

Cuidar del paciente con

esquizo

Sheila Hoban, EdD, MSN, RN

FRANCISCO J., DE 58 AÑOS, es hospitalizado en una unidad medicoquirúrgica con el diagnóstico de celulitis en la extremidad inferior izquierda, secundaria a diabetes. El microorganismo que causa la celulitis con mayor probabilidad en el señor Francisco J. es *Staphylococcus aureus* resistente a la metilina adquirido en el medio extrahospitalario. Para el tratamiento de la infección, el médico ha indicado la administración de antibióticos por vía intravenosa (i.v.).

El señor Francisco J. tiene antecedentes médicos de esquizofrenia con ideas delirantes paranoides y alucinaciones auditivas. Su hermana, que vive con él, señala que no trabaja debido a su problema de discapacidad, que consume seis cervezas y dos paquetes de cigarrillos al día, y que dedica la mayor parte de su tiempo a ver

la televisión. Añade que el señor Francisco J. no está motivado para cambiar ni para hacer cosas nuevas en su vida.

La hermana del señor Francisco J. también nos dice que cuando su hermano no recibe la medicación frente a la esquizofrenia experimenta episodios frecuentes de alucinaciones auditivas y de ideas delirantes en el sentido de que todo el mundo quiere agredirle. Cuando no está medicado, muestra una apatía mayor y es incapaz de llevar a cabo las actividades cotidianas. Sin embargo, con la medicación las alucinaciones son menos frecuentes y las ideas delirantes menos intensas, aunque todavía están presentes.

El señor Francisco J. toma el medicamento antipsicótico olanzapina y ha experimentado un aumento de su peso corporal de 9 kg desde que comenzó



Esquizofrenia en una unidad medicoquirúrgica

este tratamiento. Además, toma una formulación de liberación prolongada del fármaco hipoglucemiante metformina. Un especialista en nutrición le ha proporcionado un tratamiento nutricional médico individualizado, pero su hermana dice que el paciente no cumple las recomendaciones nutricionales. También sospecha que el señor Francisco J. dejó de tomar olanzapina durante los 3 días anteriores a su hospitalización actual.

Los cuidados de un paciente con esquizofrenia en una unidad medicoquirúrgica pueden representar un auténtico desafío. La depresión, la ideación suicida, las alucinaciones, las ideas delirantes y la rabia descontrolada que acompañan a la enfermedad mental pueden interferir con las valoraciones que usted lleva a cabo y también con los cuidados de enfermería que debe

implementar, al tiempo que constituyen una posible amenaza para la seguridad tanto del paciente como de usted mismo¹. En este artículo se exponen las medidas que hay que aplicar para ayudar a pacientes como el señor Francisco J. a minimizar el estrés durante una hospitalización, a maximizar la respuesta frente a los tratamientos y a reducir al máximo los riesgos relacionados con la seguridad. En la breve revisión de este trastorno psicótico crónico que se recoge a continuación usted conocerá el comportamiento de su paciente.

Causas, signos y síntomas

El término “esquizofrenia” se utiliza para describir un grupo de trastornos causados por factores genéticos y no genéticos. A pesar de que todavía no ha sido posible definir sus causas precisas, en los estudios

de investigación realizados al respecto se ha demostrado una implicación intensa de los factores genéticos.

Los factores extragenéticos, como la infección vírica de la madre o la nutrición inadecuada durante el embarazo, o bien las lesiones durante el parto que privan de oxígeno al lactante, también pueden desempeñar una función en la etiología de la esquizofrenia².

Los signos y los síntomas de la esquizofrenia se clasifican como positivos y negativos. (En el cuadro anexo *¿Qué hay detrás de los signos y los síntomas de la esquizofrenia?* se recogen los cambios fisiológicos que influyen en el comportamiento.)

Los **síntomas positivos** de la esquizofrenia son una exageración o distorsión de la actividad normal³ y consisten en:

- **Alucinaciones**, que son distorsiones de la percepción de cualquiera de los sentidos. El tipo más frecuente consiste en escuchar voces a partir de estímulos internos.
- **Ideas delirantes**, que son creencias falsas, como las de tipo paranoide, en las que el paciente sospecha que alguien le intenta agredir².
- **Comportamientos extraños**, que consisten en actitudes sociales poco habituales, agitación y agresión, o bien acciones estereotípicas (comportamientos motores que en algún momento tuvieron un significado para el paciente, como limpiar las ventanas o barrer el suelo, pero que ahora carecen completamente de significado y de objetivos)².
- **Perturbaciones en los procesos de razonamiento**, que pueden manifestarse en forma de habla desorganizada, fuga de ideas, asunción de que los sucesos casuales se refieren específicamente al paciente, rimas sin sentido o invención de palabras nuevas (neologismos)².

Los **síntomas negativos** de la esquizofrenia constituyen una reducción de la actividad normal³. Consisten en:

- **Frialdad afectiva** (incapacidad de mostrar emociones) o emocionalidad reducida (un rango restringido de la expresión emocional).
- **Anhedonia**, o incapacidad para experimentar placer.
- **Asocialidad**, o incapacidad para mantener relaciones sociales.
- **Apatía**, o ausencia de sentimientos, emociones, interés o preocupación.
- **Falta de voluntad**, o ausencia de estímulos o iniciativas, que también se puede manifestar mediante una disminución del interés por el mundo en general.
- **Ambivalencia**, o incapacidad para tomar decisiones debido a la aparición de emociones contradictorias.

Dos niveles de perturbación cognitiva

La esquizofrenia también altera la actividad cognitiva, con afectación de dos niveles.

- El **nivel rutinario** descansa en las respuestas aprendidas. El paciente con esquizofrenia puede mostrar una actividad normal en las situaciones en que se utilizan cogniciones rutinarias

y repetitivas. Por ejemplo, puede ser capaz de acudir diariamente a un centro de tratamiento utilizando la misma ruta de autobús para ir y volver a casa.

- El **nivel de control** de la cognición es necesario cuando las respuestas rutinarias son insuficientes y el cerebro debe enfrentarse a estímulos nuevos. La mayor parte de los pacientes esquizofrénicos tiene dificultades con las funciones del nivel de control, como el establecimiento de planes dirigidos hacia objetivos o la reanudación de una tarea tras su interrupción⁴.

La esquizofrenia evoluciona en tres fases: aguda, de mantenimiento y de estabilización. En la **fase aguda** el paciente experimenta los síntomas positivos de alucinaciones e ideas delirantes, y también síntomas negativos como los déficit cognitivos. En la **fase de mantenimiento** disminuye la intensidad de los síntomas agudos. En la **fase de estabilización** los síntomas agudos se mantienen en remisión, aunque el paciente todavía puede experimentar síntomas leves y persistentes².

Aunque la esquizofrenia es en muchos casos una enfermedad que persiste durante toda la vida del paciente, su pronóstico varía en cada persona. El cumplimiento del tratamiento medicamentoso prescrito y la prevención de las recidivas son muy importantes debido a que con cada episodio agudo el paciente con esquizofrenia experimenta una reducción en sus capacidades de funcionamiento.

Aunque los déficit cognitivos forman parte de la enfermedad y su intensidad aumenta con cada episodio agudo, el paciente todavía es capaz de aprender y comprender explicaciones concisas de los distintos procedimientos. Una intervención de enfermería importante es la de educar al paciente mediante el uso de términos concretos y concisos para ayudarle a comprender.

Valoración del estado del señor Francisco J.

Cuando usted entra por primera vez en la habitación del señor Francisco J. para realizar su valoración, éste se mantiene alerta y orientado pero inclina su cabeza hacia un lado de manera continua y habla entre dientes, lo que sugiere que está experimentando alucinaciones auditivas. No establece contacto con usted y parece sentirse muy incómodo cuando usted le habla. Después, cuando usted prepara lo necesario para la administración del antibiótico por vía i.v., el paciente adopta

¿Qué hay detrás de los signos y los síntomas de la esquizofrenia?

Cambios neuroanatómicos

Las técnicas de neuroimagen cerebral han puesto en evidencia la presencia de alteraciones en el cerebro de las personas con esquizofrenia. Dichas alteraciones consisten en el aumento de tamaño de los ventrículos cerebrales; la atrofia de la corteza cerebral, la corteza cerebelosa y el lóbulo frontal, y el aumento de tamaño de los surcos cerebrales. En conjunto, estos hallazgos sugieren una pérdida de tejido cerebral o quizá un desarrollo insuficiente de este tejido⁵. En los estudios efectuados mediante resonancia magnética estructural se ha demostrado en los pacientes con esquizofrenia una disminución de la sustancia gris cerebral en las zonas frontal, temporal, límbica, talámica y estriada. Algunas de las reducciones de volumen en las distintas zonas cerebrales han aparecido antes del inicio de los síntomas y se han intensificado tras el inicio de la enfermedad y a lo largo de los años posteriores⁷. Todo ello sugiere que la esquizofrenia está relacionada con alteraciones en el desarrollo neural.

Por otra parte, parece que la cantidad del flujo sanguíneo y la intensidad del metabolismo de la glucosa en la corteza cerebral correspondiente a los lóbulos frontales (en los que tienen lugar los procesos de razonamiento abstracto, toma de decisiones, adaptación social y planificación) están disminuidas, lo que explicaría las alteraciones cognitivas que manifiestan las personas con esquizofrenia.

Cambios en los neurotransmisores

En distintos estudios de investigación se ha señalado que el incremento de la actividad del receptor de la dopamina en la corteza prefrontal, el hipocampo y los lóbulos temporales cerebrales es la causa de las alucinaciones y de las ideas delirantes en la esquizofrenia⁴. En los síntomas negativos de la esquizofrenia se ha implicado la alteración en la regulación de la dopamina, la serotonina y el glutamato en la corteza frontal; las alteraciones en la regulación de estos neurotransmisores en los lóbulos temporales han sido implicadas en los síntomas positivos³.

una actitud de defensa y de sospecha que mantiene incluso después de explicarle claramente qué es lo que tiene que hacer y cuáles son las razones de ello. El hecho de que el paciente haya dejado de tomar dosis múltiples de olanzapina puede haber incrementado su sintomatología y haber contribuido a su comportamiento actual.

La falta de administración de varias dosis de la medicación antipsicótica puede empeorar los síntomas e incrementar el comportamiento problemático, de manera que tiene que reanudar de manera inmediata la medicación del señor Francisco J., según lo prescrito. La semivida de la olanzapina oscila entre 21 y 54 h⁵; se requiere una dosificación regular para alcanzar y mantener concentraciones sanguíneas estables.

La olanzapina es un antipsicótico atípico. A diferencia de lo que ocurría con los antipsicóticos “típicos”, más antiguos, los antipsicóticos atípicos o más recientes causan menos síntomas relacionados con movimientos anómalos y también menos síntomas de tipo ortostático. Los antipsicóticos típicos pueden inducir rigidez, espasmos musculares persistentes, temblores e inquietud, pero los antipsicóticos atípicos se pueden acompañar de otras reacciones adversas, como sedación, hipotensión postural, mareos y estreñimiento^{5,6}.

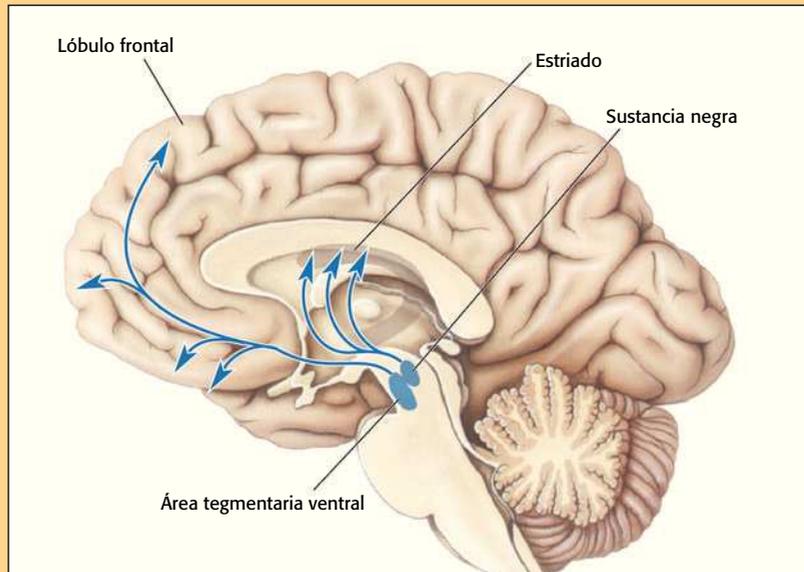
El uso de antipsicóticos atípicos se ha asociado a incremento del peso corporal, a diabetes tipo 2 y a síndrome metabólico. Dado que el señor Francisco J. tiene diabetes tipo 2 y que ha experimentado un aumento significativo de su peso corporal desde que comenzó a tomar olanzapina, el médico puede considerar la sustitución de olanzapina por un antipsicótico atípico que no dé lugar a aumento del peso corporal, como el aripiprazol.

Cuidado con el síndrome neuroléptico maligno

Cuando un paciente recibe un medicamento antipsicótico, usted debe valorarle regularmente para descartar la aparición de los signos y los síntomas del síndrome neuroléptico maligno (SNM), un proceso patológico infrecuente pero potencialmente mortal². Posiblemente secundario a una disminución aguda de la actividad de la dopamina en el cerebro, el SNM reduce el nivel de conciencia y aumenta de manera importante el tono muscular y la disfunción del sistema nervioso autónomo. El paciente puede desarrollar hiperpirexia, rigidez muscular, disminución del nivel de conciencia e inestabilidad del sistema nervioso

Causas profundas de la esquizofrenia

El sistema dopaminérgico mesocorticolímbico se origina en la zona tegmentaria ventral del cerebro. La actividad excesiva de las neuronas localizadas en esta zona ha sido implicada en la esquizofrenia.



Fuente: Bear MF, Connors BW, Parasido, MA. *Neuroscience-Exploring the Brain*. 3rd ed. Filadelfia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006.

autónomo (labilidad de la presión arterial [PA], taquicardia, sudoración profusa y arritmias cardíacas). Otros signos adicionales pueden ser el incremento de la concentración de creatinofosfocinasa, la mioglobulinuria (rabdomiolisis) y la insuficiencia renal aguda⁵.

Avisé de manera inmediata al médico si observa cualquiera de los signos o síntomas iniciales del SNM. El tratamiento consiste en la interrupción del medicamento antipsicótico y la aplicación de medidas para el control de los signos y los síntomas.

Cómo establecer una relación de confianza y mantener la seguridad

Cuando usted cuida de un paciente con esquizofrenia, lo primero que necesita es ganarse su confianza. A consecuencia de los síntomas negativos, el señor Francisco J. no es capaz de tolerar conversaciones ni valoraciones largas; por tanto, inicie contactos breves y frecuentes para conseguir establecer una relación terapéutica. En las fases iniciales de la hospitalización siéntese y hable con el paciente, utilizando para ello sus habilidades de escucha activa y transmitiendo una actitud de empatía y de ausencia de reproches.

Tras establecer una cierta compenetración con el paciente, pregúntele si escucha voces. Si el paciente indica que no escucha voces pero su comportamiento demuestra lo contrario,

no se enfrente a él y deje esta parte de la valoración para volver más tarde a ella. Si el paciente reconoce que escucha voces, pregúntele si las reconoce y también qué es lo que le dicen. Ahora debe determinar si el paciente presenta *alucinaciones de órdenes* que le indican que debe llevar a cabo comportamientos específicos, como lesionarse a sí mismo o a los demás.

Si el señor Francisco J. escucha voces que le dicen que se lesione a sí mismo o a los demás, usted debe intervenir inmediatamente en función del protocolo de su hospital. Tiene que iniciar la adopción de las precauciones frente al suicidio, si estuviera indicado. Si el paciente se encuentra en una situación estable desde el punto de vista médico, puede ser necesario trasladarlo a una unidad psiquiátrica.

Usted puede ayudar al señor Francisco J. a controlar sus alucinaciones realizando las intervenciones de enfermería apropiadas. Tenga en cuenta que estas alucinaciones son reales para el paciente. Más que decirle que las voces que escucha no son reales, debe reconocer su realidad para el paciente, aunque tiene que hacerle saber que él no escucha las voces. Además, usted puede actuar reconociendo los sentimientos que las voces pueden estar induciendo en el paciente; por ejemplo, puede decirle: “Yo no escucho las voces que le están diciendo que usted no es una buena persona, pero comprendo que le molesten”.

A menudo, el uso de medidas de distracción y el mantenimiento de la conversación en el terreno del “aquí y ahora” son útiles para ofrecer al paciente una alternativa a la escucha de las voces. Por ejemplo, usted puede decirle: “Intente no escuchar las voces ahora, pues quiero hablar con usted”².

Tal como ocurre con las alucinaciones, las ideas delirantes son completamente reales para el paciente. No intente rebatir las ideas delirantes de un paciente con argumentos de lógica y razón. Por ejemplo, si el señor Francisco J. considera que usted está intentando envenenarlo cuando le administra la medicación, usted no debe intentar convencerle de lo contrario; más que ello, tiene que mantener su relación de compenetración y confianza mediante los contactos breves y frecuentes. Sin llegar a rechazar de manera frontal las falsas creencias del señor Francisco J., puede poner en duda las voces y expresar comprensión por sus temores. Por ejemplo, puede decir: “Este medicamento sirve para tratar la infección que usted tiene en su pierna. Debe ser terrorífico pensar que alguien está intentando envenenarnos”. Después, siga ofreciéndole la medicación y, a medida que el paciente empiece a expresar confianza, es posible que disminuyan sus temores.

Si un paciente sigue rechazando la medicación, debe avisar al médico y seguir el protocolo del hospital respecto a la notificación y a la documentación de este tipo de situaciones. Si el paciente manifiesta una actitud beligerante, la prioridad máxima es el mantenimiento de la seguridad propia y la del paciente. En estos casos usted debe salir de la habitación, avisar a su supervisor y seguir el protocolo hospitalario respecto a las medidas que deben adoptarse en las situaciones de pacientes potencialmente violentos.

Planificación del alta para el paciente

Tras la reanudación del tratamiento con olanzapina, el señor Francisco J. señala la disminución de las alucinaciones y muestra una actitud de colaboración respecto a la administración i.v. de los antibióticos y al resto de las medidas de tratamiento. Al cabo de 14 días en el hospital, la celulitis queda controlada y se interrumpe la administración de antibióticos por vía i.v. El paciente recibe el alta con un tratamiento de antibióticos por vía oral, olanzapina y metformina. Tiene una cita con su psiquiatra para considerar la posible sustitución de la olanzapina por algún antipsicótico que no incremente el peso corporal y que no



Tenga en cuenta que las alucinaciones auditivas son reales para el paciente. Usted debe reconocer su realidad para el paciente, así como la realidad de las emociones que pueden suscitar.

facilite la aparición de hiperglucemia y de síndrome metabólico.

Al tiempo que usted prepara al señor Francisco J. para el alta, debe ofrecerle consejos de carácter educativo; con el permiso del paciente, también debe proporcionar este tipo de consejos a su hermana, que es la persona que le cuida en casa. Además de revisar el régimen medicamentoso junto con el paciente, usted proporciona educación sanitaria al señor Francisco J. respecto a la importancia del cumplimiento del tratamiento nutricional médico. Además, debe enseñarle las medidas relativas al cuidado de la piel y todo lo necesario para que conozca los signos y los síntomas de la infección, a fin de que pueda ponerse en contacto con su médico si aparecieran.

En el caso del señor Francisco J. puede ser útil la participación de un gestor de casos, que puede ayudarle a cumplir su tratamiento medicamentoso; por otra parte, también puede ser útil su estancia en un centro de día, en el que los pacientes con problemas mentales pueden recibir apoyo y pueden llevar a cabo sus actividades sociales. La esquizofrenia es una enfermedad crónica; la existencia de un lugar seguro en el que los pacientes puedan establecer relaciones sociales con personas que les comprendan y en el que se sientan seguros al hablar de sus sentimientos puede hacer que estos pacientes lleguen a superar sus signos y sus síntomas.

También tiene que enseñar al señor Francisco J. a evitar las bebidas alcohólicas, que pueden potenciar los efectos de los medicamentos, y tiene que estimularle a que deje de fumar.

Muchos pacientes con esquizofrenia fuman debido posiblemente a que la nicotina puede influir en los sistemas dopaminérgicos y colinérgicos cerebrales reduciendo los síntomas negativos de la enfermedad. A pesar de que el tabaco puede calmar a los pacientes con esquizofrenia, los peligros del consumo de cigarrillos superan con mucho a sus posibles efectos beneficiosos. Aunque es poco probable que el señor Francisco J. deje de fumar, usted le puede ofrecer la información necesaria para tomar una decisión en este sentido. Por otra parte, tiene que recomendarle que hable con su médico respecto a la interrupción del consumo de cigarrillos y la posible aplicación de medidas como el parche de nicotina si decidiera dejar el tabaco.

Finalmente, puede poner al señor Francisco J. y a su hermana en contacto con la National Alliance on Mental Illness, que ofrece educación y grupos de apoyo a las personas con enfermedades mentales y a sus familias (<http://www.nami.org>).

Respuesta a las necesidades complejas

Con los diagnósticos de esquizofrenia, diabetes tipo 2 y celulitis, el señor Francisco J. requiere una asistencia sanitaria compleja. A través de la escucha activa, la compenetración, la empatía y unos óptimos cuidados de enfermería, puede ayudarle a controlar los síntomas de la esquizofrenia y a mejorar su estado de salud general. **N**

BIBLIOGRAFÍA

1. Hermanns MS, Russell-Broaddus CA. “But I’m not a psych nurse!” *RN*. 2006;69(12):28-31.
2. Varcarolis EM, Carson VB, Shoemaker NC. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2006.
3. Stuart GW, Laria MT. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 9th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2009.
4. Beebe LH. Theory-based research in schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*. 2003;39(2): 67-74.
5. Zyprexa prescribing information. <http://pi.lilly.com/us/zyprexa-pi.pdf>.
6. Keltner NL, Folks DG. *Psychotropic Drugs*. 4th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2005.
7. Fornito A, Yucel M, Pantelis C. Reconciling neuroimaging and neuropathological findings in schizophrenia and bipolar disorder. *Curr Opin Psych*. 2009;22(3):312-319.

COMPLEMENTO

Bartels SJ. Caring for the whole person: Integrated health care for older adults with severe mental illness and medical comorbidity. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(suppl 12):S249-S257.

Sheila Hoban es profesora en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Estado de California, en Chico.