

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESMERALDAS**



ESCUELA DE ENFERMERÍA

INFORME DEL ESTUDIO DE CASO

**SITUACIÓN SOCIO AFECTIVA Y DE SALUD DE PACIENTE CON
ALZHEIMER Y DEMENCIA SENIL DE LA CUIDAD DE
ESMERALDAS**

PREVIO AL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTOR

KATTY CATHERINE MEDINA ORTIZ

ASERSOR

MSC. MEMI ANGULO ALEGRÍA

ESMERALDAS, 2017

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Trabajo de un estudio de caso clínico aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el reglamento de Grado de la PUCESE, previo a la obtención del título de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Presidente tribunal de Graduación

Lector 2

Director de Escuela

Director de caso clínico

Mayo, 2017

AUTORÍA

Yo, **KATTY CATHERINE MEDINA ORTIZ** con numero de C.I.**080399349-2** de claro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo es absolutamente original, autentica y personal.

En virtud que el contenido de esta investigación es de exclusiva responsabilidad legal y académica de la autora.

KATTY CATHERINE MEDINA ORTIZ
080399349-2

DEDICATORIA

A ti que me has dado amor, sabiduría, inteligencia, autoestima, y las fuerzas de seguir luchando por lo que anhelo, le dedico todo mi agradecimiento a ti señor Jesús Cristo mi padre celestial ya que siempre ha estado allí en las buenas y malas, dotándome de herramientas necesarias para lograr cada propósito, es por eso que le dedico este gran paso en mi vida.

De igual manera a mis padres hermanos y demás familiares quienes siempre estuvieron allí dotándome de su apoyo emocional, espiritual, y material, con voz de aliento, tú puedes vencer los obstáculos que son solo piedras que la puedes hacer a un lado.

A los docentes, que compartieron sus conocimientos a lo largo de mi preparación académica. Y a todas aquellas personas que compartieron conmigo les doy las gracias por los momentos que estuvieron conmigo en las buenas y en las malas, en las angustias, tristezas, alegrías, estas experiencias fueron las me ayudaron hacer una persona humilde futura profesional de enfermería.

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mis más sinceros agradecimientos a la Msc. Memi Angulo alegría tutora de este trabajo, por la ayuda y dedicación mostrada durante el desarrollo de la misma.

También agradezco a todos mis familiares, amigos, a los familiares de mi paciente, y compañeros de la universidad, por el apoyo que me han brindado durante la elaboración del presente trabajo.

A todos muchas gracias.

Katty Catherine Medina Ortiz.

Esmeradas, 2017

ÍNDICE

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN.....	I
AUTORÍA.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO	IV
ÍNDICE	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT/ KEYWORDS	VII
1.INTRODUCCIÓN	1
2. INFORME DEL CASO	3
2.1 DEFINICIÓN DEL CASO	3
2.2 AMBITOS DE ESTUDIOS.	4
2.3 ACTORES IMPLICADOS.....	4
2.4 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.	4
3. METODOLOGIA	5
3.1 LISTA DE PREGUNTAS.....	5
3.3 TÉCNICA PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.	6
3.4 EXÁMENES DE ESPECIALIDAD SI FUERA NECESARIO	7
3.5 RESULTADOS OBTENIDOS	7
3.6 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	8
3.7 VALORACIONES POR PATRONES FUNCIONALES	8
4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	9
5. INFORME DEL CASO.....	10
5.1 DEFINICIÓN DEL CASO	10
6. CONCLUSIONES	11
7. RECOMENDACIONES.	12
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13
9. ANEXOS.....	10

RESUMEN

En este estudio de caso da a conocer los aspectos de una paciente con Alzheimer más demencia senil; con el objetivo de analizar la situación socio afectiva y de salud de la paciente, así como los signos, síntomas, las formas preventivas de las complicaciones y los tratamientos aplicados a la misma. Es de sexo femenina, edad de 94 años, con antecedentes patológicos personales y familiares, de diabetes más hipertensión arterial. La mujer es jubilada, vive en el centro de la ciudad y acude periódicamente a las consultas en la clínica metropolitana de la ciudad de Esmeraldas en compañía del hijo que es con quien vive junto a la señora que se encarga del cuidado personal diario. El familiar refiere que la paciente presentó cambios como: irritación, comportamiento variado, pérdida de la memoria a corto y largo plazo, desorientación en tiempo y espacio, olvidando nombres de familiares vecinos y amigos cercanos, acontecimientos vividos, también presento dificultad para hacer sus quehaceres cotidianos y en su forma de expresarse. Todos estos signos le llevo a tomar la decisión de buscar ayuda médica; el resultado obtenido fue, de un diagnóstico de Alzheimer más demencia senil; haciendo que el afrontamiento de esta enfermedad sea difícil para sus familiares.

Se utilizó como técnicas la valoración física y por patrones funcionales, la revisión de historia clínica, entrevista a familiares y se observó a la paciente en su diario vivir. Las herramientas fueron una guía para la entrevista y observación, formularios de historia clínica y el consentimiento informado. Gracias a estos formularios se logró que los familiares y la señora que se encarga del cuidado diario obtengan conocimientos de los aspectos socio afectivo y de salud de la paciente con Alzheimer más demencia senil para que así le brinden los cuidados a en cuantos a los signos, síntomas, y de cómo prevenir las complicaciones y su tratamiento aplicado a la misma,

PALABRAS CLAVES:

Alzheimer, Demencia senil, Paciente adulta mayor.

ABSTRACT/ KEYWORDS

The following work is reported on all aspects of a patient with Alzheimer's plus senile dementia, With the aim of this study which is to know the socio-affective and health situation signs, symptoms, prevention and treatment, Applying in the adult patient older than 94 years of age, female sex, Applying in the adult patient older than 94 years of age, female sex, with a history of family and personal pathology of diabetes plus arterial hypertension, retired in education sciences, lives in the center of the city and attend periodically to the consultations in the clinic Metropolitan city of emerald, in the company of the son, now lives with the son and a lady who takes care of daily personal care. Family refers to seeing changes such as irritation, changes in their behavior, loss of memory in the short and long term, disorientated in time and space, forgetting names of neighbors and close friends, makes it difficult to do their daily chores and in their form To express themselves, all these signs led them to make the decision to seek medical help. The result obtained was diagnosed with Alzheimer + senile dementia, making the coping of this disease difficult, months later the patient worsened by the loss of the husband leading to a depression as he stated that he would die soon, patients with this type of Pathologies suffer many emotional problems and at that time is where relatives must support them unconditionally in everything they can so that they can leave their depression and start fighting the disease. We used the techniques of data collection were dossier, interview conducted to relatives, patient, and observation.

KEYWORDS

Alzheimer, Senile Dementia, older adult patient

1. INTRODUCCIÓN

A medida que el tiempo pasa los grandes avances tecnológicos en el campo de la medicina favorecen sus estudios y fomentan los conocimientos para la creación de acciones que den apoyo a pacientes y familiares para la mejora de las enfermedades y su tratamiento, aún que faltan años de intervención antes de encontrar un verdadero tratamiento para la patologías del Alzheimer más demencia senil, la misma produce una pérdida progresiva e irreversible de la memoria y otras funciones intelectuales, también se presentan cambios en la personalidad y el comportamiento es por eso que en este trabajo se presentara un caso clínico de una paciente de 94 años, femenina, diagnosticada con alzhéimer más demencia senil, según, Jacques Selmes y Micheline Antoine Selmes. (2010)

A nivel mundial existe un aproximado de unos 56,5 millones de personas que padecen patologías que tienen un gran impacto tanto físico, como psicológico, social y económico en la sociedad, las estadísticas reflejan 7,7 millones de nuevos casos. La enfermedad de Alzheimer es la causa de demencia más común en los adultos mayores, refleja entre un 80% y un 90% de los casos. En el caso de Ecuador no existe un porcentaje exacto de las personas con Alzheimer, pero comparando con el porcentaje sobre demencia mundial en mayores de 65 años, se estima que pueden ser 103.316 enfermos. Ricardo Nitrini & Sonia María Dozzi Brucki (2014)

Este estudio ayudo a la paciente, porque a través del mismo se realizó un análisis de la situación socio afectiva y de salud en su situación patológica de Alzheimer más demencia senil, se intervino con acciones de enfermería que ayudo a mejorar las relaciones en la familia teniendo en cuenta los objetivos planteados que ayudaron identificar la situación socio afectiva de la paciente con los familiares, a capacitar a la familia y custodio sobre los cuidados que deben tener con la paciente. Se aplicó el proceso de Enfermería mediante el uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

Este también permitió capacitar o instruir al cuidador respecto a la patología de la paciente y así mismos contribuyo a educar al familiar a cerca de la importancia de la dieta y las psicoterapias, afectos emocionales. Al mismo tiempo se educó a la paciente para que pueda recuperar o mantener parte del recuerdo y la enfermedad no avance de manera progresiva, también a las enfermeras para que aprendamos a contribuir y a mejorar esa parte emocional que está siendo afectada en ese instante al paciente, familiar y así sea menos traumático, y puedan superar esa etapa con menos dificultad.

2. INFORME DEL CASO

2.1 DEFINICIÓN DEL CASO

Paciente adulta mayor de 94 años de edad, sexo femenino, desorientada en tiempo, espacio y en ocasiones en persona de tés blanca, escolaridad superior, jubilada, profesora en ciencia de la educación. Religión católica, con antecedente personales y familiares de diabetes más hipertensión arterial, acude a las consultas periódicamente en la clínica metropolitana de la ciudad de Esmeraldas en compañía de su hijo, el cual refiere que la paciente inició presentando cambios de conducta como: irritación en el comportamiento; pérdida de la memoria a corto y largo plazo, desorientación en tiempo y espacio, olvidando nombres de familiares, vecinos y amigos cercanos; dificultad para hacer sus quehaceres cotidianos y en su forma de comportarse y expresarse. Los familiares no comprendían el motivo o lo que le sucedía ya que solo reconocía a unos de los hijos, el que actualmente convive con ella. Al no observar cambios favorables muy al contrario desmejoraba, tomaron la decisión de acudir a profesionales de la salud.

Estuvo intervenida quirúrgicamente en la clínica de IESS, sin llegar a establecerse un diagnóstico, luego acudieron a la clínica metropolitana donde hoy es atendida desde hace 1 año y 8 meses con el diagnóstico de Alzheimer más demencia senil. Luego de 7 meses de su diagnóstico enviuda, situación que ocasionó complicaciones en su enfermedad.

Al examen físico se la encontró en condiciones generales inadecuadas, tiene un peso de 83 kg, 1.66 m de altura, un índice de masa corporal de 25.90, este valor indica que está en sobre peso para su edad y una presión arterial de 120/70 mm Hg.

2.2 AMBITOS DE ESTUDIOS.

Paciente vive en las calles Colón y Rocafuerte, frente a un cyber, y diagonal al hotel Colon, vivienda propia, de hormigón armado, de dos pisos, en buenas condiciones sanitarias. Cuenta con todos los servicios básicos, se observa segura, limpia, en el piso de arriba vive un hijo, y en la planta baja habita la paciente en compañía de su hijo y de la licenciada que se encarga del cuidado personal diario, no tiene un promedio de ingreso económicos aproximado, porque los familiares se encargan de todos los gastos económicos necesarios para cubrir todas sus necesidades de la misma.

2.3 ACTORES IMPLICADOS.

Los actores principales de este estudio son: la paciente con diagnóstico de Alzheimer más demencia senil, su hijo y la cuidadora. Haciéndose mención del médico quien trata a la paciente, que, pese a no haberle entrevistado es quien la evalúa y realiza el seguimiento del caso.

2.4 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

La enfermedad que padece la paciente ha hecho de ella una persona totalmente dependiente, con deterioro mental, cognitivo y físico progresivo, lo cual crea dificultad en la relación familiar, angustia en su hijo y abandono por parte del resto de la familia y amigos.

3. METODOLOGIA

Este trabajo es un estudio investigativo, analítico y descriptivo debido a que una vez valorada la paciente se analizaron los resultados para aplicar los cuidados necesarios de acuerdo a las necesidades básicas de Maslow, luego se escribió en este informe, sin dejar de lado los resultados de las intervenciones de enfermería aplicadas en el trabajo.

Las herramientas utilizadas fueron, una guía de entrevista con 14 preguntas dirigida a los familiares, una de observación a la paciente y los formularios de la Historia clínica.

3.1 LISTA DE PREGUNTAS

Las siguientes preguntas que se realizaron al hijo y enfermera que se encarga del cuidado de la paciente fueron.

¿Cómo es la composición actual de la familia y como ha cambiado en los últimos años?

¿Cuál era su situación laboral económica?

¿Ha habido muchos cambios en la situación económica?

¿Cómo era el estilo de vida de la paciente?

¿Algún familiar de la paciente sufrió esta enfermedad?

¿Tiene más de un año usted conviviendo con la paciente?

¿Cuál es la relación que tiene la paciente con los demás familiares?

¿Cómo se dieron cuenta que la paciente presentaba esta enfermedad?

¿Qué tiempo tiene la paciente con el diagnóstico médico?

¿Cómo le diagnosticaron la patología?

¿Cómo fue el progreso de la patología?

¿Se le administra medicamento para el sueño periódicamente cómo se lo prescribió el medico?

¿Cuál es el tratamiento para la enfermedad que se le administra?

¿Cómo fue la conducta de la paciente en el inicio de la enfermedad?

- ¿Qué tipo de dieta ingiere la paciente?
- ¿Se manifestaron muchos cambios?
- ¿Ha amenazado los familiares?
- ¿Ha intentado hacerse daño a sí mismo?
- ¿Se le realizan terapias y con qué frecuencia se las realizan?
- ¿Tiene momentos de lucidez la paciente?
- ¿Quiénes se vieron afectados con la enfermedad?
- ¿Ha padecido alguna enfermedad anteriormente? ¿De qué tipo?
- ¿Tiene algún problema con el apetito? ¿Con el sueño?
- ¿Qué tiempo ha pasado desde que le diagnosticaron la enfermedad? ¿Quién les ayuda económicamente para el cuidado de la paciente?
- ¿En qué unidad de salud atienden a la paciente?

3.2 FUENTE DE INFORMACIÓN

Se utilizaron deferentes métodos como, la revisión de la Historia clínica la cual nos ayudó a conocer algunos datos, entre los más relevantes están los antecedentes patológicos personales y familiares, exámenes de laboratorio realizados, evolución de la enfermedad. La entrevista a los familiares y a enfermera que se encarga del cuidado personal diario fue de mucha importancia para saber la situación socio afectiva de la paciente, hábitos de vida, entrevista al médico tratante de la paciente, y la revisión de las fuentes bibliográficas, todas esta antes mencionas permitieron la recolección de información acerca de la paciente y su diagnóstico y los datos con más facilidad.

3.3 TÉCNICA PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

- Revisión de Historia clínica
- Entrevista a realizada a los familiares
- Observación
- Valoración física

3.4 EXÁMENES DE ESPECIALIDAD SI FUERA NECESARIO

Se le realizaron diferentes exámenes de laboratorio ordenados por el médico personal, en el cual cuyos resultados se observan alteraciones en la química sanguínea con un ácido úrico de 9,8 mg/dl, mientras que el rango normal en una mujer es de 2,4 a 5,7 mg/d. En los triglicéridos también nos demuestran una ligera alteración, aunque se encuentra con 157 mg/dl, mientras que el valor normal es de 150 mg/d, por lo cual no se lo puede considerar de total gravedad. La creatinina demuestra en valor de 1.46 mg/d este valor podría indicar que los riñones no están funcionando en su máxima capacidad, ya que los valores en rangos normales en mujeres son de 0.6 – 1.1. La urea 8.6 mg/dl estos datos reflejan que se encuentran elevados. Al microscopio de orina muestra que los leucocitos de 1- 2 por campo se encuentra en el rango normal es de 0-2 por campo. El hematíe es de 20-22 por campo cuando el valor normal es de 20-22, por campo. Y las bacterias muestran valor de tres cruces (+++) y los nitritos también se reflejan con tres cruces (+++), lo que significa que hay una infección de las vías urinarias.

3.5 RESULTADOS OBTENIDOS

Se logró que los familiares y la señora que se encarga del cuidado diario obtengan conocimientos de los aspectos socio afectivo y de salud de la paciente dependiente de Alzheimer más demencia senil para que así le brinden los cuidados en cuantos a los signos, síntomas, y de cómo prevenir las complicaciones y le puedan administrar su tratamiento, utilizando los cinco correctos por medio de las visitas domiciliaria se pudo obtener que las terapéuticas sean semanales.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la entrevista antes realizada al familiar y a enfermera que se encarga del cuidado personal diario, de muestran que la paciente es totalmente dependientes, desorientada en tiempo y espacio, tiene más de un diagnóstico, desde ese momento fue de gran impacto emocional conllevándola a una depresión moderada, y manifestaba que se iba a morir pronto, se vieron cambio en su personalidad, des de ese momento vive en compañía de su hijo, el cual le demuestras cariño y afectos.

3.6 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

- Alteraciones de los procesos mentales, R/C pérdida de la memoria, con función, desorientación
- Alteración del patrón del sueño R/C la desorientación
- Disminución de la integridad física R/C disminución de la masa corporal y/o física.
- (Selmes, 2008)
- Alteración del proceso nutricional R/C disminución de la actividad física.
- Incontinencia fecal urinaria R/C pérdida de memoria

3.7 VALORACIONES POR PATRONES FUNCIONALES

Estimular la participación a los familiares, y a la señora que se encarga del cuidado diario sobre la alimentación, hidratación, e higienes hacia la paciente.

Por motivos de estado de salud la paciente está totalmente desorientada en tiempo y espacio, con un peso de 83 kg, es necesario optimizar el estado nutricional de la misma, en cuanto a la alimentación, sigue con una dieta equilibrada, blanda hiposodica, hiperproteica, familiares y enfermera cuidadora refieren que se ingiere la cantidad adecuada en el trascurso del día.

Piel integra humectadas, tés blancos flácidos, hidratadas con arrugas para su edad

Mucosas húmedas y rosadas, íntegras, piel de tés blanca, flácida, hidratada, con arugas por su edad.

Paciente usa pañal permanente por el motivo de que tiene incontinencia fecal y urinaría, sus heces son de color y olor característico normales y formadas, su orina es de color y olor característico. No tiene actividad. La paciente es totalmente dependiente en todas sus tareas cotidianas y su auto cuidado.

Sus orificios nasales se mantienen permeable y mucosa húmeda, audición esta conservada según la edad.

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Se propone diferentes actividades para mejorar las condiciones de vida de la paciente y de los familiares, a través de charla educativa a los familiares y enfermera que se encarga del cuidado diario de la paciente, también se les indico a los familiares que deben dejar que el paciente trate de realizar ciertas actividades por si sola como es el aseo personal y ayudarlos en lo que se le dificulte, alimentación, entre otros, se le ha consejo que los familiares pasen más tiempo con la paciente, que la visiten con más continuidad y que se relaciones con ellas para que ella se sienta en un entorno armonioso.

5. INFORME DEL CASO

5.1 DEFINICIÓN DEL CASO

Paciente adulta mayor de 94 años de edad, sexo femenino, desorientada en tiempo, espacio y en ocasiones en persona de tés blanca, escolaridad superior, jubilada, profesora en ciencia de la educación. Religión católica, con antecedente personales y familiares de diabetes más hipertensión arterial, acude a las consultas periódicamente en la clínica metropolitana de la cuida de Esmeraldas en compañía de su hijo, el cual refiere que la paciente inició presentando cambios de conducta como: irritación en el comportamiento; pérdida de la memoria a corto y largo plazo, desorientación en tiempo y espacio, olvidando nombres de familiares, vecinos y amigos cercanos; dificultad para hacer sus quehaceres cotidianos y en su forma de comportarse y expresarse. Los familiares no comprendían el motivo o lo que le sucedía ya que solo reconocía a unos de los hijos, el que actualmente convive con ella. Al no observar cambios favorables muy al contrario desmejoraba, tomaron la decisión de acudir a profesionales de la salud.

Estuvo intervenida quirúrgicamente en la clínica de IESS, sin llegar a establecerse un diagnóstico, luego acudieron a la clínica metropolitana donde hoy es atendida desde hace 1 año y 8 meses con el diagnóstico de Alzheimer más demencia senil. Luego de 7 meses de su diagnóstico enviuda, situación que ocasionó complicaciones en su enfermedad.

6. CONCLUSIONES

Una vez identificado la situación socio afectiva de la paciente con diagnóstico de Alzheimer más demencia senil, me demostró que los familiares y la cuidadora cumplen un papel muy substancial para que la paciente pueda superar sus dificultades emocionales, intelectuales, verbales y así pueda mejorar las condiciones de vida, para que así le permite estar en constante actividad con los familiares.

Por medio de las deferentes capacitaciones brindas a los familiares y cuidara de la paciente, se logró enriquecer el conocimiento sobre la patología, para que así se tomen nuevas medidas que ayuden a mejorar sus condiciones y se pueda tener un mejor afrontamiento a su enfermedad.

Con la colaboración de la enfermera cuidadora y la ayuda de los familiares se pudo aplicar los diferentes procesos de enfermería mediante las taxonomías del NANDA, NIC, NOC, con estrategias flexibles y prácticas para manejar situaciones difíciles cuando se proporcionan cuidados, proveen una ayuda vital a aquellas personas que cuidan a individuos afectados con esa enfermedad.

Este estudio de caso está indicado para mantener activo y proporcionar beneficios físicos y emocionales para la ayuda para los familiares, cuidadores encargados, pacientes.

.

7. RECOMENDACIONES.

- Se les recomienda a los familiares pasar más tiempo con la paciente, para que ella no se deprima.
- Involucrar a los familiares con las terapias que se les realizan semanal
- Capacitar a los familiares que deben dejar que la paciente realice sus actividades aun que se tarde más tiempo de lo adecuado
- Es importante mantener una rutina diaria. Si el paciente está rodeado de objetos familiares se sentirá más cómodo.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Casanova, J. P. (2008). *Enfermedad de alzheimer* . España: Fundacion la "caixa".
- Cornelia, C. C. (2015). *Demencia tipo Alzheimer: últimos avances en el ámbito neuropsicológico*. Mexico: Sáez-Zea, Carmen.
- Fraile, C. B. (2007). *Metodología de la Enfermería*. Pnama: University of loma collaje of nursing.
- General, D. Y. (2010). *Enfermedad de Alzheimer. A propósito de*. Mexico.
- Gonzalez, L. V. (2010). *Alzheimer una experiencia humana* . Mexico: Pax Mexico, Libreria Caloscesarman.
- Marcela, F. O. (2005). *Alzheimer*. Mexico: Pax Mexico, Libreria Carlos Concha.
- Marion Johnson, M. L. (2008). *Metodología de la Enfermería NOC, NIC*. Panama: University of Iowa College Nursing.
- Román Alberca Serrano, S. L. (2006). *Enfermedad alzheimer y otras demencias* . Panama: Editorial Medica panamericana .
- Salazar, j. R. (2012). *Escalas de valoración del dolor* . Intituto nacional de la salud.
- Selmes, J. S. (2008). *Vivir con la enfermedad dal Alzheimer*. Franca: Español. Francia.

ANEXOS

FICHA DE ENTREVISTA PARA EL FAMILIA, ENFERMERA QUE SE ENCARGA DEL CUIDADO DIARIO Y LA PACIENTE		
FAMILIAR		
¿Vive sola?		
¿Tiene una buena relación con los demás familiares?		
¿Tiene alguna persona que se encargue del cuidado diario?		
¿Desde el momento de su diagnóstico ha vivido en otro lugar que no sea este la paciente?		
¿Tiene más de un año usted tiene conviviendo con la paciente?		
¿Algún familiar de la paciente sufrió esta enfermedad?		
¿Tiene buena relación con usted la paciente?		
¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?		
¿Sabe usted cual fue la causa de la enfermedad de la paciente?		
PERSONA QUE SE ENCARGA DEL CUIDADO PERSONAL		
¿Tiene una buena relación con demás familiares?		
¿La paciente es dependiente en su totalidad?		
Ha cambiado mucho el paciente		
PACIENTE		
¿Se acuerda que día es hoy ‘		
¿Usted sabe dónde se encuentra?		
¿Le gusta que la visiten sus familiares y amigos?		
¿Desde el momento de su diagnóstico ha vivido en otro lugar que no sea este?		
¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo en su cuidado?		
¿Le impide su salud salir a la calle?		
¿Reconoce usted a la persona con la convive?		
¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?		

GUIA DE OBSERVACION		
INDICADORES	SI	NO
Condiciones de la vivienda		
Humedad		
aseo		
ventilación		
iluminación		
Aspecto de la vivienda		
Estado de físico		
Presenta escaras		
Piel integra		
Piel humectada		
Marcha		
Fascias normales		
Relaciones socio afectiva		
Familiares		
Cuidadora		
Amigos		
Estado de conciencia		
Orientada en tiempo		
Orientada en espacio		
Orientada en persona		
Conocimiento de la enfermedad		
Enfermedad		
Signos y síntomas		
Causas		
Consecuencia		
Tratamiento		

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

A: DATOS DE INGRESO

VALORACIÓN	Apellidos y nombres. Sra. Mercedes Busto España		Edad. 94 años	Sexo Femenino	
	# Historia clínica. Particular	Fecha de nacimiento. 7/10/1922	Lugar de nacimiento. Manabí		
	Religión. Católica		Escolaridad. Superior		
	Estado civil. Viuda		Ocupación. Jubilada		
	Lugar de residencia actual. Esmeraldas		Grupo étnico. Blanca		
	Diagnóstico Médico Actual. Alzheimer más demencia senil				
	ANTECEDENTES				
	Familiares (historia patológica y genética de referencia materna y paterna):		Personales (patológicos, quirúrgicos, (Marion Johnson, 2008) (Fraile, 2007)obstétricos, alergias y otros):	Hábitos psicosociales (consumo de café, tabaco, alcohol u otros; indicar cantidad, frecuencia y tiempo de consumo):	
	Madre	Padre	HTA	No refiere	
	Diabetes	HTA			
	Inmunidad (vacunas aplicadas) completo				
	SITUACIÓN SOCIO ECONÓMICA				
	Estado civil (casado, viudo, soltero, unión libre, divorciado): Viuda	<i>Religión que práctica</i> Católica	Empleo (trabajo que desempeña o desempleado): Jubilada	Grado de instrucción alcanzado (primaria, bachiller, universitaria, otra Superior	

	Personas que viven con el usuario (pareja, hijos, amigos, otros; especificar cantidad):	Tipo de vivienda (casa, apartamento, rancho. Propia, alquilada, cedida o pagando):	Servicios básicos (electricidad, aguas blancas y negras, aseo urbano, telecomunicaciones):	Fuente de ingresos (especificar cantidad en dólares):
	1 (hijo)	Casa	Electricidad, agua, telecomunicación, Teléfono	Condición económica
	MOTIVO DE CONSULTA O INGRESO			
	Motivo (inicio del problema o situación, evolución, terapéutica recibida):			
	Acude a la consulta por presentar pérdida de la memoria, olvidando ocasiones especiales, no reconoce a los familiar y cambio de conducta			
	B. RESUMEN DEL EXAMEN FÍSICO CÉFALO CAUDAL			
	<i>Temp. (°C)</i>	<i>Resp. (rpm)</i>	<i>Pulso (ppm)</i>	<i>P.A. (mmHg)</i>
	36.5 °C	18 rpm	70 ppm	120/70
VALORACIÓN	PLANOS DE ORIENTACIÓN			
	<i>Tiempo:</i> Desorientada	<i>Espacio:</i> no reconoce el lugar.	<i>Persona:</i> Desorientada.	
	PIEL:	Integra		
	CABEZA - CARA:	Normo cefálica.		
	CEJAS – OJOS:	Cejas Normales.		
		No tiene buena vicio		

	NARÍZ:	Conducto nasal hidratado, tabique bien implantado, con presencia de cilios y sin presencia de secreción.
	BOCA:	Labios hidratados, con sus piezas dentales incompletas, lengua sin presencia de saburral.
	OÍDOS:	Simétricas, sin presencia de secreción.
	CUELLO:	Cilíndrico, simétrico.
TORÁX:	Simétrico; sin presencia de roncós, sibilancias y estertores.	
ABDOMEN:	Distendido, con ruidos aéreos a nivel del hipocondrio izquierdo.	
	GENITALES:	Normales,
	MIEMBROS SUPERIORES	Sin presencia de edemas, ni dolores articulares.
MIEMBROS INFERIORES:	Sin presencia de edemas, ni dolores articulares.	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA #1

Nombres y apellidos del paciente:

Fecha de hospitalización:

Diagnóstico Médico:

PLANEACIÓN	Nivel:	Especialidad:	Servicio:	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
	Dominio: 3 eliminación e intercambio			CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
	Clase: 1 función urinaria			RESULTADOS (S)	INDICADOR(ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
	Código de diagnóstico: 00016						MANTENER	AUMENTAR
	Definición: Disfunción de la eliminación urinaria			Dominio: Salud Fisiológica.II	Reconoce la micción	Nunca demostrado	1	4
	M/P: Frecuencia e Incontinencia urinaria			Clase: Eliminación	Capaz de usar el inodoro de forma independiente	Siempre demostrado	3	5
	R/C: Multicausalidad. Obstrucción anatómica Deterioro sensitivo motor			Resultado: Eliminación urinaria	Perdida de orina entre micciones Ropa mojada			
	CLASIFICACIÓN DELAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)							
	Clase: Control		Campo: Fisiológico Complejo.		Clase:		Campo:	
	INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE			
Cuidados de la incontinencia urinaria								
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES				
<ul style="list-style-type: none"> Controlar periódicamente las micciones Modificar la vestimenta para ayudar el acceso al aseo Proporcionar prendas protectoras 				<ul style="list-style-type: none"> Enseñar al cuidador y familiar a registrar la producción Proporcionar prendas protectoras 				
Elaborado por:			Revisado por:		Fecha de elaboración:			

Código de Ejecución: C = cumplido; P = pendiente; EP = en proceso ----- **Código de Evaluación:** RH = Respuesta Humana (mejoría – progresa – no progresa – en vía de cambio); FR = Factor Relacionado (abolido – disminuido – se mantiene); IE = Intervención Enfermera (apropiada – inapropiada)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA #3

Nombres y apellidos del paciente:

Fecha de hospitalización:

Diagnóstico Médico:

PLANEACIÓN	Nivel:	Especialidad:	Servicio:	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA			
	Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés Clase: 2 Respuestas de afrontamiento Código diagnóstico de: (00069) Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles M/P: Conducta destructiva hacia sí mismo, problemas de salud frecuentes, trastornos del patrón del sueño, expresa incapacidad para pedir ayuda. R/C: Apoyo social inadecuado debido a las características de las relaciones, incertidumbre.			CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
	RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
	Dominio: Salud percibida (V)	Relaciones sociales	Desde no del todo satisfecho hasta completamente satisfecho	MANTENER	AUMENTAR		
	Clase: Salud y calidad de vida (U)	200203	1 No del todo satisfecho	1	3		
	Resultado: Bienestar personal	2002	2 Algo satisfecho	2	4		
			3. Moderadamente satisfecho	3	3		
			4 Muy satisfecho	1	4		
			5 Completamente satisfecho				
	CLASIFICACIÓN DELAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)						
Clase: Ayuda para el afrontamiento		Campo: Conductual		Clase: Ayuda para el afrontamiento		Campo:	
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE			INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE				
Mejora de la calidad de vida			Rol relaciones				
ACTIVIDADES			ACTIVIDADES				
Permanecer con el paciente. Utilizar la distracción por medio de juegos recreativos. Administración de medicamentos según cardes. Elegir un ambiente tranquilo y cómodo. Disminuir la ansiedad de limpiar del paciente			Involucrar al paciente con otros pacientes. Instruir al paciente para que no tenga miedo a relacionarse con otras personas. Dialogar con el paciente sobre lo que le afecta. Realizar juegos grupales. Socio dramas que ayuden a mejorar su relación con los demás.				
Elaborado por:		Revisado por:		Fecha de elaboración:			

Código de Ejecución: C = cumplido; P = pendiente; EP = en proceso ----- **Código de Evaluación:** RH = Respuesta Humana (mejoría – progresa – no progresa – en vía de cambio); FR = Factor Relacionado (abolido – disminuido – se mantiene); IE = Intervención Enfermera (apropiada – inapropiada)

8.2. ANEXOS

RENAL CENTRO

Dirección: Av. Simón Plata Torres
Teléfono: 06 2702-438

Nombre del Paciente: Mo. Mercedes Buelo Edad: _____ Telf: _____
 Médico Solicitante: Dr. J. Caicedo Fecha: 11/02/2016 Código: _____

HEMATOLOGÍA	QUÍMICA	HORMONAS
<input checked="" type="checkbox"/> Biometría Hemática <input type="checkbox"/> Recuento y Fórmula Leucocitaria <input type="checkbox"/> Reticulocitos <input type="checkbox"/> Sedimentación <input type="checkbox"/> Hierro Sérico <input type="checkbox"/> Vitamina B 12 y Ácido Fólico <input type="checkbox"/> Inv. de Hemoparásitos <input type="checkbox"/> Hemoglobina Glicosilada <input type="checkbox"/> Transferrina	<input type="checkbox"/> Glucosa Basal <input type="checkbox"/> Glucosa post - Prandial <input type="checkbox"/> Glucosa: Curva Toler _____ Horas <input type="checkbox"/> (Sobrecarga Glucosa Embarazo) <input type="checkbox"/> Nitrogeno Ureico (BUN) <input checked="" type="checkbox"/> Creatinina <input checked="" type="checkbox"/> Acido Urico <input checked="" type="checkbox"/> Urea <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Colesterol HDL <input type="checkbox"/> Colesterol LDL <input type="checkbox"/> Triglicéridos <input type="checkbox"/> Proteínas Totales <input type="checkbox"/> Albumina <input type="checkbox"/> Bilirrubinas <input type="checkbox"/> Lípidos <input type="checkbox"/> APO A1 <input type="checkbox"/> Betalipoproteínas <input type="checkbox"/> APO A1 <input type="checkbox"/> Betalipoproteínas <input type="checkbox"/> APO B100 <input type="checkbox"/> Fructosamina	<input type="checkbox"/> T3 Libre <input type="checkbox"/> T4 Libre <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> P.T.H. <input type="checkbox"/> Cortisol <input type="checkbox"/> Estradiol <input type="checkbox"/> Prolactina <input type="checkbox"/> Estrógenos (17 Beta Estradiol) <input type="checkbox"/> Progesterona <input type="checkbox"/> HCG - Beta <input type="checkbox"/> Testosterona <input type="checkbox"/> Testosterona Post Estim. <input type="checkbox"/> Test de Clonidina <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Ferritina
<h4 style="text-align: center;">INMUNOHEMAPATOLOGIA</h4> <input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo y Factor Rh <input type="checkbox"/> Coombs Directo <input type="checkbox"/> Coombs Indirecto		
<h4 style="text-align: center;">URIANALISIS</h4> <input type="checkbox"/> Elemental y Microscopio <input type="checkbox"/> Prueba de Embarazo <input type="checkbox"/> Depuración de Creatinina <input type="checkbox"/> Proteinuria de 24 Horas (M Biuret) <input type="checkbox"/> Creatinina Urinaria <input type="checkbox"/> Microalbuminuria <input type="checkbox"/> Na <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> Ca <input type="checkbox"/> Fósforo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ac. Urico <input type="checkbox"/>		
<h4 style="text-align: center;">COPRO ANALISIS</h4> <input type="checkbox"/> Coproparasitario de Rutina <input type="checkbox"/> Coproparasitario Seriado <input type="checkbox"/> Sangre Oculta <input type="checkbox"/> Polimorfonucleares <input type="checkbox"/> Rotavirus		
<h4 style="text-align: center;">HEMOSTASIA Y COAGULACIÓN</h4> <input type="checkbox"/> Tiempo de Hemorragia <input type="checkbox"/> Tiempo de Coagulación <input type="checkbox"/> Tiempo de Protambina Parcial TTP <input type="checkbox"/> Torinogeno <input type="checkbox"/> Recuerdo de Plaquetas		
<h4 style="text-align: center;">SEROLOGÍA</h4> <input type="checkbox"/> V.D.R. <input type="checkbox"/> FTA Ab <input type="checkbox"/> Asto <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Aglutinaciones <input type="checkbox"/> Brucelosis (L. S. S. S.) <input type="checkbox"/> Mucor <input type="checkbox"/> Botell	<h4 style="text-align: center;">ENZIMAS</h4> <input type="checkbox"/> Amilasa <input type="checkbox"/> Lipasa <input type="checkbox"/> SGOT <input type="checkbox"/> SGPT <input type="checkbox"/> Deshidrogenasa <input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina <input type="checkbox"/> Gama F.T <input type="checkbox"/> Fosfatasa Acida Prostática <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> CKMB <input type="checkbox"/> Colinesterasa <input type="checkbox"/> Troponina	<h4 style="text-align: center;">INMUNOLOGÍA</h4> <input type="checkbox"/> HIV. (Sida) <input type="checkbox"/> Western Blott (Sida) <input type="checkbox"/> Inmunoglobulinas IGA <input type="checkbox"/> IGM <input type="checkbox"/> IGG <input type="checkbox"/> IGE <input type="checkbox"/> DHE5 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> HGH (crecimiento) <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> Ac. Antinucleares <input type="checkbox"/> Anti Triperoxidasa <input type="checkbox"/> Ac. Anti - DNA Nativo <input type="checkbox"/> Anti Fagocitos <input type="checkbox"/> Ac. Anti Mus. Liso <input type="checkbox"/> Citomegalovirus <input type="checkbox"/> KIG <input type="checkbox"/> KIM <input type="checkbox"/> Toxoplasma <input type="checkbox"/> KIG <input type="checkbox"/> KIM <input type="checkbox"/> Herpes I <input type="checkbox"/> KIG <input type="checkbox"/> KIM <input type="checkbox"/> Herpes II <input type="checkbox"/> KIG <input type="checkbox"/> KIM <input type="checkbox"/> Anti Rubéola <input type="checkbox"/> KIG <input type="checkbox"/> KIM <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> KIG <input type="checkbox"/> SIGM <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> HBsAg (Anti Antígeno Australia) <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Helicobacter <input type="checkbox"/> KIG <input type="checkbox"/> KIM <input type="checkbox"/> ClamydiaN <input type="checkbox"/> KIG <input type="checkbox"/> KIM <input type="checkbox"/> Citralina
	<h4 style="text-align: center;">MARCADORES ONCOLOGICOS</h4> <input type="checkbox"/> Alfa Feto Proteina (A.F.P) <input type="checkbox"/> Antígeno Carcino Embrionario CEA <input type="checkbox"/> Fosfatasa Acida Prostática <input type="checkbox"/> CA 125 <input type="checkbox"/> CA 19-9 <input type="checkbox"/> CA 15-3 <input type="checkbox"/> Tiroglobina <input type="checkbox"/> Gonodotrofina Corionica (HCG Beta) <input type="checkbox"/> Antígeno Prostático Específico Total <input type="checkbox"/> Antígeno Prostático Específico Libre	

↓ Na ↓ K
Ca ↓ K

Firma _____

RENAL CENTRO
 C.A. DEL NIÑÓN
 Dr. J. Caicedo
 C.R. 1101041W-172

NOMBRE: SRA. MERCEDES BUSTOS ESPAÑA
FECHA: 30/08/2016

ORDEN # 1
EDAD: 93 AÑOS

BIOQUÍMICA

VALORES DE REFERENCIA

GLUCOSA		mg/dl	(70 - 110)
GLUCOSA POSTPRANDIAL		mg/dl	(< 140)
COLESTEROL		mg/dl	(< 200)
TRIGLICÉRIDOS		mg/dl	(< 150)
HDL		mg/dl	(> 40)
LDL		mg/dl	(< 150)
UREA	30	mg/dl	(10 - 50)
CREATININA	0.82	mg/dl	(HOMBRES 0.7 - 1.4) (MUJERES 0.6 - 1.1)
ÁCIDO ÚRICO	6.9	mg/dl	(HOMBRES 3.4 - 7.0) (MUJERES 2.4 - 5.7)
TGO		U/l	(HASTA 37)
TGP		U/l	(HASTA 42)
BILIRRUBINA TOTAL		mg/dl	(HASTA 1.0)
BILIRRUBINA DIRECTA		mg/dl	(HASTA 0.25)
BILIRRUBINA INDIRECTA			
GAMMA GT		U/l	(HOMBRES 11 - 61) (MUJERES 9- 39)
FOSFATASAS ALCALINA		U/l	(HOMBRES 64 - 306) (MUJERES 80 - 306) NIÑOS HASTA 644 (6.6 - 8.7) (3.5-5.0)
PROTEINAS TOTALES			
ALBUMINA			

OBSERVACIONES:

Comprometidos con su salud...

Castillo Vivar
LABORATORIO CLINICO VIVAR
Esmeraldas - Ecuador



LABORATORIO CLINICO VIVAR
CALLE DE LA VIDA 1000
CALLE DE LA VIDA 1000
CALLE DE LA VIDA 1000
CALLE DE LA VIDA 1000
CALLE DE LA VIDA 1000
CALLE DE LA VIDA 1000
CALLE DE LA VIDA 1000
CALLE DE LA VIDA 1000
CALLE DE LA VIDA 1000
CALLE DE LA VIDA 1000

NOMBRE: SRA. MERCEDES BUSTOS ESPAÑA
FECHA: 01/09/2015 EDAD: 93 AÑOS

	<u>COAGULACION</u>	VALOR NORMAL
T. DE PROTOMBINA	15" = 100%	(HASTA 13" = 100%)
INR	1.18	(HASTA 42")
TTP	44"	(HASTA 5- 11 mint)
T. COAGULACION		HASTA 4 mint
R. DEL COAGULO		
T. HEMORRAGIA		
PLAQUETAS	347.000	
ACTIVIDAD		
GRUPO		
RH :		
OBSERVACIONES		

Comprometidos con su salud...

NOMBRE: SRA. MERCEDES BUSTOS
 FECHA: 01/09/2015

ORDEN # 7
 EDAD: 93 AÑOS

EXAMEN DE ORINA

EXAMEN FÍSICO

COLOR AMARILLO
 ASPECTO TURBIO
 DENSIDAD 1010
 PH 7

EXAMEN MICROSCÓPICO

LEUCOCITOS > 40 POR CAMPO
 HEMATIES 4-6 POR CAMPO
 CEL. EPITELIALES ALT. POCAS
 CEL. EPITELIALES BAJ/ (+)
 CILINDROS
 CRISTALES
 MOCO
 BACTERIAS (+++)
 LEVADURAS (+)

EXAMEN QUÍMICO

PROTEINAS NEGATIVO
 GLUCOSA NEGATIVO
 UROBILINÓGENO NEGATIVO
 BILIRRUBINA NEGATIVO
 SANGRE VESTIGIOS
 CUERPOS CETÓNICOS NEGATIVO
 NITRITOS POSITIVO (+++)
 LEUCOCITOS POSITIVO (++)
 AC. ASCORBICO NEGATIVO

EXAMEN QUÍMICO

COLORACIÓN GRAM

PROTEINAS

OBSERVACIONES:



