos, y en general mejora el apego al tratamiento.	3 AMP Verduzco W, 2014
E	Las técnicas cognitivo-conductuales se pueden utilizar en asociación al tratamiento farmacológico, de hecho, la asociación de ambos tipos de tratamiento es de indicación en la mayoría de los cuadros psiquiátricos (trastornos afectivos, de ansiedad e incluso en muchas formas de psicosis esquizofrénica).	4 NICE Ibáñez C, 2012
R	Se sugiere realizar terapia conductual, para identificar los pensamientos y acciones que influyen en los sentimientos para obtener un mayor control sobre ellos.	A NICE Gómez C., 2014.
E	La terapia ocupacional es una intervención que favorece el contacto con la realidad, ampliamente utilizada debido a las preferencias de los pacientes y la experiencia en medio pero que no ha sido suficientemente evaluada.	1+ NICE Gómez C., 2014
R	Se sugiere el uso de terapia ocupacional para el manejo del adulto con diagnóstico de esquizofrenia en el contexto hospitalario o en el ambulatorio.	B NICE Gómez C., 2014
E	A los enfermos con psicosis y esquizofrenia la terapia ocupacional les favorece ya que al mantenerse activos su mente está concentrada en la actividad y esto los ayuda a ubicarse un poco en su espacio real.	4 NICE Salgado M, 2013
R	Utilizar estrategias individuales y grupales que tienen que ver con la Remotivación y Grupo de Remotivación.	D NICE Salgado M, 2013

5. ANEXOS

5.1. Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **esquizofrenia paranoide**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **ingles y español**.
- Documentos publicados los últimos **5 años**
- Documentos enfocados a la practica clínica de **psiquiatría, psicología y enfermería**.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

5.1.1. Estrategia de búsqueda

5.1.1.1. Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema de **Esquizofrenia paranoide** en PubMed. La búsqueda se limitó a estudios en humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés y español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el(los) término(s) **Paranoid Schizophrenia**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda se obtuvo **1** resultado, el cual se utilizó para la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
("Schizophrenia, Paranoid/complications"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/diagnosis"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/drug therapy"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/epidemiology"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/etiology"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/nursing"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/prevention and control"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/psychology"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/rehabilitation"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/therapy"[Mesh]) AND Practice Guideline[ptyp]	1

Se realizó una segunda búsqueda en PubMed. La búsqueda se limitó a estudios en humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés y español, del tipo de documento de revisiones sistematicas y ensayo clinicos y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el(los) término(s) **Paranoid Schizophrenia**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **18** resultados, de los cuales se utilizo **1** documento para la elaboración de la guía.

Algoritmo de búsqueda:

1. Schizophrenia Paranoid"[Mesh]
2. Complications"[Mesh]
3. Diagnosis"[Mesh]
4. drug therapy"[Mesh]
5. epidemiology"[Mesh]
6. etiology"[Mesh]
7. nursing"[Mesh]
8. prevention and control"[Mesh]
9. psychology"[Mesh]
10. rehabilitation"[Mesh]
11. therapy"[Mesh]
12. Practice Guideline[ptyp]
13. #1 #2 OR #1 #3
14. #1 #4 OR #1 #5
15. #1 #6 OR #1 #7
16. #1 #7 OR #1 #8
17. #1 #9 OR #1 #10
18. #10 OR #1 #11
19. #11 AND #12
20. #1 OR #2OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 AND #12

BÚSQUEDA	RESULTADO
("Schizophrenia, Paranoid/complications"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/diagnosis"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/drug therapy"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/epidemiology"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/etiology"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/nursing"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/prevention and control"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/psychology"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/rehabilitation"[Mesh] OR "Schizophrenia, Paranoid/therapy"[Mesh]) AND ((systematic[sb] OR Clinical Trial[ptyp]) AND "2010/08/20"[PDat] : "2015/08/18"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms])	18

Algoritmo de búsqueda:

1. Schizophrenia Paranoid"[Mesh]
2. Complications"[Mesh]
3. Diagnosis"[Mesh]

4. drug therapy"[Mesh]
5. epidemiology"[Mesh]
6. etiology"[Mesh]
7. nursing"[Mesh]
8. prevention and control"[Mesh]
9. psychology"[Mesh]
10. rehabilitation"[Mesh]
11. therapy"[Mesh]
12. systematic[sb]
13. Clinical Trial[ptyp]
14. 2010/08/20"[PDat] : "2015/08/18"[PDat]
15. humans"[MeSH Terms]
16. adult"[MeSH Terms]

5.1.1.2. Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en **CUIDEN** con el término **Esquizofrenia**. Se obtuvieron **110** resultados de los cuales se utilizaron **17** documentos para la elaboración de la guía.

5.1.1.3. Tercera Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término **esquizofrenia**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

SITIOS WEB	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
Guíasalud	1	0
American Psychiatric Association	3	0
Elsevier	1	1
Total	4	1

5.2. Escalas de Gradación

NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE**

NIVEL DE EVIDENCIA	INTERPRETACIÓN
1++	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertas/os

*Los estudios con un nivel de evidencia con signos “-” no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación, Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

**National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005. The guidelines manual 2009.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
A	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal
D(BPP)	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

ESCALA DE CLASIFICACIÓN SEGÚN LOS CRITERIOS GRADE

CALIDAD DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Alta	Un estudio incluyendo meta-análisis y la revisión sistemática, que cumple con los criterios específicos de un estudio bien diseñado
Moderada	Un estudio incluyendo meta-análisis y la revisión sistemática, que no cumple o no está claro que cumpla al menos de uno los criterios específicos de un estudio bien diseñado. Se incluyen los estudios cuasi-experimentales
Baja	Un estudio (incluyendo el meta-análisis y la revisión sistemática) que tiene en su diseño al menos un defecto fatal o no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de estudio bien diseñado, aunque no presenta “errores fatales” o una acumulación de defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan elaborar las recomendaciones. se incluyen estudios observacionales
Muy baja	Estudios con datos confusos o imprecisos y existe al menos una posibilidad de sesgos

ESTIMACIÓN DEL GRADO DE LA RECOMENDACIÓN

Fuerte	Calidad de la evidencia alta
Débil	Calidad de la evidencia moderada o alta
Basado en el consenso	Calidad de la evidencia baja. Muy baja o ausente.

NIVELES DE EVIDENCIA DE RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIATRICA MEXICANA (APM)	
CALIDAD DE LA EVIDENCIA CIENTIFICA	
1	Meta-analisis, revisiones sistematicas o estudios clinicos controlados, con adecuada calidad metodologica y muy bajo riesgo de sesgos, incluida una adecuada aleatorización.
2	Meta- analisis, revisiones sistematicas o estudios clinicos controlados, inadecuada calidad metodologica y riesgo de sesgos, SIN aleatorización, estudios analiticos de cohorte o casos y controlares (preferentemente de más de un centro); series de tiempo multiples o resultados dramaticos de estudios NO controlados.
3	Evidencia procedenete de opiniones de autoridades respetadas, basados en experiencia clinica; estudios descriptivos o reportes de comites de expertos.
FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTIFICA	
A	Buena evidencia para apoyar recomedación para su uso.
B	Moderada evidencia para apoyar recomendación para su uso.
C	Pobre evidencia para apoyar recomendación.
D	Maderada evidencia para apoyar recomendación EN CONTRA de su uso.
E	Buena evidencia para apoyar recomendación EN CONTRA de su uso.

5.3. Cuadros o figuras

Cuadro No. 1 Curso de la esquizofrenia

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

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

Cuadro No. 2 Contención terapéutica

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

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

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

Indicaciones

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

Principios Generales

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

Recomendaciones y medidas de seguridad

- Procurar obtener la cooperación del usuario. De no ser posible, obtener su atención.
- Intervenir cuando esté presente un número suficiente de personas (cinco), se informara al resto de los compañeros, el personal se colocara a una distancia adecuada. Se le informara al usuario que está perdiendo el control pero se le va a ayudar si él lo desea. Todo ello en un tono firme pero comprensivo
- Contar con un plan de acción pre acordado
- Tener la preparación necesaria: el personal no capacitado debe retirarse dando espacio a quienes

realizaran la contención, quienes tendrán que retirar de sí mismos y del usuario de todo objeto peligroso, para la integridad física de ambos (gafas, relojes, pulseras, pendientes, etc.)

- Evitar la presencia de espectadores, pues el usuario puede adoptar una posición más heroica que la que tendría al estar solo. Además de que aumentaría la ansiedad en los demás pacientes (especialmente en aquellos paranoides)
- Identificar el momento de la intervención: cuando muestre signos de violencia inmediata o ejecute actos violentos contra objetos; si observa personas cercanas actuara contra ellas. El momento indicado será: mientras destruye los objetos cuando se detiene a recuperar fuerzas
- El número de personas será de cinco; es importante que el grupo sea lo más numeroso posible, porque una demostración de superioridad numérica puede ser suficiente para interrumpir la acción. Cada uno de las extremidades será sujeta por un miembro del equipo
- El personal será en todo momento profesional, no mostrara cólera, ni afán de castigo; la actitud será enérgica pero amable, respetuosa, evitando golpearle o someterlo a posturas humillantes; se actuara impidiéndole el movimiento; hay que evitar insultos, blasfemias.
- Contar con los elementos imprescindibles para la contención tales como correas, sabanas, muñequeras, etc.
- Para realizar la contención cada miembro del personal tiene asignada una extremidad. Se deben evitar los huesos largos y el tórax, por riesgo de lesiones. Se sujetaran las extremidades en la zona más distal.
- Siempre debe estar autorizado por un médico, aunque sea de forma verbal, pero de preferencia por escrito en la hoja de prescripciones médicas.
- Se debe registrar minuciosamente la razón de la contención, la duración, el curso del tratamiento y la respuesta del paciente mientras este sujeto.

Técnica de la contención física

- Informarle al paciente los motivos por los cuales se le va a sujetar
- Contar con cinco personas como mínimo para realizar el procedimiento
- Un integrante deberá de mantener siempre comunicación verbal y contacto visual con el paciente, buscando la manera de calmarlo.
- Las extremidades inferiores deberán de sujetarse a nivel de los tobillos, extendidas y ligeramente abiertas
- Las extremidades inferiores se colocaran al lado del cuerpo, los cuales se sujetaran por la muñeca y las tiras al travesero de la cama
- El tronco se debe sujetar firmemente a la cama con la correa más ancha, cuidando que no esté floja o apretada ya que podría deslizarse por ella y ahorcase, o dificultarle la respiración
- Colocar la sujeción de manera que permita la administración de líquidos o alimentos orales
- Mantener la cabeza del usuario ligeramente levantada para disminuir el sentimiento de indefensión y reducir la posibilidad de bronco aspiración
- Verificar de manera periódica la sujeción, garantizando la seguridad y comodidad del usuario
- Si es necesario se prescribirán y administraran antipsicóticos
- Eliminar las restricciones a intervalos de cinco minutos, una vez que el usuario este bajo control, hasta que tenga solo dos. Estas se retiraran simultáneamente, aplicándolas el menor tiempo posible.
- En virtud de que la pérdida de control y la contención mecánica puede resultar penosa para el paciente es necesario:
- Mantener la dignidad y la autoestima
- Preservar la intimidad del paciente
- Explicar la situación a los otros pacientes sin revelar la información que el paciente considero confidencial
- Mantener contacto verbal con intervalos regulares mientras se halle despierto
- Asignar a un auxiliar procurando que sea del mismo sexo del usuario para que se ocupe de sus

- cuidados personales
- Implicar al usuario en planes para poder finalizar la sujeción mecánica
 - Desacostumbrar progresivamente al usuario a la seguridad que supone un entorno de aislamiento
 - Comprobar las constantes vitales periódicamente
 - Ayudar al usuario en la higiene personal
 - Proporcionarle cómodo u orinal
 - Regular y controlar la temperatura de la habitación
 - Realizar los cambios posturales necesarios
 - Almohadillar las sujeciones
 - Ofrecer alimentos y líquidos
 - Observarle frecuentemente y retirar todos los objetos peligrosos de su entorno

Fuente: Elaborado por el grupo de desarrollo

Cuadro No. 3 Estudios paraclínicos y su periodicidad

ESTUDIO	PERIODICIDAD
Perímetro abdominal	Al inicio del tratamiento Primer año cada tres meses Del segundo en adelante, dos veces al año.
Glucemia en ayunas	Al inicio del tratamiento A los tres meses si hay cambio en el tratamiento Cada seis meses para pacientes menores de 45 años de edad Anual para mayores de 45 años de edad
Perfil de lípidos Colesterol total (LDL, HDL y triglicéridos)	Al inicio del tratamiento Cada seis meses para antipsicóticos atípicos Control anual para otros antipsicóticos
Hemograma	Al inicio del tratamiento Recomendación específica para clozapina
Transaminasas	Según instrucciones de uso de los diferentes fármacos
EKG	Al inicio del tratamiento y una vez al año

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

Cuadro 4 Escala para valorar la sobrecarga del cuidador

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

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

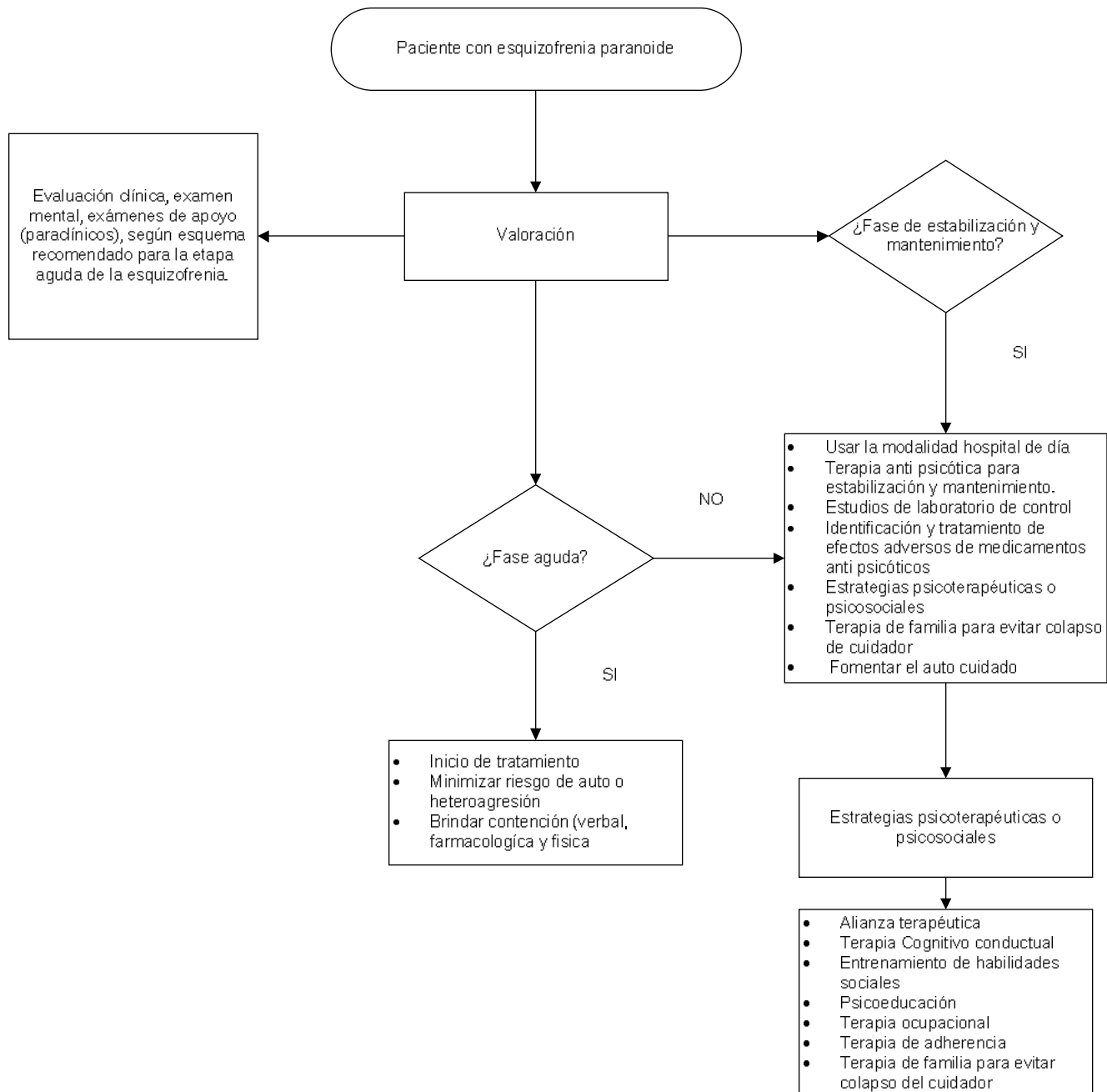
Cada ítem se valora así:

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

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

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

5.4. Diagramas de Flujo



Fuente: Elaborado por el grupo desarrollador

5.5. Listado de Recursos

5.5.1. Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **esquizofrenia paranoide** del **Cuadro Básico de IMSS** y del **Cuadro Básico Sectorial**:

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS						
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	INDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
040.000.3259.00	CLOZAPINA	COMPRIMIDO Cada comprimido contiene: Clozapina 100 mg Envase con 30 comprimidos.	Psicosis Se une a los receptores para dopamina en el sistema límbico. Interactúa con receptores adrenérgicos, colinérgicos, histaminérgicos y serotoninérgicos.	Pancitopenia, somnolencia, sedación, convulsiones, taquicardia, náusea, vómito, eyaculación anormal, urgencia o retención urinaria.	Acción aditiva con medicamentos que actúan en el SNC. Aumenta su toxicidad sobre médula ósea con agentes supresores y con antihipertensivos aumenta el efecto de hipotensión. Aumenta la concentración plasmática de warfarina y digoxina	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, agranulocitosis, depresión profunda del Sistema Nervioso Central. Precauciones: En hipertrofia prostática o glaucoma. Vigilancia continua y periódica mediante biometría hemática.
040.000.3259.01		Envase con 50 comprimidos.				
040.000.3204.00	LEVOMEPRMAZINA	TABLETA Cada tableta contiene: Maleato de levomepromazina equivalente a 25 mg de levomepromazina Envase con 20 tabletas.	Psicosis con ansiedad o agitación extrema. Antagonista competitivo de los receptores dopaminérgicos del sistema límbico, tálamo e hipotálamo	Ressequedad de mucosas, somnolencia, hipotensión arterial, retención urinaria, parkinsonismo, acatisia, disquinesia, fotosensibilidad, ictericia colestática, discrasias sanguíneas, hiperprolactinemia.	Intensifica y prolonga la acción de opiáceos, analgésicos, alcohol, difenilhidantoína y otros depresores del sistema nervioso central. Con antihipertensivos aumentan la hipotensión ortostática. Con antimuscarínicos aumentan los efectos adversos.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco o a las fenotiacinas, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, epilepsia no tratada, hipotensión arterial, depresión de la médula ósea, coma, enfermedad de Parkinson

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	INDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
040.000.4477.00	HALOPERIDOL	SOLUCIÓN ORAL Cada ml contiene: Haloperidol 2 mg Envase con gotero integral con 15 ml.	Psicosis Neuroléptico. Excitación psicomotora	Sequedad de mucosas, estreñimiento, retención urinaria hipotensión ortostática, síntomas extrapiramidales, discinesia tardía.	Puede disminuir el umbral convulsivo en pacientes que reciben antiepilépticos. Con antimuscarínicos aumentan los efectos adversos. Con litio puede producir encefalopatía. Con antiparkinsonia os disminuyen los efectos terapéuticos	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. La solución inyectable no se debe administrar por vía endovenosa debido a que produce trastornos cardiovasculares graves como muerte súbita, prolongación del QT y Torsades des Pointes Precauciones: En epilepsia y Parkinson. Insuficiencia hepática y renal, embarazo, lactancia, enfermedades cardiovasculares, depresión del sistema nervioso central.
040.000.3251.00		TABLETA Cada tableta contiene: Haloperidol 5 mg Envase con 20 tabletas.				
040.000.3253.00		SOLUCION INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Haloperidol 5 mg Envase con 6 ampolletas (5 mg/ ml				
040.000.4481.00		SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolleta contiene:				
040.000.4481.01		Decanoato de haloperidol equivalente a 50 mg de haloperidol Envase con 1 ampolleta con 1 ml Envase con 5 ampolletas con 1 ml				

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	INDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
010.000.5486.00 010.000.5486.01	OLANZAPINA	TABLETA Cada tableta contiene: Olanzapina 10 mg Envase con 14 tabletas. Envase con 28 tabletas.	Esquizofrenia. Tienobenzodiazepina con afinidad por diversos receptores como: dopaminérgicos, serotoninérgicos, histaminérgicos y muscarínicos.	Somnolencia, aumento de peso corporal, vértigo, acatisia, edema, aumento del apetito, hipotensión ortostática, sequedad de boca, estreñimiento.	Aumenta su eliminación con carbamazepina y humo de tabaco. El etanol puede ocasionar efectos aditivos y el carbón activado reduce considerablemente su absorción	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: En hipotensión arterial.
010.000.4489.00		SOLUCIÓN INYECTABLE Cada frasco ampula con liofilizado contiene: Olanzapina 10 mg Envase con un frasco ampula.	Agitación asociada a: Esquizofrenia Enfermedad bipolar Demencia.			
010.000.5489.00	QUETIAPINA	TABLETA Cada tableta contiene: Fumarato de quetiapina equivalente a 100 mg de quetiapina Envase con 60 tabletas.	Psicosis. Muestra una gran afinidad a los receptores cerebrales de serotonina (5HT ₂) y de dopamina (receptores D ₁ y D ₂). La combinación del antagonismo de estos receptores con mayor selectividad por los 5HT ₂ con respecto a los D ₂ , es lo que contribuye al efecto antipsicótico.	Astenia leve, boca seca, rinitis, dispepsia y estreñimiento	Es un antipsicótico atípico que interactúa con una gran variedad de receptores de neurotransmisores. La administración concomitante con tioridazina aumenta la eliminación de la quetiapina.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco y en menores de 16 años. Precauciones: Evitar el uso concomitante con medicamentos de acción en sistema nervioso central y con alcohol.

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	INDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
040.000.3241.00 040.000.3241.01	TRIFLUOPERAZINA	GRAGEA O TABLETA Cada gragea o tableta contiene: Clorhidrato de trifluoperazina equivalente a 5 mg de trifluoperazina Envase con 20 grageas o tabletas. Envase con 30 grageas o tabletas.	Esquizofrenia. Ansiedad. Psicosis crónica.	Estreñimiento, resequedad de mucosas, hipotensión arterial, síncope, síntomas extrapiramidales, acatisia, disquinesia, ginecomastia, fotosensibilidad, ictericia colestática, discrasias sanguíneas.	Intensifica y prolonga la acción de: antihipertensivos, anticonvulsivantes, opiáceos, analgésicos, barbitúricos, alcohol y otros depresores del sistema nervioso central.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, depresión de la médula ósea, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, coma, epilepsia no tratada y síndrome convulsivo. Precauciones: En epilepsia bajo tratamiento, enfermedad de Parkinson y evitar su uso durante el primer trimestre del embarazo.
040.000.3258.00	RISPERIDONA	TABLETA Cada tableta contiene: Risperidona 2 mg Envase con 40 tabletas.	Esquizofrenia crónica. Antipsicótico antagonista de receptores 5-HT ₂ de serotonina y D ₂ de dopamina. Biodisponibilidad oral 94 %, se biotransforma a un metabolito "hidroxi" activo. Vida media de 22 horas.	Distonía aguda, síndrome extrapiramidal y acatisia dentro de los primeros dos meses del tratamiento. Después de meses o años de tratamiento: tremblor perioral y discinesia tardía. Rara vez se presenta el síndrome neuroléptico maligno. Otros efectos son aumento de peso, sedación, hipotensión postural, erupciones cutáneas y discrasias sanguíneas.	Potencia los efectos de otros depresores del sistema nervioso como sedantes, alcohol, antihistamínicos y opiáceos. Inhiben las acciones de los agonistas de la dopamina.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco y depresión de la médula ósea. Precauciones: En hipotensión arterial y enfermedad de Parkinson.
040.000.3262.00		SOLUCION ORAL Cada mililitro contiene: Risperidona 1 mg Envase con 60 ml y gotero dosificador.				

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	INDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
010.000.3264.00	ZIPRASIDONA	CAPSULA Cada cápsula contiene: Clorhidrato de ziprasidona equivalente a 40 mg de ziprasidona. Envase con 28 cápsulas	Psicosis. Tiene una elevada afinidad con los receptores de dopamina tipo 2 y 2a, también interactúa con los receptores de serotonina 5HT	Astenia, síndrome extrapiramidal, náuseas, somnolencia, estreñimiento, sequedad bucal, dispepsia, visión anormal.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco Precauciones: Se recomienda no administrar simultáneamente con medicamentos que puedan prolongar el segmento QT, infarto del miocardio reciente, insuficiencia cardiaca descompensada y arritmias en tratamiento con antiarrítmicos de la clase IA y III.	Medicamentos antiarrítmicos clase IA y III. Medicamentos que prolonguen el intervalo QT. La carbamazepina disminuye 36 % la concentración en plasma de ziprasidona y el ketoconazol la aumenta 35 %.
010.000.3261.00	FLUPENTIXOL	SOLUCION INYECTABLE Cada ampolleta contiene: Decanoato de flupentixol 20 mg Envase con una ampolleta de 1 ml.	Esquizofrenia crónica y crisis paranoica. Antipsicótico tioxanteno piperidínico antagonista de los receptores posinápticos D1 y D2 de la dopamina. Biodisponibilidad oral de 40-50 % por efecto del primer paso. La mayor parte del flupentixol se inactiva por desalquilación en el hígado y el decanoato se hidroliza por las esterasas plasmáticas. Volumen de distribución de 12-14 L/kg, con excreción urinaria mínima. Vida media de 22-36 hs.	Manifestaciones tempranas dentro de los 2 primeros meses del tratamiento: distonía aguda, síndrome extrapiramidal, acatisia. Tardías, después de meses o años de tratamiento: temblor perioral y discinecia. Rara vez se presenta el síndrome neuroléptico maligno. Otros efectos son aumento de peso, sedación, hipotensión postural, erupciones cutáneas y discrasias sanguíneas.	Potencia los efectos de otros depresores del sistema nervioso como sedantes, alcohol, antihistamínicos y opiáceos. Inhiben las acciones de los agonistas de la dopamina	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, depresión de la médula ósea. Precauciones: En hipotensión arterial y enfermedad de Parkinson.

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS SEDANTES

Clave	Principio activo	Presentación	Indicaciones	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
040.000.2612.00	CLONAZEPAM	TABLETA Cada tableta contiene: Clonazepam 2 mg Envase con 30 tabletas.	Epilepsia generalizada, particularmente las variedades mioclónica, atónica y atónico-acinética. Benzodiazepina que favorece la acción inhibitoria del GABA disminuyendo la actividad neuronal.	Rinorrea, palpitaciones, somnolencia, mareo, ataxia, nistagmos, sedación exagerada, efecto miorrelajante, hipotonía muscular.	Opiáceos, fenobarbital, antidepresivos y alcohol, aumentas su efecto. La carbamazepina disminuye su concentración plasmática	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a benzodiazepinas, insuficiencia hepática y renal, glaucoma, lactancia, psicosis, miastenia gravis
040.000.2613.00		SOLUCIÓN Cada ml contiene: Clonazepam 2.5 mg Envase con 10 ml y gotero integral.				
040.000.2499.00	ALPRAZOLAM	TABLETA Cada tableta contiene: Alprazolam 2.0 mg Envase con 30 tabletas.	Ansiedad. Trastornos de pánico.	Somnolencia, aturdimiento, cefalea, hostilidad, hipotensión, taquicardia, náusea, vómito.	El alcohol y otros depresores del sistema nervioso central aumentan el estado depresivo. Los antidepresivos tricíclicos aumentan su concentración plasmática.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma agudo, psicosis y trastornos psiquiátricos sin ansiedad. Precauciones: No prescribir para el estrés cotidiano, no se debe administrar por más de 4 meses.
010.000.0405.00	DIFENHIDRAMINA	JARABE Cada 100 mililitros contienen: Clorhidrato de difenhidramina 250 mg Envase con 60 ml.	Reacciones de hipersensibilidad inmediata Compite con la histamina por los sitios receptores H1 en células eectoras.	Somnolencia, inquietud, ansiedad, temor, temblores, crisis convulsivas, debilidad, calambres musculares, vértigo, mareo, anorexia, náusea, vómito, diplopía, diaforesis, calosfríos, palpitaciones, taquicardia; resequedad de boca, nariz y garganta.	La administración concomitante con antihistamínicos, bebidas alcohólicas, antidepresivos tricíclicos, barbitúricos u otros de presores del sistema nervioso central aumentan su efecto sedante.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma de ángulo cerrado, úlcera péptica, obstrucción piloroduodenal, hipertensión arterial, hipertrofia prostática, obstrucción del cuello de la vejiga, asma bronquial crónica. Precauciones: Menores de 2 años.

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CORRECCIÓN DE LOS SÍNTOMAS EXTRAPIRAMIDALES

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	INDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
040.000.2652.00	BIPERIDENO	TABLETA Cada tableta contiene: Clorhidrato de biperideno 2 mg Envase con 50 tabletas.	Parkinsonismo. Cinetosis. Disminuye la actividad colinérgica central, favoreciendo el balance colinérgico-dopaminérgico en el sistema nervioso central.	Estreñimiento, boca seca, retención urinaria, visión borrosa, inquietud, irritabilidad e hipotensión ortostática.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Glaucoma, epilepsia, arritmias cardíacas, hipertrofia prostática	Aumentan los efectos anticolinérgicos muscarínicos con antipsicóticos, antidepresivos y atropina
040.000.2653.00		SOLUCIÓN INYECTABLE Cada ampolla contiene: Lactato de biperideno 5 mg Envase con 5 ampollas de 1 ml.				

5.6. Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico(s) Clínico(s):			
CIE-9-MC / CIE-10			
Código del CMGPC:			
TÍTULO DE LA GPC			Calificación de las recomendaciones
Intervenciones de enfermería para la atención de adultos con esquizofrenia paranoide			
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	
Mujeres y hombres mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide	Enfermera(o)s Especialistas, Enfermera (o)s Generales, Personal en formación	Primer, segundo y tercer nivel	(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
VALORACIÓN			
El proceso de evaluación diagnóstica debe incluir al menos las siguientes intervenciones: Evaluación clínica, examen mental, exámenes de apoyo (paraclínicos), según esquema recomendado para la etapa aguda de la esquizofrenia.			
Evaluar al paciente utilizando el sistema de valoración por patrones funcionales de salud.			
INTERVENCIONES FASE AGUDA			
Las intervenciones de enfermería en el abordaje y tratamiento de esquizofrenia en etapa aguda son: seguridad, contención verbal, contención farmacológica y contención física.			
Se recomienda prescribir un antipsicótico a todo paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia para el tratamiento de la fase aguda de la enfermedad, bajo la supervisión de un médico psiquiatra.			
A los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia que presentan agitación psicomotora o agresividad y que no respondan a las medidas de persuasión se les debe dar manejo farmacológico parenteral.			
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO			
Para el manejo farmacológico del adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación, se recomienda cualquiera de las siguientes alternativas de primera línea: haloperidol más benzodiacepina parenteral, benzodiacepina parenteral sola o haloperidol solo.			
Al preparar y administrar un medicamento verificar que sea correcto el paciente, el medicamento, la dosis, la vía y el horario.			
ESTUDIOS PARACLÍNICOS			
Todo paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia requiere una evaluación clínica antes de iniciar el tratamiento farmacológico que incluya glucemia en ayunas, perfil de lípidos, hemograma y transaminasas.			
Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que reciben manejo farmacológico con clozapina se les debe solicitar hemograma: <ul style="list-style-type: none">Antes de iniciar el tratamiento			

<ul style="list-style-type: none"> • Semanal durante los tres primeros meses • Mensual hasta el año • Cada 6 meses a partir de un año 	
TRATAMIENTO EFECTOS ADVERSOS DE ANTIPSICÓTICOS	
Cuando el adulto con diagnóstico de esquizofrenia presenta un incremento de peso por encima del límite de IMC de 25 kg/m ² secundario al uso de antipsicóticos, se recomienda acompañamiento psicoterapéutico y por nutricionista para el manejo del sobrepeso.	
Para el tratamiento de la acatisia inducida por antipsicóticos en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia, considere la disminución de la dosis del antipsicótico e iniciar manejo con benzodiacepinas.	
Para el tratamiento de la distonía inducida por antipsicóticos en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia, considere la utilización de biperideno en caso de presentar distonía aguda secundaria a antipsicóticos.	
Para el tratamiento de la distonía y efecto extrapiramidal de inducida por antipsicóticos en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia, considere la utilización de biperideno 2 mg por vía oral en caso de presentar distonía secundaria a antipsicóticos.	
Para el tratamiento del parkinsonismo y efecto extrapiramidal inducido por antipsicóticos en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia considere el uso de 2 a 4 mg día de biperideno o el uso de difenhidramina 10 ml.	
INTERVENCIONES PARA EL COLAPSO DEL CUIDADOR	
Para evaluar la sobrecarga del cuidador se recomienda aplicar la escala de Zarit que evalúa la intensidad de esta.	
Brindar apoyo profesional e institucional para el familiar para el manejo de crisis, atención integral y de grupos de apoyo.	
Los familiares de pacientes con esquizofrenia requieren estar informados de las medidas que deben tomarse en caso de una crisis o recaída de sus pacientes.	
Implementar una asistencia integral farmacológica, psicológica, psicosocial, psicoeducativa integral al familiar para mejorar su calidad de vida.	
INTERVENCIONES PARA FOMENTAR EL AUTOCUIDADO	
Concientizar a los familiares y al enfermo sobre su padecimiento, explicándoles todas sus dudas sobre la enfermedad.	
El personal de enfermería debe fortalecer los aspectos positivos de la relación terapéutica con los familiares de los pacientes a través de talleres y charlas alusivas en relación a la promoción de la salud.	
Informar y educar a los usuarios y sus familiares, acerca de las características de la enfermedad y de la participación de unos y otros en el programa de tratamiento y rehabilitación.	
Se les recomienda disminuir o abandonar el consumo de tabaco.	
Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida, que puedan consumirse fácilmente, en intervalos adecuados, rico en fibra.	
INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS O PSICOSOCIALES INICIALES	
Establecer alianza terapéutica con el usuario, considerando <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo en los objetivos de la terapia • Acuerdo en las tareas de la terapia • Vínculo emocional entre terapeuta y paciente 	
Realizar psicoeducación dirigida tanto al paciente como a su familia.	

Realizar entrenamiento de las habilidades sociales para que la(o)s pacientes, se desenvuelvan eficazmente al ambito social.	
Realizar terapia de familia preferentemente bajo un modelo clínico.	
Se sugiere realizar terapia cognitivo conductual, para identificar los pensamientos y acciones que influyen en los sentimientos para obtener un mayor control sobre ellos.	
Se sugiere el uso de terapia ocupacional para el manejo del adulto con diagnóstico de esquizofrenia en el contexto hospitalario o en el ambulatorio.	
Utilizar estrategias individuales y grupales que tienen que ver con la Remotivación y Grupo de Remotivación.	
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)	

6. GLOSARIO

Acatisia: Incapacidad para mantenerse quieto que se acompaña de una sensación de intranquilidad a nivel corporal, sin llegar a la angustia.

Adherencia terapéutica: Grado de acatamiento de las prescripciones médicas por parte del paciente.

Alianza terapéutica: Vínculo psicoterapéutico que caracteriza una relación favorable entre paciente y terapeuta.

Autocuidado: Es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.

Agranulocitosis: Es una condición poco frecuente pero potencialmente grave caracterizada por una disminución del número de neutrófilos por debajo de 1,000 - 1,500 cel/mm³.

Alucinación: Es toda percepción carente de un objeto que la cause que es vivida por el paciente como real. Según su cualidad, se distinguen alucinaciones: Auditivas, Son las mas frecuentes de la esquizofrenia, son voces que hacen comentarios sobre la conducta del paciente, mantienen conversaciones, o repiten los pensamientos del paciente en voz alta; Visuales; Táctiles; Olfativas y gustativas; Cenestésicas(somáticas) y cinestésicas(de movimiento).

Consentimiento informado: Es el documento firmado por un paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo mediante el cual se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, paliativos o de investigación, una vez que ha recibido información vigente y clara de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

Delirios: Son creencias falsas, irrefutables a la lógica, basadas en una inferencia errónea de la realidad

Distonía: Trastorno en el tono y el movimiento muscular.

Disruptivo: La conducta disruptiva es un comportamiento que se caracteriza por ser de mala educación, insolente, falta de cooperación, irrespetuosa, desobediente, agresiva, provocadora, impulsiva, entre otros.

Efectos adversos: Se refiere a efectos negativos o no deseados de un medicamento.

Examen mental: Se hace para verificar las facultades de pensamiento de una persona y determinar si cualquier problema está mejorando o empeorando. También se denomina examen o prueba neurocognitiva

Grupo de Remotivación: Grupo terapéutico que se organiza con el propósito de estimular el interés, el conocimiento y la comunicación de los pacientes mentales abandonados e ingresados en instituciones

Intervención de enfermería: Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado en el paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a persona familia y comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidado.

Hemograma: Conjunto de datos hematológicos obtenidos de un análisis de sangre. Se hace un recuento de los elementos sólidos sanguíneos: glóbulos rojos o hematíes, glóbulos blancos o leucocitos y plaquetas. Se analiza su forma y tamaño. También se informa sobre el nivel de hemoglobina y el índice hematocrito.

Leucopenia: Disminución del número de leucocitos en la sangre, por debajo de 4 000 por milímetro cúbico.

Patognomónico: Se utiliza en el diagnóstico médico o psicológico para calificar a aquellos signos clínicos o síntomas que, si están presentes, aseguran que el sujeto padece un determinado trastorno.

Remotivación. Es la utilización de técnicas especiales que estimulan a los pacientes para que se motiven a aprender e interaccionar.

Síntomas negativos: Propiedades normales del funcionamiento psicológico que se deterioran con la enfermedad (pobreza del lenguaje, aplanamiento afectivo, asociabilidad, anhedonia, déficit de atención).

Síntomas positivos: Fenómenos que aparecen como fruto de la enfermedad y no son parte de la experiencia normal (alucinaciones, delirios, catatonía, conductas extrañas, disgregación).

Sobrecarga del cuidador: Situación de tensión emocional, exceso de responsabilidad y trabajo agotador que padece el cuidador de un enfermo.

Urgencia Psiquiátrica: Se define como la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta es en tal grado disruptivo que el paciente mismo, la familia o la sociedad consideran que se requiere atención inmediata.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Medica Panamericana. 2014
2. Aragón M Francisco. Paciente con esquizofrenia: proceso de enfermería. Ene 2014; 8 (1).
3. Bobes-García Julio et al, Consenso Delphi sobre la salud física del paciente con esquizofrenia: valoración por un panel de expertos de las recomendaciones de la sociedades españolas de psiquiatría y de psiquiatría biológica, Acta Esp. Psiquiatría 2012; 40(3):114-28.
4. Botella L., Corbella S. Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. Boletín de Psicología. 2011; 101: 21-33
5. Caqueo-Úrizar Alejandra, Gutierrez Maldonado José, Ferrer-García Marta, Darrigrande-Molina Paulina. Sobrecarga en cuidadores aymaras de pacientes con esquizofrenia. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2012;5(3):191-196
6. Escobar-Córdobal Franklin, Hernández-Yasnó Marcelo Andrés; Pedreros-Velásquez Jahir. Aislamiento en pacientes psiquiátricos. Revista de Psiquiatría do Rio Grande do Sul 2010.
7. Estévez Ramos Rafael A., Basset Machado Ihosvany, Guerrero Lara Ma. Guadalupe R., López Vázquez José T., Leal García María Luisa. La sujeción del paciente con agitación psicomotriz. Enf Neurol (Mex) 2011;10 (I): 32-38.
8. García I., Granada J. M., Leal, R M. I. Sales, M., Lluch T., Fornés J., Rodríguez A., Giner J. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. Actas Esp Psiquiatr 2010; 38(1):1-45
9. Gil Guiñon Ferran et al, Efectividad de una intervención enfermera en la mejora del estado nutricional de pacientes con trastornos de salud mental hospitalizados. Metas Enferm sep 2014; 17 (7): 26-31.
10. Gómez -Restrepo Carlos, Bohorquez- Peñaranda Adriana Patricia, García- Valencia Jenny et al. Guía de practica Clínica para el diagnostico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia. Centro nacional de Investigación en evidencia y Tecnologías en salud. Sistema General de Seguridad social en salud- colombia, 2014
11. Gómez-Duran E, Martín-Fumado C, Hurtado-Ruiz G. Aspectos clínico-epidemiológicos del suicidio consumado en pacientes con esquizofrenia. Rev. Actas Esp Psiquiatr 2012;40(6):333-45
12. Ibáñez-Tarín C., Manzanera-Escartí R. Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). Semergen. 2012; 38(6):377-387
13. Jofré Aravena Viviane, Sanhueza Alvarado Olivia. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. Ciencia y Enfermería XVI. 2010;(2):111-120
14. Rascón María Luisa, Valencia Marcelo, Domínguez Tecelli, Alcántara Humberto, Casanova Leticia. Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. Salud Mental 2014; 37:239-246.
15. Sáez de Adana García de Acilu Estíbaliz , Cano Ana Isabel, Eizaguirre García Ane , López Zurbano Saioa , Francos Ajona Aitor , Gaviña Arenaza Jon , Artaraz Ocerinjauregui Batirtxe , Gonzalez-Pinto Arrillaga Ana María. Efectos adversos de antipsicóticos atípicos, diferencias según sexo. Rev Psiquiatría biológica. 2014: 21. (03).
16. Salgado Q M, Espinosa S G. La importancia de la terapia ocupacional a través del cuidado en pacientes psiquiátricos. Enf Neurol (Mex) 2013; 12 (1): 34-39

17. Salinas C E, Nava G MG. Adherencia terapéutica. *Enf Neurol* 2012; 11(2): 102-104
18. Secretaría de Salud. Informe de la salud mental en Mexico. 2012
19. Sifuentes Contreras A. et al, Rol educativo del profesional de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos, *Revista electrónica trimestral de enfermería*, octubre 2011: 94-102
20. Verduzco F W. Consenso Nacional y Guía de Práctica clínica de la asociación Psiquiátrica Mexicana y de la asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con esquizofrenia. *Rev salud mental*. 2014;37(1).

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del **Instituto Mexicano del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano del Seguro social** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social que participó en los procesos de **<validación, verificación>** su valiosa colaboración en esta guía.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Lic. Monica Teresa Camacho Aguilar	Jefe de Enfermeras Hospital Psiquiátrico "Dr. Hector Tovar Acosta".
Lic. Sofía Bernal Romero	Jefe de Enfermeras Hospital psiquiátrico "Unidad Morelos".
Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfina Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Socorro Azarell Anzures Gutiérrez	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador