



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Dimensión práctica del examen complejo previo a la obtención del grado
académico de Licenciada en Enfermería**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

Proceso de Atención de Enfermería en paciente femenino con esquizofrenia
paranoide

AUTORA

BELLA GABRIELA ROMERO VÁSQUEZ

DOCENTE

LCDA. ELSA BERNAL MARTÍNEZ, MSC.

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2022

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	V
INTRODUCCIÓN	1
I. MARCO TEÓRICO	2
1.1 Justificación	7
1.2 Objetivo	7
1.2.1 Objetivo general	7
1.2.2 Objetivos específicos	8
1.3 Datos generales	8
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	9
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	9
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	9
2.3 Examen físico (exploración clínica)	10
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	12
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	13
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	13
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	17
2.8 Seguimiento	17
2.9 Observaciones	23
CONCLUSIONES	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS	27

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por darme los conocimientos necesarios que me han permitido llegar hasta esta etapa tan importante en mi vida, la formación profesional.

A mi madre, María Eugenia Vásquez Moran por brindarme apoyo incondicional y siempre haber confiado en mí, a mi padre, Iván Darío Romero Jácome, por sus consejos diarios y darme fuerzas para seguir adelante.

A la memoria de mi abuelo Juan Bruno Romero Jácome, porque se lo mucho que le hubiera gustado verme graduada, por sus consejos y amor incondicional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por darme la vida y que gracias a el pude culminar mi carrera, a mis padres por ser un pilar fundamental a lo largo de mi formación académica, a mi abuela la Lcda. Bella Carlota Jácome Granda por ser mi motor para seguir adelante y por todo su apoyo y motivación que me brindó desde el primer día.

A la Universidad Técnica de Babahoyo y a todos los docentes que me acompañaron durante este proceso académico y aportar a mi vida profesional.

RESUMEN

En el presente estudio de caso clínico basado en la esquizofrenia paranoide, la cual se la define como un trastorno muy serio que afecta en sí al individuo en la manera cómo actúa ante la sociedad, piensa y siente, en una persona que padece este trastorno puede que presente dificultades en reconocer lo verdadero y lo ficticio, provocando rechazo o baja aceptación en la sociedad lo que altera sus expresiones sentimentales agudizándose en contextos sociales complejos. Este tipo de esquizofrenia paranoide se relaciona primordialmente con alucinaciones, el tipo auditivo, basados en las alteraciones de percepción, no existen alteraciones del lenguaje ni otros síntomas. En el actual caso clínico se analizó el caso de una paciente de sexo femenino de 46 años que se recibe por el área de emergencia al momento se encuentra consciente, despierta, con habla incoherente, desorientada, somnolienta, intranquila, y en ocasiones presenta alteraciones en su estado emocional y alucinaciones, no refiere compañía familiar es hallada en una vía transitada realizando actos violentos, al momento se encuentra con medios de ejecución. En conclusión, se logró aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente femenino con esquizofrenia paranoide, además de realizar las intervenciones necesarias en base a la severidad del caso y en referencia del cuadro clínico.

Palabras claves: Esquizofrenia paranoide, Trastorno, Alucinaciones, Proceso Atención de Enfermería.

ABSTRACT

In this clinical case study based on paranoid schizophrenia, which is defined as a very serious disorder that affects the individual in the way he/she acts before society, thinks and feels, a person suffering from this disorder may present difficulties in recognizing what is true and what is fictitious, causing rejection or low acceptance in society, which alters his/her sentimental expressions, becoming more acute in complex social contexts. This type of paranoid schizophrenia is primarily related to hallucinations, the auditory type, based on perception alterations, there are no language alterations or other symptoms. In the current clinical case we analyzed the case of a 46-year-old female patient who is received in the emergency area and at the moment is conscious, awake, with incoherent speech, disoriented, drowsy, restless, and sometimes presents alterations in her emotional state and hallucinations, does not refer to family company, is found on a busy road performing violent acts, at the moment she is with means of execution. In conclusion, it was possible to apply the nursing care process in female patient with paranoid schizophrenia, in addition to making the necessary interventions based on the severity of the case and in reference to the clinical picture.

Keywords: Paranoid schizophrenia, Disorder, Hallucinations, Nursing Care Process.

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE FEMENINO CON
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia se la define como un trastorno muy serio que afecta en sí al individuo en la manera cómo actúa ante la sociedad, piensa y siente, en una persona que padece este trastorno puede que presente dificultades en reconocer lo verdadero y lo ficticio, provocando rechazo o baja aceptación en la sociedad lo que altera sus expresiones sentimentales agudizándose en contextos sociales complejos. Es importante comprender que la esquizofrenia no es un desdoblamiento en la personalidad o en diversas personalidades, la gran parte de casos de esquizofrenia no se evidencian conductas violentas y no causan riesgo de peligrosidad. La esquizofrenia no es provocada por destrezas en la infancia, o por déficit en la crianza del niño, ni se presenta el mismo cuadro clínico en todos los individuos.

A nivel internacional se ha comprobado que la esquizofrenia afecta en el 1% de la población a nivel global, en EE. UU se ha determinado que de cada 100 personas 1 presenta este cuadro esquizofrénico, alrededor de 3 millones de personas presentan la enfermedad, es importante comprender que este trastorno no discrimina situación social y económica, ni etnia, ni cultura. Actualmente a nivel nacional se ha determinado que en el Ecuador existe una prevalencia del 37.8% de ingresos en los centros de salud psiquiátricos y un 22.1% de atenciones ambulatorias. El cuadro sintomatológico de este trastorno se puede evidenciar a partir de los 12 años y 25 años, regularmente se ha demostrado que aparece con más frecuencia en los varones que en el sexo femenino.

En el contexto local se ha evidenciado el caso de una paciente femenina de 46 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, en cuanto a su cuadro clínico se encuentra despierta, somnolienta, intranquila, desorientada, y en ocasiones presenta alteraciones en su estado emocional, al momento de llegar a la casa de salud asistencial no refiere la compañía de ningún familiar, debido a su estado de comportamiento se procede a realizar y colocar medios de ejecución en la paciente.

I. MARCO TEÓRICO

Esquizofrenia

La esquizofrenia es catalogada como un trastorno psicológico crónico, en donde sus manifestaciones primordiales se basan en una combinación de variaciones del cuadro clínico en particular, los signos y síntomas que se evidencian en varios aspectos psíquicos como alucinaciones, delirios, asociaciones laxas, sentimientos, atenciones y motivaciones; en sí no existe un síntoma o signo que sea determinado o enfocado en la esquizofrenia, las particularidades psicológicas y de conductas se basan en distintos deterioros en la capacidad intelectual del individuo, es importante indicar que no siempre están presentes estos síntomas en la esquizofrenia (Kirkpatrick, 2019).

Epidemiología de la esquizofrenia

Se evidencia que la prevalencia de la esquizofrenia a lo extenso de la vida varía entre 0.5-1.3%, mediante análisis realizados se estima que existe una incidencia de 1 caso por cada 10.000 habitantes en un estudio basado por la Organización Mundial de la Salud. En referencia a la prevalencia se determina que por cada 3 de 1.000 habitantes en el sexo masculino y el 2.5 por cada 1.000 habitantes del género femenino, se ha determinado que la edad media regularizada se da por los 25 años en los hombres y en las mujeres durante los 28 años (Campero, Lagrava, & Encinas, 2018).

Historia natural de la esquizofrenia

El comienzo de este trastorno se da en edades muy tempranas al ciclo de la vida, se han determinado casos desde la niñez y adolescencia, en otros casos se da en la edad adulta, tiene la capacidad de afectar en ambos géneros, sin embargo, en los hombres posee mayor relevancia, y en la tercera etapa de la vida mientras que en las mujeres se da a partir de los 40 años en adelante. Por su parte en los pacientes principalmente se dan síntomas psicóticos agudos con fases basada en la remisión total que se frecuente en el cuadro sintomatológico (Sotolongo, Menéndez, & Valdés, 2014, pág. 13).

Este trastorno que originalmente se da por una tipología severa-crónica se particulariza por medio de 3 fases, la fase aguda, la de estabilización y la estable, que en ocasiones se logran fusionar entre las fases sin necesidad de que haya límites trazados de manera clara y precisa (Sotolongo, Menéndez, & Valdés, 2014, pág. 16).

Primer episodio de la esquizofrenia

Según, (Bermeo, Ocaña, Vázquez, & Tlatoa, 2015) cuando se evidencia en el primer episodio de manera brusca, sin embargo, en varios de los pacientes se presenta en una fase más lenta y se desarrolla de manera gradual con distinto cuadro sintomático, en casos se evidencia pérdida de razonamiento, poco interés y deterioro personal, lo cual se manifiesta en el cuadro sintomático particularizado en la fase activa que se conceptualiza como esquizofrenia, además se presenta un periodo prodrómico de estas fases, pudiendo prolongarse en varios días e incluso por meses.

- **Fase aguda**

En esta fase se evidencian síntomas graves, como alucinaciones, y pensamientos no orientados que anulan la capacidad de autocuidado llevando con frecuencia a un cuadro clínico negativo, de mayor o menor intensidad (Bermeo, Ocaña, Vázquez, & Tlatoa, 2015, pág. 14).

- **Fase de estabilización**

En esta fase se reduce el proceso de intensidad del cuadro sintomático psicológico de manera aguda, el periodo de la fase suele presentar más de 6 meses desde el periodo agudo (Arguelles & García, 2021, pág. 7).

- **Fase estable**

En esta fase los síntomas son estables y en caso de que no exista, muy a menudo son menos severo que en la fase aguda, el paciente suele estar de manera asintomática, donde logran evidenciarse síntomas no psíquicos como ansiedad e insomnio (Arguelles & García, 2021, pág. 8).

En el paciente que se encuentra en la fase estable refiere una recidiva ocasionalmente se origina por una fase prodrómica en que se basa en el cuadro

sintomático, no psicológicos, de manera atenuada con los síntomas y la conducta alterada, en esta fase habitualmente tarda entre varios días e incluso semanas que en ocasiones suele estar varios meses presente. Otros estudios determinan que el curso de la esquizofrenia es variable, en gran parte de los pacientes no se presentan los mismos episodios y que en la mayoría se evidencian estados psicológicos graves (Cano, Fierro, & Vanegas, 2017).

Tipos de esquizofrenia

Al momento de clasificar la esquizofrenia se debe tener cuidado y distinguir de manera clara los 5 tipos de alteraciones que se basan en distintos síntomas en un mismo cuadro clínico del paciente. De esta manera las clasificaciones sobre los tipos simplifican que originalmente se suelen saltar muchas cosas, por lo cual es importante analizar las características de cada paciente en el momento de realizar el diagnóstico.

- Esquizofrenia paranoide
- Esquizofrenia catatónica
- Esquizofrenia desorganizada
- Esquizofrenia indiferenciada
- Esquizofrenia residual (Saiz, Vega, & Sánchez, 2010).

Etapas de la esquizofrenia

Según, la (APAL, 2017) se puede evidenciar una etapa antes del cuadro de psicosis con una sintomatología diferente y de inferior intensidad, de esta manera se distingue las etapas que son importante para el momento de la intervención;

- **Etapa prodrómica**

Se basa en el síntoma no especificado, hasta que se logra evidenciar otros síntomas de esta manera la etapa cambia constantemente, y el individuo suele presentar alteraciones en la personalidad y presenta inconvenientes de adicción, problemas interpersonales, y problemas en la etapa de la adolescencia (APAL, 2017, pág. 12).

- **Etapa pre-psicótica**

Se evidencia con la aparición de los primeros síntomas positivos que se dan desde el brote de forma aguda donde se presentan alucinaciones y delirio. En esta etapa el paciente suele presentar aislamiento, inconvenientes personales y problemas de relaciones dentro del hogar y sentimentales (Rojo, 2018).

- **Brote psicótico**

De esta manera emergen la variación y pluralidad de manera en que los síntomas que se evidencian en los pacientes logren perder la definición del contexto real, donde se pueden evidenciar delirios, trastornos del pensamiento y del lenguaje en el paciente (Skokou, Katrivanou, & Gourzis, 2012).

Esquizofrenia paranoide

Según, (Velazco, Quintana, & Fernández, 2018) indican que es un tipo de trastorno que se presenta con mayor frecuencia en la gran parte de la comunidad en general, donde resaltan problemas como delirios que se presentan de manera estable, sin embargo, este tipo de paranoide se relacionan primordialmente como alucinaciones, basado en el tipo auditivo basados en las alteraciones de percepción, no existen alteraciones del lenguaje ni otros síntomas. En las ideas de delirios y en casos de alucinaciones más particularidades que se presentan son las siguientes;

- Doctrinas delirantes que tienen repercusiones de manera especial en variaciones corporales.
- En ocasiones oír voces que alteran al paciente, en donde se presentan alucinaciones sin expresión verbal, por ejemplo, los silbidos y murmullos en los pacientes.
- En base a las alucinaciones olfatorias se basan en las sensaciones corporales que logran presentar las alucinaciones que se denominan (Velazco, Quintana, & Fernández, 2018, pág. 1164).

El trastorno de los pensamientos suele ser relevante en la fase aguda, por lo tanto, impide las ideas claras y suelen presentarse las alucinaciones que pueden ser descritas de manera clara, normalmente la afectividad es menos basada en las maneras de esquizofrénica en varios pacientes, además logran aparecer para una predominación en el cuadro sintomático y clínico en base al trastorno. En la esquizofrenia paranoide se evidencian cursos episódicos de manera parcial o completa, en la que las variedades el cuadro sintomatológico en donde persiste durante mucho tiempo incluso años y es muy complejo determinar otros episodios aislados, de manera que el comienzo de manera catatónica (Velazco, Quintana, & Fernández, 2018, pág. 1168).

Diagnóstico de la esquizofrenia

Se realizan los diagnósticos de manera eficiente y oportuna donde se deben evaluar los siguientes aspectos del paciente;

- Historial clínico
- Antecedentes de paciente
- Antecedentes familiares
- Evaluación del estado mental
- Evaluaciones neurológicas
- Exámenes complementarios (laboratorio, RX, Resonancia magnética, TC, entre otras)
- Psicometría generalizada
- Evaluar las alucinaciones
- Evaluar y controlar delirios y dificultades de atención (Serrano, Medina, & Sánchez, 2017).

Intervención psiquiátrica en la esquizofrenia

Dentro de las intervenciones a realizar se debe reducir la frecuencia, la severidad y el grado de los episodios en base a la función psicológica y social en base a los episodios. Es importante reconocer el conocimiento que posee el paciente, cubrir las necesidades y apoyar en los estilos de afrontamiento, y brindar la asistencia en base a las capacidades personales, biológicas, culturales, sociales para que no

alteren al paciente y se adapte de la mejor manera posible. Se debe lograr la coordinación con otros profesionales de salud para establecer el tratamiento terapéutico, control y monitoreo del estado psiquiátrico del paciente, aumentar la comprensión y el grado de aceptación de los efectos psicológicos y sociales del trastorno. Se aplica administración de medicamentos como psicofármacos clásicos, haloperidol, tioridazina, clorpromazina, clozapina, olanzapina (Taborda & Montoya, 2016).

1.1 Justificación

Se aplicó el proceso de atención de enfermería como método científico para brindar cuidado humanizado respetando el contexto de salud del paciente, basado en antecedentes bibliográficos donde permite demostrar los conocimientos de forma asistencial y apoyo de esta manera el estudio del caso clínico nos permite que realicemos las intervenciones que se plantean para el proceso de tratamiento. El propósito del desarrollo del caso clínico se basa en las evidencias de los contextos que alteran de manera directa a la percepción de la salud y en el bienestar del paciente que presenta alteraciones psicológicas. El personal de enfermería debe basarse en las promociones de salud basadas en la educación de los familiares y en la sociedad en general con el propósito de manera que son responsable para el cuidado del paciente, en modo de la teoría de Peplau para enfatizar la relación entre el profesional de enfermería-paciente donde se desarrolla un plan terapéutico interpersonal basado en el análisis psicodinámico y en base a la propia conducta del profesional de enfermería para ayudar y asistir en los problemas del paciente.

1.2 Objetivo

1.2.1 Objetivo general

- Brindar cuidado humanizado aplicando el proceso de atención de enfermería en paciente femenino con esquizofrenia paranoide.

1.2.2 Objetivos específicos

- Conocer y valorar las características y manifestaciones de esquizofrenia en la paciente.
- Identificar los patrones funcionales alterados en paciente femenino con esquizofrenia paranoide.
- Efectuar las intervenciones para el cuidado y recuperación de la fase estable en paciente femenino con esquizofrenia paranoide.
- Conocer y valorar las características y manifestaciones de esquizofrenia en la paciente.

1.3 Datos generales

- **Nombres y Apellidos:** NN
- **Edad:** 46 años
- **Sexo:** Femenino
- **Fecha de nacimiento:** 03/04/1976
- **Lugar de nacimiento:** Babahoyo, Los Ríos, Ecuador

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Paciente de sexo femenino de 46 años es recibido por el área de emergencia al momento se encuentra consciente, despierta, con habla incoherente, desorientada, somnolienta, intranquila, y en ocasiones presenta alteraciones en su estado emocional y alucinaciones, no tiene compañía familiar es hallada en una vía transitada realizando actos violentos, al momento se encuentra con medios de restricción.

Antecedentes patológicos personales

- Esquizofrenia paranoide

Antecedentes patológicos familiares

- No valorados

Alergias

- No refiere

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente femenina de 46 años con antecedentes de esquizofrenia paranoide de 30 años de evolución ingresada con un cuadro clínico delirante, auto y heteroagresividad, alucinaciones visuales y auditivas, deambula en las calles, no obedece ordenes sencillas, insomnio de conciliación, delirios persecutores y de daños estructurados, permanece en hospitalización, pero a pesar de dosis altas de medicación antipsicótica no se consigue remisión de cuadro.

Signos vitales: Presión arterial: 120/84 mmHg; Frecuencia cardíaca: 98 lpm; Frecuencia respiratoria: 20 rpm; Saturación de oxígeno: 97%; Temperatura corporal: 36.8°C.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Valoración cefalocaudal

- **Cabeza:** Normocefálico, no refiere edemas.
- **Cuello:** No refiere adenopatías
- **Tórax:** Se evidencia un tórax expansible; corazón con latidos normales, no refiere soplos; pulmones ventilados, no refieren anomalías.
- **Abdomen:** Simétrico, normal, no depresible a la palpación.
- **Pelvis:** Normal, no refiere patologías, órganos reproductores sin anomalía.
- **Miembros superiores:** Simétrico, se evidencia presencia de vía periférica en brazo derecho.
- **Miembros inferiores:** Simétricos, sin presencia de anomalías.
- **Examen neurológico:** Paciente desorientado en tiempo y espacio.

Signos vitales

- **Presión arterial:** 120/84 mmHg
- **Frecuencia cardíaca:** 98 lpm
- **Frecuencia respiratoria:** 20 rpm
- **Saturación de oxígeno:** 97%
- **Temperatura corporal:** 36.8°C.

Valoración por patrones funcionales (M. Gordon)

- **Patrón 1 Percepción-control de salud**
Nula consciencia de su enfermedad, aspecto físico descuidado.
- **Patrón 2 Nutricional y metabólico**
Ingiere entre 2 a 3 comidas diarias, presenta buen estado nutritivo, piel hidratada y no se observan alteraciones metabólicas.
- **Patrón 3 Eliminación**
Refiere diuresis entre 4-6 veces diarias, deposiciones fecales 1-2 veces al día.

- **Patrón 4 Actividad-ejercicio**

Muestra una hiperactividad debido a su trastorno psíquico.

- **Patrón 5 Reposo-sueño**

Paciente se encuentra intranquilo, no logra conciliar el sueño a pesar de estar bajo fármacos para tratar su trastorno; presenta somnolencia, e intranquilidad, hipervigilia.

- **Patrón 6 Cognitivo-perceptual**

Paciente se encuentra intranquilo, presenta alucinaciones, desorientada en tiempo y espacio, estado de conciencia alterado, no responde a las órdenes sencillas, no se observan signos de dolor.

- **Patrón 7 Autopercepción-autoconcepto**

Conducta de auto agresividad y hetero agresividad

- **Patrón 8 Rol-relaciones**

Refiere tener a sus padres, pero no recuerda su lugar de residencia ni el nombre de sus familiares.

- **Patrón 9 Sexualidad-reproducción**

No valorada

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

Ansiedad grave, nula tolerancia al estrés, al ruido, y a la interacción con otras personas.

- **Patrón 11 Valores-creencias**

No valorada

Patrones funcionales alterados

- Patrón 1 Percepción-control de salud
- Patrón 5 Reposo-sueño
- Patrón 6 Cognitivo-perceptual
- Patrón 7 Autopercepción y autoconcepto
- Patrón 10 Afrontamiento-tolerancia al estrés

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

HEMATOLOGÍA			
Examen	Resultado	Unidad	Rangos referenciales
Hematies	3.31	X 10 ⁶ /uL	3.5 – 5
Hemoglobina	10.5	g/dl	11 – 15
Hematocrito	34.1	%	37 – 47
MCV	103.0	fL	80 – 100
MCH	31.7	pg	27 – 34
RDW-CV	12.7	%	11 – 16
Plaquetas	222	10 ³ /uL	150 – 450
VPM	11.3	fL	6.5 – 12
Leucocitos	8.15	10 ³ /uL	5 – 10
Neutrófilos	3.45	10 ³ /uL	1.5 – 7
Linfocitos	2.72	10 ³ /uL	1.6 – 4
Monocitos	0.52	10 ³ /uL	>0.90
Eosinofilos	1.41	10 ³ /uL	>0.40
Basófilos	0.04	10 ³ /uL	>0.10

BIOQUÍMICA SANGUÍNEA			
Examen	Resultado	Unidad	Rangos referenciales
Glucosa	93	mg%	70 – 110
Colesterol	121.3	mg%	0 – 200
Triglicéridos	91.6	mg%	50 – 150
Urea	21.7	mg/dl	15 – 48.5
Creatinina	0.74	mg/dl	0.50 – 1.20
Ácido úrico	2.00	mg/dl	2.6 – 6

BIOQUÍMICA SANGUÍNEA			
Examen	Resultado	Unidad	Rangos referenciales
TGP (ALT)	12	U/L	Hasta 32

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

- **Diagnóstico presuntivo:** Trastorno esquizotípico de la personalidad
- **Diagnóstico diferencial:** Trastorno de personalidad delirium
- **Diagnóstico definitivo:** Esquizofrenia paranoide

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Mediante el proceso de desarrollo en el caso clínico se han podido determinar las conductas que pudieron desencadenar el problema de salud en la paciente;

- **Biológicas:** Se ha determinado mediante las historias clínicas que la paciente fue diagnosticada hace 30 años con esquizofrenia paranoide en la cual su cuadro clínico ha venido evolucionando, no refiere otras patologías de base.
- **Ambientales:** Paciente fue hallada deambulando por las calles cerca del cantón Babahoyo, en una situación de violencia.
- **Física:** Se ha manifestado alterada, intranquila, con actos de violencias y delirios.
- **Sociales:** Se siente estresada y alterada ante la sociedad,

Cuidados de enfermería

- Control y monitoreo de los signos vitales
- Prevenir caídas o autoagresiones
- Riesgo de caídas
- Control de alteraciones trastórnales
- Evaluar los delirios
- Manejo de la paciente
- Administración de fármacos
- Determinar la severidad del trastorno
- Fomentar el autocuidado

El proceso de atención de enfermería permite analizar los patrones funcionales alterados y aplicar las intervenciones necesarias en base a la severidad del trastorno, aplicar el tratamiento adecuado, cuidar y apoyar a la paciente.

NANDA: (00222)
 NOC: (1210)
 NIC: (6160)

Control de impulsos ineficaz (00222)

M
E
T
A
S

R/C: Trastornos cognitivos

Dominio III: Salud psicosocial

Clase 2: Bienestar psicológico

Etiqueta: Nivel de miedo (1210)

Campo IV: Seguridad

Clase U: Control en casos de crisis

Etiqueta: Intervenciones en casos de crisis (6160)

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
Ó
N

E/P: Delirios, ansiedad, somnolencia

Indicadores	1	2	3	4	5
Incapacidad para dormir			X		
Dificultad de concentración				X	
Temor			X		
Llanto (lloro)			X		

Actividades

1. Proporcionar un ambiente de apoyo a la paciente
2. Favorecer la expresión de sentimientos de manera no destructiva
3. Ayudar en la identificación de los factores desencadenantes y de la dinámica en crisis
4. Ayudar el proceso de identificación de las destrezas que logran usarse en base de la crisis.
5. Relacionar al paciente con la severidad del caso
6. Orientar al paciente al desarrollo y mantener su apoyo.

NANDA: (00155)
 NOC: (1909)
 NIC: (6160)

Riesgo de caídas (00155)

R/C: Trastornos psicológicos agresivos, Intranquilidad, alteración de su conducta

Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud

Clase 2: Control del riesgo y de la seguridad

Etiqueta: Prevención de caídas (1909)

Campo IV: Seguridad

Clase U: Control de caídas

Etiqueta: Manejo ambiental: Seguridad (6486)

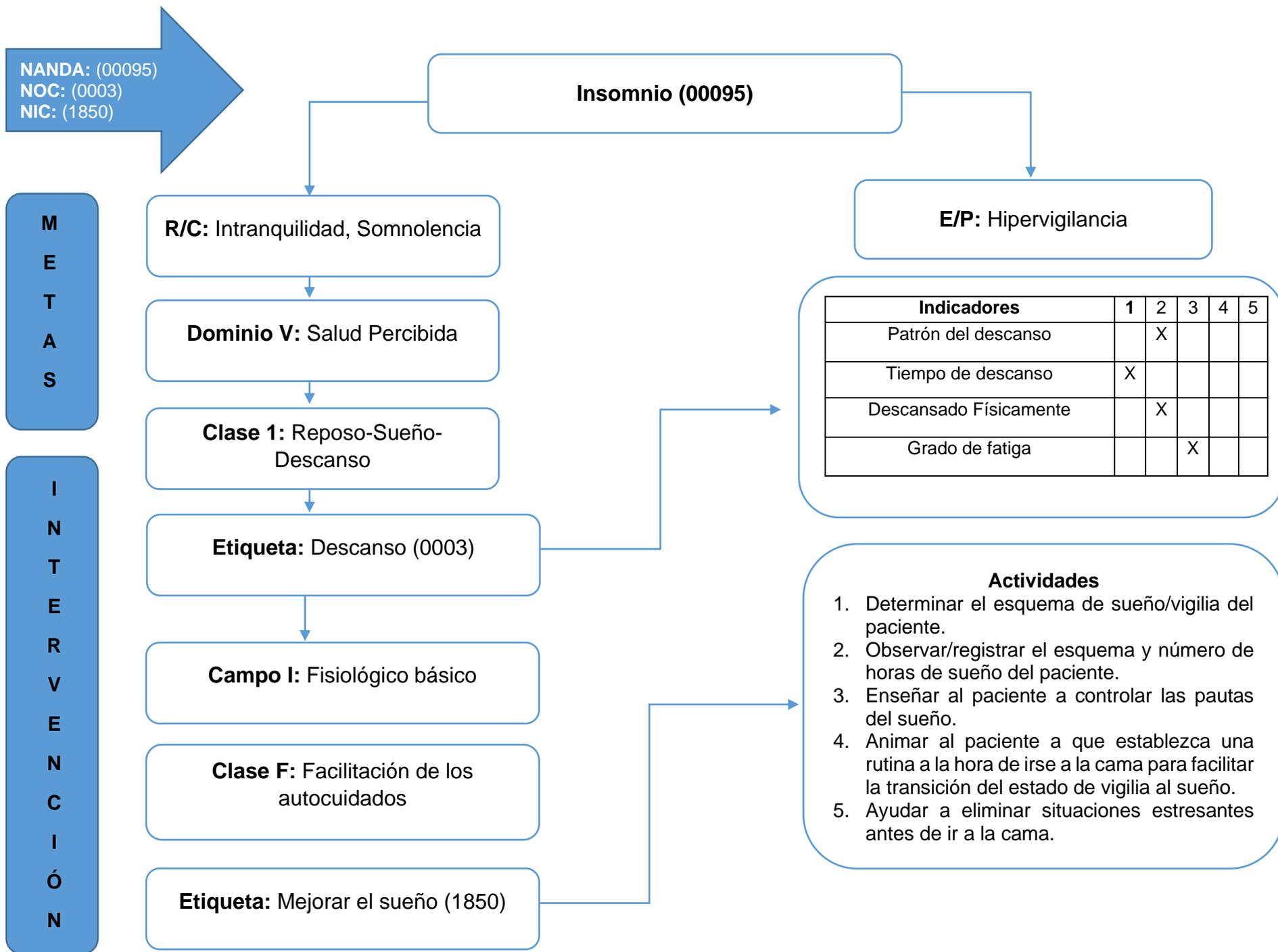
Indicadores	1	2	3	4	5
Proporcionar el cuidado de caídas			X		
Controlar la inquietud				X	
Niveles de alteración de conducta				X	
Nivel de intranquilidad					X

Actividades

1. Identificar los riesgos basados en la seguridad del paciente.
2. Ayudar a la paciente en la construcción de un ambiente más estable.
3. Asistir a la paciente para que se sienta en un lugar más seguro.
4. Modificar el ambiente para minimizar riesgo de caídas
5. Sujetar al paciente con el debido cuidado, si

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
Ó
N



2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Cuando se realizan los exámenes complementarios para el diagnóstico de la esquizofrenia, se realiza un tratamiento de manera independiente, mediante su estancia en la hospitalización, de manera imprescindible, en el control y seguimiento por el área de psiquiatría, basados en análisis detallados que logran determinar el estado de salud psicosocial de la paciente. El profesional de enfermería se basó en las razones científicas de la teoría de Peplau en donde se desarrolla la relación enfermera-paciente como método interpersonal primordial en el cual se desarrollan las necesidades, la ansiedad, frustración y en conflictos, mediante estas indicaciones se analizaron al paciente en las fases de orientación, identificación, explotación, y resolución de los aspectos cambiantes en el trastorno esquizofrénico de la paciente.

Es importante indicar que en el proceso atención de enfermería se basó en referencias bibliográficas de NANDA, NIC y NOC que se basa en la teoría de M. Gordon en donde permitieron brindar el apoyo y la asistencia en relación al cuadro clínico de esquizofrenia, además de realizar una valorización de los patrones funcionales alterados en la paciente. En base a las acciones de salud, se realizó los pasos correspondientes en la esquizofrenia, y se aplicó el tratamiento adecuado en base a la severidad del caso, control y monitoreo de los signos vitales, evaluación neuronal constante y brindar la asistencia necesaria en los patrones alterados.

2.8 Seguimiento

1. Día (14/05/2022)

Paciente femenina de 46 años de edad con antecedentes de esquizofrenia paranoide de 30 años de evolución ingresada por el área de emergencia del hospital público Martín Icaza con un cuadro clínico delirante, auto y heteroagresividad, alucinaciones visuales y auditivas, deambula en las calles, no obedece ordenes sencillas, insomnio de conciliación, delirios persecutores y de daños estructurados permanece en hospitalización, pero a pesar de dosis altas de

medicación antipsicótica no se consigue remisión de cuadro. El médico de turno indica su ingreso hospital y aplicar los exámenes complementarios para determinar el diagnóstico definitivo. Se indica interconsulta por neurología.

Signos vitales

- **Presión arterial:** 120/84 mmHg
- **Frecuencia cardíaca:** 98 lpm
- **Frecuencia respiratoria:** 20 rpm
- **Saturación de oxígeno:** 97%
- **Temperatura corporal:** 36.8°C

Actividades de enfermería

- Control de signos vitales cada 8 horas
- Cuidado del paciente
- Riesgo de caída (alta)
- Control y evaluación neurológica
- Monitoreo de delirios y trastornos mentales

2. Día (15/05/2022)

Paciente femenina de 46 años de edad con antecedentes de esquizofrenia paranoide de 30 años de evolución ingresada con un cuadro clínico delirante, auto y heteroagresividad, alucinaciones visuales y auditivas, cursa su segundo día ingresada en el área de hospitalización en donde una vez aplicado sus exámenes complementarios, se ha determinado alteraciones neurológicas, psicosociales, por lo cual el médico tratante inicia un tratamiento adecuado.

Signos vitales

- **Presión arterial:** 122/80 mmHg
- **Frecuencia cardíaca:** 87 lpm
- **Frecuencia respiratoria:** 18 rpm
- **Saturación de oxígeno:** 98%
- **Temperatura corporal:** 36.4°C

Actividades de enfermería

- Control de signos vitales cada 8 horas

- Cuidado del paciente
- Riesgo de caída (alta)
- Control y evaluación neurológica
- Monitoreo de delirios y trastornos mentales
- Colocación de vía endovenosa
- Administración de medicamentos
 - Cloruro de sodio 0.9% 1.000ml pasar cada 84 ml por hora + hidazolam 20 mg IV cada 12 horas.
 - Haloperidol 5 mg 2 ampollas 7am IM; 2 ampollas 2pm IM; 2 ampollas 20 pm IM.
 - Olanzapina 10 mg VO cada 8 horas
 - Risperidone 40 gotas VO cada 8 horas
 - Alprazolam 0.50 mg VO cada 8 horas

3. Día (16/05/2022)

Paciente femenina de 46 años de edad con antecedentes de esquizofrenia paranoide de 30 años de evolución, cursa su tercer día ingresada en el área de hospitalización se ha evaluado por parte del médico alteraciones en su conducta por lo cual indicar realizar la sujeción de la paciente.

Signos vitales

- **Presión arterial:** 120/80 mmHg
- **Frecuencia cardíaca:** 82 lpm
- **Frecuencia respiratoria:** 19 rpm
- **Saturación de oxígeno:** 98%
- **Temperatura corporal:** 36.6°C

Actividades de enfermería

- Control de signos vitales cada 8 horas
- Cuidado del paciente
- Riesgo de caída (alta)
- Control y evaluación neurológica
- Monitoreo de delirios y trastornos mentales
- Administración de medicamentos

- Cloruro de sodio 0.9% 1.000ml pasar cada 84 ml por hora + hidazolam 20 mg IV cada 12 horas.
- Haloperidol 5 mg 2 ampollas 7am IM; 2 ampollas 2pm IM; 2 ampollas 20 pm IM.
- Olanzapina 10 mg VO cada 8 horas
- Risperidone 40 gotas VO cada 8 horas
- Alprazolam 0.50 mg VO cada 8 horas
- Sujeción de la paciente
- Control de la conducta de alteración

4. Día (17/05/2022)

Paciente femenina de 46 años de edad con antecedentes de esquizofrenia paranoide de 30 años de evolución, cursa su cuarto día ingresada en el área de hospitalización se ha evaluado su mejoría en base a su cuadro clínico y sintomatológico la paciente presenta estabilidad emocional y su conducta es menos agresiva.

Signos vitales

- **Presión arterial:** 120/80 mmHg
- **Frecuencia cardíaca:** 79 lpm
- **Frecuencia respiratoria:** 18 rpm
- **Saturación de oxígeno:** 99%
- **Temperatura corporal:** 36.5°C

Actividades de enfermería

- Control de signos vitales cada 8 horas
- Cuidado del paciente
- Riesgo de caída (alta)
- Control y evaluación neurológica
- Monitoreo de delirios y trastornos mentales
- Administración de medicamentos
 - Cloruro de sodio 0.9% 1.000ml pasar cada 84 ml por hora + hidazolam 20 mg IV cada 12 horas.

- Haloperidol 5 mg 2 ampollas 7am IM; 2 ampollas 2pm IM; 2 ampollas 20 pm IM.
- Olanzapina 10 mg VO cada 8 horas
- Risperidone 40 gotas VO cada 8 horas
- Alprazolam 0.50 mg VO cada 8 horas
- Control de la conducta de alteración

5. Día (18/05/2022)

Paciente femenina de 46 años de edad con antecedentes de esquizofrenia paranoide de 30 años de evolución, cursa su quinto día ingresada en el área de hospitalización se ha evaluado su mejoría en base a su cuadro clínico y sintomatológico la paciente presenta estabilidad emocional y su conducta es menos agresiva.

Signos vitales

- **Presión arterial:** 120/80 mmHg
- **Frecuencia cardíaca:** 81 lpm
- **Frecuencia respiratoria:** 20 rpm
- **Saturación de oxígeno:** 99%
- **Temperatura corporal:** 36.7°C

Actividades de enfermería

- Control de signos vitales cada 8 horas
- Cuidado del paciente
- Riesgo de caída (alta)
- Control y evaluación neurológica
- Monitoreo de delirios y trastornos mentales
- Administración de medicamentos
 - Cloruro de sodio 0.9% 1.000ml pasar cada 84 ml por hora + hidazolam 20 mg IV cada 12 horas.
 - Haloperidol 5 mg 2 ampollas 7am IM; 2 ampollas 2pm IM; 2 ampollas 20 pm IM.
 - Olanzapina 10 mg VO cada 8 horas
 - Risperidone 40 gotas VO cada 8 horas

- Alprazolam 0.50 mg VO cada 8 horas
- Control de la conducta de alteración

6. Día (19/05/2022)

Paciente femenina de 46 años de edad con antecedentes de esquizofrenia paranoide de 30 años de evolución, cursa su sexto día ingresada en el área de hospitalización se ha evaluado su mejoría en base a su cuadro clínico y sintomatológico, se indica la desujetación de la paciente. En donde el médico evalúa su alta médica dentro de las 24 horas.

Signos vitales

- **Presión arterial:** 120/80 mmHg
- **Frecuencia cardíaca:** 78 lpm
- **Frecuencia respiratoria:** 17 rpm
- **Saturación de oxígeno:** 99%
- **Temperatura corporal:** 36.4°C

Actividades de enfermería

- Control de signos vitales cada 8 horas
- Cuidado del paciente
- Riesgo de caída (alta)
- Control y evaluación neurológica
- Monitoreo de delirios y trastornos mentales
- Administración de medicamentos
 - Cloruro de sodio 0.9% 1.000ml pasar cada 84 ml por hora + hidazolam 20 mg IV cada 12 horas.
 - Haloperidol 5 mg 2 ampollas 7am IM; 2 ampollas 2pm IM; 2 ampollas 20 pm IM.
 - Olanzapina 10 mg VO cada 8 horas
 - Risperidone 40 gotas VO cada 8 horas
 - Alprazolam 0.50 mg VO cada 8 horas
- Desujetación de la paciente

7. Día (20/05/2022)

Paciente femenina de 46 años de edad con antecedentes de esquizofrenia paranoide de 30 años de evolución, cursa su séptimo día ingresada en el área de hospitalización se ha evaluado su mejoría en base a su cuadro clínico y sintomatológico, se indica el alta médica bajo consultas externa por neurología y psicología clínica cada 15 días.

Signos vitales

- **Presión arterial:** 120/80 mmHg
- **Frecuencia cardíaca:** 78 lpm
- **Frecuencia respiratoria:** 17 rpm
- **Saturación de oxígeno:** 99%
- **Temperatura corporal:** 36.4°C

Actividades de enfermería

- Preparación de la paciente para alta médica
- Control del seguimiento a paciente por el área de consulta externa
- Recomendaciones a la paciente
- Indicaciones sobre la administración de medicamentos
 - Olanzapina 10 mg VO cada 8 horas
 - Risperidone 40 gotas VO cada 8 horas
 - Alprazolam 0.50 mg VO cada 8 horas

2.9 Observaciones

- Se realizó una indagación en la historia clínica de la paciente, así como obtener los datos basada en la información de la paciente, sin embargo, se estudiaron los cambios neurológicos de la paciente por interconsultas con neurólogo.
- La paciente una vez dada de alta luego de realizarse las intervenciones planteadas por el personal de enfermería se mejoró la educación y autocuidado, de manera significativa en realizar los planes de cuidado.
- La ejecución del PAE individual mejoró el estado de salud de la paciente.

CONCLUSIONES

En base a los objetivos planteados en el desarrollo del caso clínico se ha determinado las siguientes conclusiones;

- Se logró brindar el cuidado humanizado aplicando el proceso de atención de enfermería en paciente femenino con esquizofrenia paranoide, además de realizar las intervenciones necesarias en base a la severidad del caso y en referencia del cuadro clínico de esquizofrenia.
- Mediante el estudio del presente caso clínico se pudo profundizar en el conocimiento sobre esta enfermedad psiquiátrica.
- En el desarrollo del proceso de atención de enfermería se utilizaron antecedentes bibliográficas y teorías como la Peplau, Marjory Gordon en el que se identificó los patrones funcionales alterados y el aspecto psiquiátrico en paciente femenino con esquizofrenia paranoide.
- Se logró efectuar las intervenciones de cuidado en paciente femenino con esquizofrenia paranoide, las cuales fueron necesarias para la recuperación y mejoría del cuadro clínico, además se administró la medicación en el tratamiento planteado por el médico, lo que permitió llevar a la paciente a la fase de estabilidad de su enfermedad psiquiátrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APAL. (2017). Guía basada en la evidencia de la asociación psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente. *Revista Scielo Salud Mental*, 37(1), 1-101. Recuperado el 18 de 07 de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000700001
- Arguelles, M., & García, A. (2021). El uso de antipsicóticos tras el primer episodio esquizofrénico. *Revista Médica*, 9(11), 1-24. Recuperado el 18 de 07 de 2022, de <https://revistamedica.com/antipsicoticos-primer-episodio-esquizofrenico/>
- Bermeo, J., Ocaña, H., Vázquez, M., & Tlatoa, H. (2015). Tratamiento de la esquizofrenia en el primer episodio psicótico. Revisión de la literatura. *Revista de Medicina e Investigación*, 3(1), 11-16. doi:10.1016/j.mei.2015.02.013
- Campero, D., Lagrava, H., & Encinas, M. (2018). Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora. *Revista de Ciencia Médica*, 12(2), 32-37. Recuperado el 02 de 07 de 2022, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-743320000200011
- Cano, J., Fierro, M., & Vanegas, C. (2017). Factores Pronósticos de Esquizofrenia en Primer Episodio Psicótico. *Revista de salud pública*, 9(3), 455-464. Recuperado el 02 de 07 de 2022, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000300014
- Kirkpatrick, B. (2019). El concepto de esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(3), 105-107. doi:10.1016/S1888-9891(09)72400-0
- Rojo, V. (2018). La intervención temprana en etapa pre-psicótica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 9-16. Recuperado el 18 de 07 de 2022, de <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100001>

- Saiz, J., Vega, D., & Sánchez, P. (2010). Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Revista Clínica y Salud*, 21(3), 235-254. Recuperado el 02 de 07 de 2022, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300004
- Serrano, J., Medina, M., & Sánchez, R. (2017). En defensa del diagnóstico de esquizofrenia simple: reflexiones a propósito de un caso. *Revista de Psiquiatría y Salud*, 5(1), 53-62. Recuperado el 02 de 07 de 2022, de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-en-defensa-del-diagnostico-esquizofrenia-S1888989111000498>
- Skokou, M., Katrivanou, A., & Gourzis, P. (2012). Sintomatología de las fases activa y prodrómica de la esquizofrenia paranoide de inicio en el joven y de inicio tardío. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), 150-159. doi:10.1016/j.rpsm.2012.03.002
- Sotolongo, Y., Menéndez, J., & Valdés, A. (2014). Esquizofrenia; historia, impacto, y atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33(2), 12-36. Recuperado el 02 de 07 de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000200008
- Taborda, E., & Montoya, L. (2016). Intervención psiquiátrica en la esquizofrenia desde el modelo comunitario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 46-50. doi:10.1016/j.rcp.2015.09.001
- Velazco, Y., Quintana, I., & Fernández, M. (2018). Esquizofrenia paranoide un acercamiento a su estudio a propósito de un caso. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1163-1171. Recuperado el 02 de 07 de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400022#:~:text=Esquizofrenia%20paranoide%3A%20es%20el%20tipo,de%20perturbaciones%20de%20la%20percepci%C3%B3n.

ANEXOS

FECHA (DD/MM/AA)	HORA	DESCRIPCIÓN
15-04-22	07:00 a	Pararse al momento de recibir las medicaciones. Traquilo con efectos de medicación por vía oral. Cerebral de 1200. ANO. Se espera familia para AITA médica de la paciente. <i>g B. 22</i>
15-04-22	07	Recibo paciente de sexo femenino de 47 años de edad al momento consciente; después desorientada por medicación vía oral sin familia al momento. Riego de caídas alta. <i>Li G. P. 22</i>
15-04-22	19	Paciente continua en la ciudad con medicación vía oral administrada, al momento paciente consciente; después, desorientada. Obedece órdenes, sin compañía de familia. <i>Li G. P. 22</i>
15-04-22	19:00	Recibo paciente de sexo femenino de 47 años de edad con diagnóstico médico esquizofrenia paranoide al momento de ingreso en su unidad de cuidados tranquilos; después, sin compañía de familia con riesgo de caídas alta. El personal cuidador de enfermería. <i>C. Noia I/E</i>
16-04-22	07	Paciente queda en su unidad con medicación vía oral administrada, sin novedades durante el turno, permanece sin compañía de familia manteniendo riesgo de caídas alta. Queda bajo cuidado de enfermería. <i>C. Noia I/E</i>
16/4/22		Pate que se escapa de la sala, por ser de su unidad, por el caído. <i>g B. 22</i>

Historia clínica de la paciente femenina con esquizofrenia paranoide

Hospital Martin Icaza

Paciente: Naranjo Vallejo Luisa Sala: SANTA LUISA Análisis: 1220405006
 Fecha Orden: 05-04-2022 Cama: Cl: 1203823099
 Fecha Ingreso: 05-04-2022 Area: Edad: 47 años
 Médico: --- Sexo: Mujer

Bioquímica sanguínea Enzimas **Hematología**

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
HEMATIES	3.31	x 10 ⁶ µL	3.5 - 5
HEMOGLOBINA	10.5	g/dl	11 - 15
HEMATOCRITO	34.1	%	37 - 47
MCV	103.0	fL	80 - 100
MCH	31.7	pg	27 - 34
RDW-CV	12.7	%	11 - 16
PLAQUETAS	222	10 ³ uL	150 - 450
VPM	11.3	fL	6.5 - 12
LEUCOCITOS	8.15	10 ³ uL	5 - 10
NEUTROFILOS#	3.45	10 ³ uL	1.5 - 7
LINFOCITOS#	2.72	10 ³ uL	1.6 - 4
MONOCITOS#	0.52	10 ³ uL	> 0.90
EOSINOFILOS#	1.41	10 ³ uL	> 0.40
BASOFILOS#	0.04	10 ³ uL	> 0.10
NEUTROFILOS%	42.3	%	50 - 70
LINFOCITOS%	33.4	%	20 - 40
MONOCITOS%	6.4	%	3 - 12
EOSINOFILOS%	17.0	%	0.5 - 5
BASOFILOS%	0.5	%	0 - 1
MCHC	29.8	g/dl	32 - 36
RDW-SD	48.1	fL	35 - 56
IG%	0.1	%	

Usuario Valida: BEATRIZ ALEXANDRA GAIBOR GONZALEZ
05-04-2022 06:32:39

Consultar Ordenes

Cerrar

Hospital Martin Icaza

Paciente: Naranjo Vallejo Luisa Sala: SANTA LUISA Análisis: 1220405006
 Fecha Orden: 05-04-2022 Cama: Cl: 1203823099
 Fecha Ingreso: 05-04-2022 Area: Edad: 47 años
 Médico: --- Sexo: Mujer

Bioquímica sanguínea Enzimas Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
GLUCOSA	93	mg%	70 - 110
COLESTEROL	121.3	mg%	0 - 200
TRIGLICERIDOS	91.6	mg%	50 - 150
UREA	21.7	mg/dl	15 - 48.5
CREATININA	0.74	mg/dl	0.50 - 1.20
DO URICO	2.00	mg/dl	2.6 - 6

Usuario Valida: BEATRIZ ALEXANDRA GAIBOR GONZALEZ
05-04-2022 06:32:39

Consultar Ordenes

Cerrar

Hospital Martin Icaza

Paciente: Naranjo Vallejo Luisa Sala: SANTA LUISA Análisis: 1220405006
 Fecha Orden: 05-04-2022 Cama: Cl: 1203823099
 Fecha Ingreso: 05-04-2022 Area: Edad: 47 años
 Médico: --- Sexo: Mujer

Bioquímica sanguínea **Enzimas** Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
TGP (ALT)	12	U/L	HASTA 32

Usuario Valida: BEATRIZ ALEXANDRA GAIBOR GONZALEZ
05-04-2022 06:32:39

Consultar Ordenes

Cerrar

Exámenes de laboratorio realizado a una paciente con esquizofrenia paranoide

	25/04/2022	26/04/22	27-4-22	28/04/2022	29-4-22
1 Clotiapina 100 mg V.O C/8h			7 HR 5/E	8 HR 5/E	9 HR 5/E
2 Carbamazepina 200mg V.O C/12h			15 CN 5/E	15 CN 5/E	15 AG 5/E
3 Levomepromazina 100mg V.O Q.D.			23 HR 5/E	23 CN 5/E	23 CN 5/E
4 Risperidona 2mg V.O 8h			8 HR 5/E	8 HR 5/E	8 HR 5/E
5 Haloperidol 5mg 2amp I.M P.O.R.N			16 HR 5/E	16 CN 5/E	16 AG 5/E
6			24 HR 5/E	24 CN 5/E	24 HR 5/E
7					
8					
9					

Desconectado

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

SNS-MSP / HCU-form.022 / 2008

Control de administración de medicamentos empleados a una paciente con esquizofrenia paranoide