UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO SOBRE:

´´PACIENTE CON SANGRADO DIGESTIVO ALTO RELACIONADO CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIOS´´

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autor: Montero Estrella, Giovanna Estefanía

Tutora: Lic. Mg. Quishpe Jara, Graciela de las Mercedes

Ambato –Ecuador
Enero-2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora de Análisis de Caso sobre el tema:

´´PACIENTE CON SANGRADO DIGESTIVO ALTO RELACIONADO CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIOS´´de Giovanna Estefanía Montero Estrella estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero del 2018

LA TUTORA

……

Lic. Mg. Quishpe Jara, Graciela de las Mercedes

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso: ´´**PACIENTE CON SANGRADO DIGESTIVO ALTO RELACIONADO CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIOS**´´, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Enero del 2018

LA AUTORA

……..

Montero Estrella, Giovanna Estefanía

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de caso o parte del documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.
Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Enero del 2018

LA AUTORA

……..

Montero Estrella, Giovanna Estefanía

APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso sobre el tema: ´´**PACIENTE CON SANGRADO DIGESTIVO ALTO RELACIONADO CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIOS**´´, de Giovanna Estefanía Montero Estrella, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Enero del 2018

Para constancia firman

…… …… ……

PRESIDENTE/A 1er VOCAL 2 do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico el presente análisis de caso a toda mi familia pero de manera especial a mi madre y a mis hermanas quienes han sabido ser constantes y permanecer a mi lado en mis alegrías y tristezas, triunfos y caídas, sabiendo darme ánimo ante las adversidades que en el camino se me presentaron sin desfallecer y tras cada caída levantarme con mayor fuerza.

Gracias por todo el apoyo, consejos pero sobre todo por su presencia ya que sin duda alguna sin ellas no estuviera donde hoy me encuentro y no sería lo que hoy soy.

A mi pequeño bebé quién a pesar de ser muy pequeño ha sido mi mayor fortaleza y me ha dado el impulso para seguir adelante y luchar por mis objetivos, siendo mi motor, mi fuerza y mi inspiración; ayudándome a no decaer en los momentos difíciles que se me han presentado.

Estefanía Montero Estrella

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por darme la vida y por permitirme levantarme con salud cada día, permitiéndome ser feliz junto a mis seres queridos y dándome la oportunidad de aprender de mis caídas y fracasos pudiendo mejorar como mujer, hija, hermana, madre, amiga y compañera; permitiéndome crecer cada día en el ámbito personal y profesional.

A mi madre y hermanas que con su ejemplo han sabido guiarme por el camino de crecimiento personal y profesional al igual que por su apoyo y todos los valores que han sabido inculcar en mí para hacerme una persona leal y justa con mis semejantes.

A mi hijo por ser el niño de mis ojos quién con su presencia ha sabido alegrar mis días y hacer de mis triunfos más exitosos al igual que de mis caídas menos dolorosas; a ese pequeño ser que con su mirada me inspira a luchar cada día con mayor fuerza y ahínco; enseñándome que por más fuerte quesea la tormenta siempre existirá un motivo por el cual luchar.

A todas las personas que han sabido estar a mi lado en los momentos duros dándome no solo su apoyo moral sino también espiritual.

Mi agradecimiento especial va dirigido para la Lic. Mg Graciela Quishpe por compartir sus conocimientos, su paciencia, apoyo, solidaridad, constancia y amistad para poder culminar el presente análisis de caso de manera excepcional.
A la Universidad Técnica de Ambato, quién me abrió sus puertas permitiéndome ser parte de esta noble ente educativa y así adquirir los conocimientos que me ayudaran con mi futura vida profesional.

Estefanía Montero Estrella

ÍNDICE

PORTADA……i

APROBACIÓN DEL TUTOR i

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO ii

DERECHOS DE AUTOR iii

APROBACIÓN DE JURADO EXAMINADOR iv

DEDICATORIA v

AGRADECIMIENTO vi

RESUMEN ix

SUMMARY x

I. INTRODUCCIÓN 1

II. OBJETIVOS 3

2.1. Objetivo general 3

2.2. Objetivos específicos 3

III. RECOPILACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE Y NO DISPONIBLE 4

3.1. INFORMACIÓN DISPONIBLE 4

3.2. NOTAS DE EVOLUCIÓN 4

3.3. INFORMACIÓN NO DISPONIBLE 17

ENCUADRE EN UNA TEORIZANTE DE ENFERMERÍA 18

PATRON 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD 18

PATRÓN 2: NUTRICIONAL –METABÓLICO 18

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN 19

PATRÓN 4: ACTIVIDAD –EJERCICIO 19

PATRÓN 5: SUEÑO -DESCANSO 20

PATRÓN 6: COGNITIVO -PERCEPTIVO 21

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN –AUTOCONCEPTO 21

PATRÓN 8: ROL –RELACIONES 22

PATRÓN 9: SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN 22

PATRÓN 11: VALORES –CREENCIAS 23

IV. DESARROLLO 25

4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO 25
4.2. DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO 27
4.3. TEORIZANTE DE ENFERMERÍA SEGÚN MARGORIE GORDON 28
Paciente 28
Salud 28
Entorno 28
Enfermera 28
4.4. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD 29
4.5. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS 31
4.6. OPORTUNIDADES DE MEJORA DIRIGIDOS A UN PACIENTE DE 94 AÑOS DE EDAD CON SANGRADO DIGESTIVO ALTO 33
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 44
BIBLIOGRAFÍA 44
ANEXOS 47

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
´´PACIENTE CON SANGRADO DIGESTIVO ALTO RELACIONADO CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIOS´´

Autora: Montero Estrella, Giovanna Estefanía

Tutor: Lic. Mg. Quishpe Jara, Graciela de las Mercedes

Fecha: Octubre 2017

RESUMEN

El presente Análisis de Caso con el tema Sangrado Digestivo Alto habla sobre el alto índice en que se presenta en personas del sexo masculino y de la tercera edad entendiéndose como la hemorragia que se da después de una lesión ocasionado en el tracto digestivo alto. Cuyo objetivo es analizar las principales complicaciones que existieron en un paciente con Sangrado Digestivo Alto enfocado en los cuidados de enfermería a través de la revisión de la Historia Clínica y de Fuentes Bibliográficas**.** Utilizándose metodologías de tipo descriptiva, bibliográfica, de campo y documental; prevaleciendo la descriptiva ya que se realizó una guía de enfermería con la finalidad de brindar un tratamiento alternativo con la intervención del personal de enfermería para la mejora de la salud y la recuperación eficaz del paciente**.** Teniendo como conclusión la propuesta e identificación de tratamiento más apropiado a ser aplicado en el paciente instrumento que nos ayudara a la recuperación constante de la calidad de vida del paciente cuyos cuidados de enfermería están encaminados a mantener la salud del individuo en todos sus aspectos físico, psicológico, espiritual y social para poder cubrir las necesidades de la persona, a través de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

PALABRAS CLAVES: SANGRADO, HEMORRAGIA, TRACTO DIGESTIVO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSERY CAREER
'' PATIENT WITH HIGH DIGESTIVE BLEEDING RELATED TO THE CARE OF INTRAHOSPITAL NURSING ''

Author: Montero Estrella, Giovanna Estefanía
Tutor: Lic. Mg. Quishpe Jara, Graciela de las Mercedes
Date: October 2017

SUMMARY

The present Case Analysis with the topic Upper Digestive Bleeding talks about the high rate in which it occurs in male and elderly people understood as the bleeding that occurs after an injury caused in the upper digestive tract. Whose objective is to analyze the main complications that existed in a patient with High Digestive Bleeding focused on nursing care through the review of the Clinical History and Bibliographic Sources. Using methodologies of descriptive, bibliographic, field and documentary type; the descriptive one prevailing since a nursing guide was realized with the purpose of offering an alternative treatment with the intervention of the nursing personnel for the improvement of the health and the effective recovery of the patient. Having as conclusion the proposal and identification of the most appropriate treatment to be applied in the patient instrument that will help us to the constant recovery of the quality of life of the patient whose nursing care is directed to maintain the health of the individual in all its physical aspects, psychological, spiritual and social to be able to cover the needs of the person, through the promotion of health and the prevention of diseases.
KEY WORDS: BLEEDING, HEMORRHAGE, DIGESTIVE TRACT.

I. INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas la profesión de Enfermería se ha convertido en una rama de la medicina sumamente importante para la atención del paciente ya que a través del Proceso de Atención de Enfermería y de los cuidados intrahospitalarios en conjunto con su aplicación se ha podido valorar, identificar y satisfacer las principales necesidades del paciente y de su familia al igual que valorar el entorno en el que se desarrolla el paciente , pudiendo resolver problemas de salud que afecten al ser humano en su contexto físico, psicológico, emocional y social.

En momentos en los que la salud del paciente se ve afectado en cualquiera de sus ámbitos no pudiendo seguir con su vida cotidiana, necesitando de ayuda profesional, como de la enfermera que estará a cargo de los cuidados directos del paciente y su familia que colaborará para la recuperación y afrontamiento en su situación actual de salud, brindándole apoyo para que su recuperación y rehabilitación sean eficaces y de calidad.

El presente análisis de caso es sobre un paciente con Sangrado Digestivo Alto siendo este un tema de relevancia a nivel intrahospitalario; entendiéndose por hemorragia digestiva a toda aquella pérdida de sangre secundaria a cualquier lesión originada entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. La hemorragia digestiva alta representa una gran carga clínica, además de económica con una incidencia de 48 a 160 casos por cada 100.000 personas al año en, y una mortalidad del 14%.(Samaniego, 2017).

El Sangrado Digestivo Alto es una patología de suma importancia, determinándose a nivel mundial que su índice de morbi-mortalidad es muy alto por lo que requiere de atención rápida y oportuna.

Dicha patología en la mayoría de los casos suele ser leve, pero existe cierto porcentaje que se caracteriza por su gravedad necesitando de atención urgente e inmediata por el equipo de salud, además de verificarse que se presenta con mayor frecuencia en hombres y en adultos mayores.

A nivel de Latinoamérica su incidencia es de alrededor de cinco casos por cada 1000 personas, su prevalencia va aumentado y se estima en 2.9%, esto es debido al creciente número de estudios endoscópicos y radiológicos y al aumento de los pacientes ancianos y obesos, así como a los factores de riesgo asociados a esta alteración. (Salinas, 2016).

A nivel de Latinoamérica la mayoría de los casos se presentan en hombres y en adultos mayores, siendo multifactorial; por lo que requiere atención oportuna para evitar futuras

complicaciones; por lo que se requiere de hospitalización para recibir cuidados directos y veraces.

A nivel nacional según un estudio realizado en el Servicio de Medicina Interna del "Hospital Vicente Corral Moscoso" de Cuenca- Ecuador durante el periodo comprendido entre enero de 2008 y enero de 2012, donde se incluyeron 243 pacientes, 81 casos y 162 controles. La distribución por edad, residencia, ocupación, instrucción y sexo fue similar entre los grupos. La HDA fue más frecuente en los pacientes sobre los 65 años (61.7%), en el sexo masculino (56.8%), en pacientes con instrucción primaria (46.9%) y sin ocupación (53.1%). El consumo de AINES (95%), el consumo de tabaco (95%).(Serrano, 2012).

En el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en la provincia de Tungurahua esta patología se presenta con mucha frecuencia, haciendo hincapié en el presente caso clínico, en donde tras identificar el Sangrado Digestivo Alto se le brindó los cuidados necesarios y oportunos por parte del personal de enfermería para una pronta recuperación y un futuro sin complicaciones.

II. OBJETIVOS

2.1.Objetivo general

Analizar las principales complicaciones de un paciente con Sangrado Digestivo Alto enfocado con los cuidados de enfermería a través de la revisión de la Historia Clínica y de Fuentes Bibliográficas.

2.2.Objetivos específicos

- Identificar los principales factores de riesgo desencadenantes de la patología
- Determinar los cuidados de enfermería que contribuyeron al mejoramiento del estilo de vida y al beneficio sobre la salud actual del paciente.
- Proponer una guía de enfermería dirigida a los familiares del paciente con Sangrado Digestivo Alto.

III. RECOPILACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE Y NO DISPONIBLE

3.1.INFORMACIÓN DISPONIBLE

La información utilizada en el presente análisis de caso fue obtenida en parte de la historia clínica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) , cabe indica que al examinar la Historia Clínica se observa varias notas de evolución de enfermería realizadas en los turnos de la mañana, tarde y noche durante la estadía del paciente en la sala de Unidad de Cuidados Intensivos y de Medicina Interna Sala Hombres, donde se observan informes de enfermería detallados por lo que la información obtenida fue recogida minuciosamente y conjuntamente con los resultados e interpretación de los exámenes de laboratorio para de esta manera profundizar en el cuadro clínico del paciente haciendo hincapié desde el inicio y la evolución de la patología del paciente.

3.2.NOTAS DE EVOLUCIÓN

EMERGENCIA

08/ 10/2016- 14:14 PM

NOTAS MÉDICAS

Paciente acude al servicio de Emergencia por presentar cuadro de astenia generalizada de 24 horas de evolución que se acompaña de hiporexia y somnolencia, además de presentar tos productiva de 48 horas de evolución, con Signos Vitales: Tensión Arterial 54/40 mmHg, Temperatura 36° C, Frecuencia Cardiaca 89 pulsaciones por minuto, Frecuencia Respiratoria 22 respiraciones por minuto, Saturación del 92%, se describe Antecedentes Patológicos Personales (APP) ICC hace 5 años, Aneurisma Aórtico Abdominal hace 4 años, EPOC hace 5 años e HTA hace 10 años; además de Antecedentes Quirúrgicos de Prostatectomía y Orquiectomía Bilateral debido a Cáncer de Próstata.

Paciente masculino de 94 años de edad en estado crítico se encuentra consciente, orientado, afebril, pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, con mucosas orales semihúmedas, lengua saburral con ingurgitación yugular, ruidos cardíacos hipofonéticos con tendencia a bradicardia, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, extremidades simétricas sin presencia de edema.

Resultado de exámenes complementarios: Neutrófilos: 58%, Hemoglobina: 12 mg/dl, Hematocrito: 37%, Creatinina: 4,4; Urea: 210, Na: 120, K: 5,5, Dímero D: 7,1.

Evidenciándose Hiponatremia, Hiperkalemia, Dímero D elevado. Donde se puede evidenciar anemia leve al encontrarse con hemoglobina 12 mg/dl en la biometría hemática, una insuficiencia renal aguda por sus valores alterados de urea y creatinina, debido aparentemente al mal estado general y deshidratación del paciente, se evidencia glucosa elevada presumiblemente a factor infeccioso ya que paciente no refiere antecedentes de Diabetes Mellitus. Un valor muy importante que se encuentra alterado es el Dimero D hace sospechar en una trombosis venosa profunda que junto a los tiempos de coagulación TP y TTP que se encuentran prolongados.

En Rx de Tórax placa centrada bien penetrada se evidencia cardiomegalia, con dispositivo de marcapasos, leve condensación parakiliar derecha.

Indicaciones médicas

NPO, control de Signos Vitales más monitoreo continuo, Oxígeno a FiO2 28%,Solución Salina al 0,9% 400 cc en bolo, Dopamina 200 mg + Solución Salina 0,9% 245 pasar IV a 7 ml/hora, Paracetamol 1 gr IV STAT, Interconsulta con Medicina Interna, Ingreso a UCI.

NOTAS DE ENFERMERÍA

Paciente ingresa al servicio de Emergencia en estado crítico, con Signos Vitales: Tensión Arterial 54/40 mmHg, Temperatura 36° C, Frecuencia Cardiaca 89 pulsaciones por minuto, Frecuencia Respiratoria 22 respiraciones por minuto, Saturación del 92%,encontrándose con monitoreo continuo por medicación prescrita; facies pálidas, afebril, mucosas orales secas, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, se canaliza vía periférica, extremidades simétricas sin edema, se administra Solución Salina al 0,9% 400 cc en bolo, Dopamina 200 mg + Solución Salina 0,9% 245 pasar IV a 7 ml/hora, Paracetamol 1 gr IV STAT.

NOTA DE EGRESO DE EMERGENCIA

08/10/2016- 18:25 PM

NOTAS MÉDICAS

Paciente egresa del Servicio de Emergencia al Servicio de UCI en mal estado general, somnoliento, tos que moviliza secreciones, vía periférica permeable, con medicación completa, se le realiza Rx de Tórax evidenciándose cardiomegalia, botón aórtico prominente, aumento de la trama vascular, impresiona infiltrado paracardiaco derecho, presencia de marcapasos, no derrames.y exámenes complementarios como son: Neutrófilos: 58%, Hemoglobina: 12 mg/dl, Hematocrito: 37%, Creatinina: 4,4; Urea: 210, Na: 120, K: 5,5, Dímero D: 7,1.Egresa del servicio en compañía de familiares.

NOTAS DE ENFERMERÍA

Paciente egresa del servicio de Emergencia al servicio de UCI en mal estado general, con Signos Vitales: Tensión Arterial 70/40 mmHg, Temperatura 36° C, Frecuencia Cardiaca 74 pulsaciones por minuto, Frecuencia Respiratoria 22 respiraciones por minuto, Saturación del 92%, somnoliento con facies pálidas, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, vía periférica permeable, se envía a paciente con familiar al servicio de UCI con resultado de exámenes complementarios siendo estos : Neutrófilos: 58%, Hemoglobina: 12 mg/dl, Hematocrito: 37%, Creatinina: 4,4; Urea: 210, Na: 120, K: 5,5, Dímero D: 7,1.

NOTA DE INGRESO A UCI

08/10/2016- 19:25 PM

NOTAS MÉDICAS

Paciente de 94 años de edad con APP de Fibrilación Auricular y Miocardiopatía dilatada portador de marcapasos, consciente, orientado, con Escala de Glasgow 14/15, ruidos cardíacos no se evidencia soplos hipofonéticos,bradicardico, con hipotensión refractaria a la administración de líquidos endovenosos TA: 60/30 mmHg , abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, extremidades simétricas sin presencia de edema, vía periférica permeable, ingresa con Rx de tórax evidenciándose cardiomegalia, botón aórtico prominente, aumento de la trama vascular, impresiona infiltrado paracardiaco derecho, presencia de marcapasos, no derrames y exámenes complementarios de Emergencia como son: Biometría Hemática, Glucosa, Electrolitos Na-K-Ca-Suero-Química, Nitrógeno Ureico, Creatinina, Tiempos de Coagulación y Dímero D (ANEXO 1).

Indicaciones Médicas

Control de signos vitales y Escala de Glasgow cada 4 horas, Control de Ingesta y Eliminación estricta, Oxígeno a FiO2 28%, Dieta blanda hiposódica, Solución Salina 0,9% 1000 cc + 10 cc K IV 80 ml/ hora, Dopamina 200 mg + Solución Salina 0,9% 100 ml pasar 6 ml/ hora, Clopidogrel 300 mg VO STAT y QD, ASA 300 mg VO STAT, Enoxaparina 80 mg SC STAT y BID, Paracetamol 1 gr VO c/ 8h, Enzimas Cardíacas QD, Interconsulta Nefrología, Ingreso a Medicina Interna.

NOTAS DE ENFERMERÍA

Paciente ingresa al servicio de UCI hemodinámicamente inestable, valorando Escala de Glasgow de 14/15 para identificar en caso de que el paciente necesite algún tipo de intervención o se presente hemorragia, con Signos Vitales: Tensión Arterial 60/30

mmHg, Temperatura 36,2° C, Bradicardico, con apoyo de oxígeno a FiO2 28%, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación.

ANÁLISIS

Paciente tras ser ingresado por el servicio de Emergencia al servicio de UCI en un estado crítico recibe cuidados de enfermería como monitorización de Signos Vitales, control de la Escala de Glasgow y control de Ingesta y Eliminación, cuidados que ayudan a la estabilización del estado de salud del paciente, teniendo especial cuidado con la saturación ya que su valoración tiende a cambiar de manera consecutiva por lo que se encuentra con apoyo de oxigeno además de un familiar permanente por el delicado estado de salud del paciente. Se colaboró con la recuperación del paciente administrándole la medicación a la hora exacta para que de esta manera el tratamiento sea efectivo; además de tomar los signos vitales constantemente para evitar complicaciones hipotensión arterial que se da ante la perdida de sangre.

ANÀLISIS BIBLIOGRÀFICO

Según bibliografía el paciente con Sangrado Digestivo Alto debe recibir como primeros cuidados la monitorización de Signos Vitales debido a que su control y valoración en especial de la Tensión Arterial y la Frecuencia Cardiaca es de suma importancia para determinar la gravedad de la hemorragia al igual que para verificar la volemia pérdida y cuanto se debe reponer exactamente, ayudando así a estabilizar al paciente evitando la pérdida de la consciencia. El control de la diuresis es fundamental para controlar la perfusión tisular. Se deben registrar aparición de nuevas hematemesis o melenas, así como su cantidad y frecuencia. Las melenas se presentan cuando la pérdida de sangre es mayor de 60 ml y ha permanecido más de 8 horas. Cruz, I. (2015)

NOTA DE EGRESO DE UCI

09/10/2016- 03:00 AM

NOTAS MÉDICAS

Paciente egresa del servicio de UCI ingresando al Servicio de Medicina Interna en mal estado general, con apoyo de oxígeno por cánula nasal a FiO2 28%, medicación completa, vía periférica permeable.

NOTAS DE ENFERMERÍA

Paciente egresa del Servicio de UCI en regulares condiciones ingresando al Servicio de Medicina Interna, con signos vitales: Tensión Arterial 60/40 mmHg, Temperatura 36° C, Frecuencia Cardiaca 85 pulsaciones por minuto, Frecuencia Respiratoria 22

respiraciones por minuto facies pálidas, con apoyo de oxígeno FiO2 28%, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, vía periférica permeable.

NOTA DE INGRESO A MEDICINA INTERNA

09/10/2016- 03:08 AM

NOTAS MÉDICAS

Paciente masculino de 94 años de edad ingresa al Servicio de Medicina Interna con diagnóstico: IAM + FA + ICC + HTA + IRC + Sangrado Digestivo Alto + Hematuria; despierto, somnoliento, turgencia de piel conservada, cabeza normocefálica, cabello de implantación normal, pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, mucosas orales secas, orofaringe no congestiva, cuello con movilidad conservada no se palpan adenopatías, tórax simétrico con expansibilidad conservada, corazón hipofonético no soplos, pulmones con movilidad conservada, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, colocación de sonda vesical donde se observa hematuria, extremidades simétricas sin edema, familiar refiere que paciente presenta melenas.

Signos vitales: Frecuencia cardiaca: 67 por minuto, Tensión Arterial: 88/40 mmHg, Frecuencia respiratoria: 22 por minuto, spO2 94%, Temperatura: 36,1 °C, con exámenes complementarios como son: Biometría Hemática, Glucosa, BUN, Tiempos de Coagulación, Ácido úrico, Bilirrubina Total. (ANEXO 2).

Indicaciones Médicas

Control de signos vitales y Escala de Glasgow cada 4 horas, Control de Ingesta y Eliminación estricto, Oxígeno por cánula nasal FiO2 28% para llegar a saturación mayor 85%, Dieta blanda hiposódica, Solución Salina 0,9% 1000 cc + 10 cc K IV 80 ml/ hora, Dopamina 200 mg + Solución Salina 0,9% 100 ml pasar 6 ml/ hora, Clopidogrel 300 mg VO STAT y QD, ASA 300 mg VO STAT, Enoxaparina 80 mg SC STAT y BID, Paracetamol 1 gr VO c/ 8h, Enzimas Cardíacas QD. Pasar paquetes de Plasma Fresco Congelado (3 paquetes), pasar 5 paquetes de plaquetas STAT.

NOTAS DE ENFERMERÍA

Paciente ingresa al servicio de Medicina Interna somnoliento, con Signos Vitales: Frecuencia cardiaca: 67 por minuto, Tensión Arterial: 88/40 mmHg, Frecuencia respiratoria: 22 por minuto, spO2 94%, Temperatura: 36,1 °C, facies álgicas y pálidas, mucosas orales secas, con apoyo de oxígeno FiO2 32%, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, con presencia de sonda vesical eliminando diuresis de características hematúricas, se evidencia melenas por varias ocasiones en el día, vía periférica .

ANÁLISIS

Paciente tras su ingreso al servicio de Medicina Interna se encuentra en regulares condiciones por lo se encuentra con monitorización continua de Signos Vitales y control de la Escala de Glasgow, después de recibir las indicaciones médicas a paciente se le transfunde 3 paquetes de Plasma Fresco Congelado y 5 paquetes de Plaquetas de manera inmediata para reponer la volemia pérdida; además de estar en control constante de saturación por riesgo de que paciente necesite mayor cantidad de FiO2. Se colaboró con la salud del paciente brindando cuidado perineal, además de cuidado en sonda vesical. Paciente continua con presencia de melenas y hematuria. Paciente se encuentra con sangrado presentado en melenas y en hematuria; las melenas son de color negro, fétidas, pastosas y la hematuria es macroscópica .

ANÀLISIS BIBLIOGRÀFICO

Según bibliografía paciente debe recibir cuidados básicos como Control de Ingesta y Eliminación tomando en cuenta que la eliminación de diuresis por sonda vesical debiendo eliminar 0,5 ml/ kg , y de cuidados específicos tales como: transfusión de paquetes de Plasma Fresco Congelado y de paquetes de Plaquetas con el objetivo de reponer la volemia y controlar la hemorragia pasándolo por vía periférica ya que según bibliografía la vía periférica es de elección para la transfusión de hemoderivados y expansores del plasma por lo que la vía venosa central no ofrece ventajas e induce a retrasar la perfusión de volumen. López, A. (2017)

10/10/2016

NOTAS MÉDICAS

Paciente en su segundo día de hospitalización consciente orientado en tiempo y espacio, dependiente de dopamina con Tensión Arterial de 80/60mmHg, Frecuencia Cardiaca 76 por minuto, Frecuencia Respiratoria 20 por minuto, Saturación 89% con FiO2 44%, al momento refiere encontrarse asintomático. Paciente presenta sonda vesical con diuresis hematúricas por lo que tras Interconsulta se realiza lavado de sonda vesical obteniéndose cambiar a una sonda de tres vías colocando irrigación lenta continua, además de presentar melenas con mal olor por varias ocasiones durante el día por lo que se inicia Bomba de Omeprazol.

Indicaciones Médicas

Monitoreo continuo de Signos Vitales, Control de Ingesta y Eliminación- diuresis horaria- balance hídrico estricto, Colocar en posición Semifowler, Oxígeno si la Saturación es menor al 90%, Solución Salina 0,9% 1000 cc pasar IV a 80 cc/ hora, Dopamina 200 mg + Solución Salina 0,9% 100 ml pasar IV a 10 ml/ hora, Omeprazol

20 mg QD, Paracetamol 20 mg QD, Simvastatina 40 mg QD. Educación a familiares del paciente.

Indicaciones Cardiología

NPO, Monitoreo continuo de Signos Vitales, Control de Ingesta y Eliminación - diuresis horaria - balance hídrico estricto , Semifowler,Control de sangrado y melenas , Oxígeno si Saturación es menor a 90% , Solución Salina 0.9% 1000cc pasar IV a 80cc/hora , Omeprazol 200mg + Solución Salina 0,9% 200cc pasar IV a 8ml/h , Dopamina 200mg + Solución Salina 0.9% 100ml pasar IV a18ml/h (dosis respuesta), Ceftriaxona 1gr IV c12h (d1/d7) , Paracetamol 500mg c/8horas , Digoxina 0,50mg VO STAT , Interconsulta a Urología , Interconsulta Gastroenterología , Interconsulta a UCI (urgente). Plan educativo a familiares.

Indicaciones de UCI

Continuar indicaciones de Cardiología, Fitomenadiona 1 ampolla IV cada 8 horas , Acetilcisteina 300 mg IV cada 8 horas, Bomba de inotrópico al momento en 14 ml/hora.

NOTAS DE ENFERMERÍA

Paciente en regulares condiciones generales, con Signos Vitales: con Tensión Arterial de 80/60 mmHg, Frecuencia Cardiaca 76 por minuto, Frecuencia Respiratoria 20 por minuto, Saturación 89% con FiO2 44%,;facies pálidas, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, se realiza lavado de sonda vesical, al momento sonda vesical permeable con tinte hemático con irrigación lenta continua, se evidencia melenas de mal olor y en escasa cantidad de color marrón oscuro por varias ocasiones en el día. Paciente recibe Interconsulta con Cardiología y UCI por antecedentes de ICC.

ANÁLISIS

Paciente se encuentra en NPO por encontrarse con apoyo de oxígeno a FiO2 44%, es dependiente de dopamina ya que al intentar suspender medicación la tensión arterial tiende a bajar por lo que decide mantenerse, se encuentra con Monitorización de Signos Vitales, Control de Ingesta y Eliminación**,** diuresis horaria, posición Semifowler y cuidado de sonda vesical ya que el paciente se encuentra con diuresis de características hematúricas requiriendo de gran cuidado; cuidados que han ayudado a la recuperación oportuna del paciente teniendo en cuenta la colaboración de los familiares en todo momento; en especial en la administración de medicación. Paciente continua con melenas y hematuria

ANÀLISIS BIBLIOGRÀFICO

Según bibliografía al paciente se le debe realizar medición de diuresis ya que es

importante para poder estabilizar al paciente hemodinámicamente y ante la presencia de melenas se debe administrar omeprazol, medicación apropiada para inhibir la secreción ácida el que origina úlcera péptica disminuyendo así la hemorragia digestiva. Solana, MJ. (2014)

11/10/2016

NOTAS MÉDICAS

Paciente en su tercer día de hospitalización permanece en regulares condiciones generales consciente, somnoliento, Tensión arterial 94 / 65mmHg,Saturación de oxígeno 83% a FiO2 44%, Frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria de 18 respiraciones por minuto, Temperatura: 36,4 °C; se realiza irrigación continua en sonda vesical a las 14:00 PM de parte de Urología, con presencia de melenas de mal olor en escasa cantidad realizadas por varias ocasiones durante el día.

Indicaciones Médicas

NPO , Monitoreo continuo de constantes vitales , Control de Ingesta y Eliminación-diuresis horaria - balance hídrico estricto , Semifowler , Control de sangrado y melenas , Oxígeno si la saturación es menor a 90% , Solución Salina 0.9% 1000cc pasar IV a 80cc/hora, Omeprazol 200mg + Solución Salina 0,9% 200cc pasar IV a 8mlh , Dopamina 200mg + Solución Salina 0.9% 100ml pasar IV a18ml/h (dosis respuesta) , Ceftriaxona 1gr IV c12h (d3/d7) , Digoxina 0,50mg VO QD.

Indicaciones Gastroenterología

Omeprazol 200 mg + 200 ml Solución Salina pasar a 8 ml /h, Manejo por Terapia Intensiva.

Indicaciones UCI

Continuar indicaciones de Cardiología, Fitomenadiona 1 ampolla IV cada 8 horas, Vigilar creatinina QD, Acetilcisteina 300 mg IV cada 8 horas, Bomba de inotrópico al momento en 14 ml/hora (dosis respuesta), Irrigación continua indicación dada por Urología. Plan educativo a familiares.

NOTAS DE ENFERMERÍA

Paciente en regulares condiciones generales, con Signos Vitales: Tensión arterial 94 / 65 mmHg, Saturación de oxígeno 83% a FiO2 44%, Frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria de 18 respiraciones por minuto, Temperatura: 36,4 °C ; facies pálidas, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, sonda vesical con irrigación continua , diuresis de características hematúricas, con presencia de melenas por varias ocasiones al día, vía periférica permeable, se administra lo

indicado; se cita interconsulta con gastroenterología tras presentar episodios de melenas y hematuria por múltiples ocasiones.

ANÁLISIS

Paciente se encuentra en mejor estado al no encontrarse en NPO ya recibiendo medicación por vía oral, recibiendo omeprazol medicación que le ayudara ante la presencia de melenas además de presentar sonda vesical por lo que debe tenerse un cuidado continuo al igual que ante la presencia de apoyo de oxígeno por el riesgo de presentar desaturación.

ANÀLISIS BIBLIOGRÁFICO

Según bibliografía el sondaje vesical es importante realizar ya que tiene como finalidad de esta técnica puede tener carácter terapéutico o diagnóstico, realizarse de manera temporal, intermitente e incluso permanente y llegar al 10-15% de los pacientes hospitalizados que la requieren, siendo un procedimiento con un alto riesgo de provocar una infección urinaria como toda técnica invasiva. Castro, E. (2016)

12/10/2016

NOTAS MÉDICAS

Paciente en su cuarto día de hospitalización consciente, somnoliento, con Signos Vitales: Tensión arterial 113/ 60 mmHg, Saturación de oxígeno 92% a FiO2 24%, Frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria de 98 respiraciones por minuto, Temperatura: 36,5 °C; facies álgidas, abdomen suave depresible doloroso a la palpación en leve intensidad, extremidades sin edema, con presencia de melenas de mal olor en escasa cantidad, se evidencia sonda vesical eliminando diuresis de características hematúricas.

MISMAS INDICACIONES MÉDICAS

NOTAS DE ENFERMERÍA

Paciente permanece en mismas condiciones generales, con Signos Vitales: Tensión arterial 113/ 60 mmHg, Saturación de oxígeno 92% a FiO2 24%, Frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria de 98 respiraciones por minuto, Temperatura: 36,5 °C, abdomen suave depresible doloroso a la palpación en leve intensidad el mismo que cede con medicación acompañado de melenas en escasa cantidad, sonda vesical eliminando diuresis de características hematúricas, vía periférica permeable, signos vitales dentro de los parámetros normales.

ANÁLISIS

Paciente se encuentra en regulares condiciones requiriendo del apoyo y ayuda tanto del personal de enfermería como de familiares para realizar toda actividad ante la presencia de oxígeno por cánula nasal y sonda vesical ayudándolo en el aseo perineal tras cada melena evitando irritación y mal olor de la zona genital.

ANÀLISIS BIBIOGRÀFICO

Según bibliografía el aseo perineal es importante para mantener la higiene del perineo y los genitales, como parte del aseo diario y siempre que se precise y dejar los genitales libres de gérmenes mediante lavado por arrastre de zona genital.y en caso de la presencia de melenas se lo realiza por cuidado de la piel para evitar irritación. López, P. (2012)

13/10/2016

NOTAS MÉDICAS

Paciente en su quinto día de hospitalización permanece despierto, somnoliento, con Signos Vitales: con FC: 100 por minuto, TA: 90/60 mmHg, FR: 86 por minuto, Saturación de 92 con FiO2 24%, Temperatura 36, 5 °C, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, no se evidencias melenas, con sonda vesical eliminando diuresis de características colúricas.

Indicaciones médicas

NPO , Monitoreo continuo de constantes vitales , Control de Ingesta y Eliminación - diuresis horaria - balance hídrico estricto , Semifowler , Control de sangrado y melenas , Oxígeno si spO2 es menor a 90% , Solución Salina 0.9% 1000cc pasar IV a 80cc/hora, Omeprazol 200mg + Solución Salina 0,9% 200cc pasar IV a 8mlh , Dopamina 200mg + Solución Salina 0.9% 100ml pasar IV a18ml/h (Se intentara destete de dopamina) , Ceftriaxona 1gr IV c12h (d3/d7) , Digoxina 0,50mg VO QD.

Indicaciones Gastroenterología

Omeprazol 200 mg + 200 ml Solución Salina pasar a 8 ml /h.

Indicaciones UCI

Continuar indicaciones de cardiología, Acetilcisteina 300 mg IV cada 8horas. Plan educativo a familiares.

NOTAS DE ENFERMERÍA

Paciente en regulares condiciones generales, somnoliento, con Signos Vitales: Frecuencia Cardiaca: 100 por minuto, Tensión Arterial: 90/60 mmHg, Frecuencia Respiratoria: 86 por minuto, Saturación de 92 con FiO2 24%, Temperatura 36, 5 °C; facies pálidas, con apoyo de oxígeno a FiO2 24% saturando 90%, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, paciente logra superar melenas y hematuria, con sonda vesical eliminando diuresis de características colúricas, vía periférica permeable, signos vitales dentro de los parámetros normales.

ANÁLISIS

Paciente en mejores condiciones, con signos vitales estables, ya no presenta melenas con diuresis colúricas por sonda vesical siendo signos alentadores para verificar la disminución de sangrado digestivo, comprobándose que las actividades realizadas por el personal de enfermería y la medicación administrada han sido asimiladas de la mejor manera por parte del paciente; las mismas que han ayudado con su recuperación y estabilización de su salud.

ANÀLISIS BIBLIOGRÀFICO

Según bibliografía la no presencia de melenas es un signo alentador por existir disminución de la pérdida de sangre en la parte superior del tubo digestivo. Fuente, G. (2016)

14/10/2016

NOTAS MÉDICAS

Paciente en su sexto día de hospitalización consciente orientado en tiempo y espacio con signos vitales: Frecuencia Cardiaca 80pulsaciones por minuto, Tensión Arterial: 90/60 mmHg, Frecuencia Respiratoria: 20 por minuto, Temperatura 36 °C, spO2:98%; con abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, extremidades simétricas sin presencia de edemas, se realiza exámenes complementarios como son: Tiempos de Coagulacion. (ANEXO 3).

Indicaciones médicas

Dieta blanda , Monitoreo continuo de constantes vitales, Control de Ingesta y Eliminación - diuresis horaria - balance hídrico estricto , Semifowler , Control de sangrado , O2 si saturación es menor a 90% , Dextrosa 5% en Solución Salina 0.9% 1000cc pasar IV a 60cc/h , Dopamina 200mg + ss0.9% 100ml pasar IV a 15ml/h (se intentara destete de dopamina), Omeprazol40mg VO QD, Ceftriaxona 1gr IV c12h (d4/d7), Digoxina 0,25mg VO QD de lunes a viernes , Interconsulta con Gastroenterología.

Indicaciones UCI

N- acetilcisteina 300 mg IV cada 8 horas. Plan educativo a familiares.

Indicaciones de Gastroenterología

Omeprazol 40 mg IV c/12 h.

NOTAS DE ENFERMERÍA

Paciente permanece tranquilo, con Signos Vitales: Frecuencia Cardiaca 80 pulsaciones por minuto, Tensión Arterial: 90/60 mmHg, Frecuencia Respiratoria: 20 por minuto, Temperatura 36 °C, spO2:98%; no se logra destete de dopamina ya que Tensión arterial y Frecuencia cardiaca bajan por lo que se pide Interconsulta con Cardiología, con FiO2 24% saturando 98%, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, con sonda vesical donde se visualiza diuresis de características colúricas, vía periférica permeable.

ANÁLISIS

Paciente tranquilo en mejores condiciones de salud requiere de como cambio de posición cada 4 horas para evitar úlceras por presión, por encontrarse en mejor estado se le indica Dieta Blanda la cuál ha sido asimilada adecuadamente por parte del paciente según familiar logrando superar astenia e hiporexia.

ANÀLISIS BIBLIOGRÀFICO

Según bibliografía el cambio de posición ayuda a mantener la sangre circulando. Esto le ayuda a la piel a mantenerse saludable y prevenir escaras de decúbito. El momento de cambiar de posición a un paciente es una buena oportunidad para revisarle la piel en busca de enrojecimiento y llagas. Qaseem, A. (2013)

15/10/2016

NOTAS MÉDICAS

Paciente masculino de 94 años de edad en su séptimo día de hospitalización permanece consciente orientado en tiempo y espacio, afebril, descansa tranquilo, con disnea a grandes esfuerzos, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, extremidades simétricas sin presencia de edema, se retira sonda vesical.

Paciente egresa del Servicio de Medicina Interna consciente, orientado en tiempo y espacio, con Signos Vitales: FC: 80 por minuto, TA: 100/60 mmHg, FR: 22 por minuto, Temperatura 36,1 °C, spO2:96%, con regular deambulación, se le entrega el plan de alta dándole las indicaciones a familiar de paciente sobre cómo debe tomar la medicación y la hora adecuada e indicando que acuda en caso de emergencia a esta casa de salud por cualquier signo de alarma.

Indicaciones médicas de Alta

Dieta blanda, Omeprazol 40 mg cada 12 horas, Ceftriaxona 1gr IV c12h (d5/d7), Baño diario, Control de Tensión Arterial cada día. Educación a paciente y a familiares.

NOTAS DE ENFERMERÍA

Paciente es dado de alta del servicio de Medicina Interna, encontrándose en mejor estado general, con Signos Vitales FC: 80 por minuto, TA: 100/60 mmHg, FR: 22 por minuto, Temperatura 36,1 ℃, spO2:96%; mucosas orales húmedas, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, se retira sonda vesical observándose diuresis de características normales, extremidades simétricas, regular deambulación.

ANÁLISIS

Paciente tras superar episodio de hematuria pues ya no se evidencia presencia de sangre ni de manera macro y microscópica y de no presentar melenas negras, brillantes, pegajosas, fétidas y de consistencia pastosa tras recibir el tratamiento y cuidados del personal de enfermería adecuados , actividades que han ayudado en su recuperación y a estabilizar su estado de salud es dado de alta, familiar refiere que se le dio las indicaciones correspondientes antes del egreso del paciente del Servicio de Medicina Interna antes del cual se le retiro sonda vesical ya que las características de la diuresis eran normales.

3.3.INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

Ya no pudiéndose obtener toda la información requerida de la Historia Clínica se procedió a la elaboración y aplicación de un cuestionario de preguntas basado en los 11 patrones funcionales de Margorie Gordon.

La valoración por Patrones Funcionales tiene como objetivo determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de alguno de ellos para posteriormente determinar un diagnóstico de enfermería que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad para mejorar la calidad de vida del paciente.

Paciente masculino de 94 años de edad, viudo, vive cada semana con uno de sus hijos con los que tiene buenas relaciones familiares y sociales. Reside en la parroquia de Santa Rosa del cantón Ambato en la provincia de Tungurahua; familiares indican que la parroquia dispone de agua potable y alcantarillado adecuados para conservar una adecuada higiene además de disponer del vehículo recolector de basura los días lunes, miércoles y viernes por lo que la basura es eliminada de manera correcta.

ENCUADRE EN UNA TEORIZANTE DE ENFERMERÍA

PATRON 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD

El paciente refiere que su situación de salud es crítica además que sus patologías difícilmente logra entenderlas; razón por la cual le pone mucho interés y cuidado en cada una de las indicaciones dadas por los profesionales de salud, siendo sometido a varios tratamientos farmacológicos además de no ser alérgico a ningún tipo de sustancia.

Debido a la complejidad de su patología ha pasado por difíciles momentos con su estado de salud, por lo que sus pilares fundamentales para salir adelante son sus hijos quienes se turnan para cuidarlo y ayudarlo en sus actividades diarias además de brindarle amor y comprensión.

Se ha evidenciado una carencia importante de higiene, el paciente se baña una vez por semana con dificultad recibiendo la ayuda de sus hijos y del equipo de salud; no existe un aseo correcto de las manos antes y después de cada alimentación y después de ir al baño para lo cual el paciente y familiares recibieron la educación oportuna.

Según el TEST LEVANTATE Y ANDA (GET UP AND GO), luego de haber aplicándose evidencia un resultado de cuatro; es decir deseveramente anormal, ya que por su estado de salud le es imposible movilizarse solo requiriendo de mucha ayuda de sus familiares. (ANEXO 4).

La satisfacción de los pacientes se considera como un importante componente de la calidad de la atención sanitaria. El énfasis que se está dando a esta y a la medida de sus resultados ha llevado a incrementar la importancia de conocer el significado de las percepciones que tienen los pacientes sobre la atención que reciben. (Jiménez, 2012).

Cada individuo tiene su propia perspectiva sobre la salud, basándose en su pensamiento crítico al igual que en las creencias, valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud. Al encontrarse algún problema en la salud del individuo se requiere de ayuda inmediata para evitar complicaciones futuras en el estado de salud.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL –METABÓLICO

El estado nutricional –metabólico no es el adecuado; ya que a pesar que se alimenta tres veces al día por su estado crítico de salud, no lleva un peso óptimo para su edad y su talla. Últimamente su apetito ha disminuido por lo que su peso bajo notablemente.

Según el TEST CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL, se puede observar un resultado siete respuestas positivas, mediante el Test se puede interpretar que existe un riesgo nutricional alto, debido a sus múltiples problemas de salud. (ANEXO 5).

Se debe realizar el cribado nutricional para la prevención o el tratamiento de la desnutrición relacionada con la enfermedad e incluir el control del peso corporal, la determinación de los parámetros antropométricos, de las proteínas de síntesis visceral, determinación de vitaminas y minerales y una densitometría. (Vásquez, 2012).

Es muy importante determinar las necesidades que demanda el organismo, al igual que determinar el grado de desnutrición que existe y cuáles son las medidas más apropiadas para sobrellevarla.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

El paciente no tiene un patrón de eliminación adecuado; realizando melenas por varias ocasiones durante el día cuyas características son: de color marrón oscuro, de un aspecto blando y de mal olor. Le es imposible movilizarse solo al baño por lo que requiere de ayuda tanto del personal de salud como de sus familiares. Existe la presencia de sonda vesical donde se visualiza diuresis de características hematúricas.

Según el TEST DE INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA, luego de haber sido aplicado se evidencia la presencia de dos respuestas afirmativas, dándonos como resultado una incontinencia urinaria de urgencia leve. (ANEXO 6).

La eliminación urinaria es el parámetro que mide la cantidad de orina en un tiempo determinado. Normalmente se mide la orina en un periodo de 24 horas. Sin embargo, en situaciones de cuidados especiales se debe controlar la orina de forma horaria. Para ello se necesita que el paciente este sondado y evacuando la orina a un contenedor que lleva una escala en ml y una llave que se mantiene cerrada durante la hora. (Landry, 2017).

Es importante estar pendiente de las eliminaciones fisiológicas ya que estas demuestran si el funcionamiento del organismo es el adecuado o no.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD –EJERCICIO

El estado de salud actual del paciente le impide realizar las actividades de rutina diaria necesitando de ayuda. Antes de enfermarse era una persona muy activa, era agricultor profesión que le ha ayudado a subsistir y salir adelante; pero en la actualidad no realiza ningún tipo de actividad que implique fuerza ya que tiende a fatigarse al mínimo esfuerzo.

Su situación económica actual es estable recibiendo la ayuda de sus hijos quienes le dan un mensual para ayudarse; las actividades que realiza a diario es mirar televisión por un tiempo y escuchar radio. Durante los últimos dos años familiares de paciente refiere la existencia de dificultad respiratoria persistente.

Según el TEST DE BARBER, luego de haber sido aplicado se obtiene un resultado de seis respuestas afirmativas y cuatro respuestas negativas; lo cual nos indica que el paciente es una persona frágil que necesita de alguien de manera frecuente para que le ayude a realizar sus actividades diarias. (ANEXO 7)

Según el TEST DE BARTHEL, luego de haberse aplicado se obtiene un resultado de 11 puntos, lo cual nos indica un déficit severo para poder realizar las actividades diarias por sí solo. (ANEXO 8)

Realizar actividad física de intensidad moderada durante un mínimo de 30 min 5 días por semana o de intensidad alta durante un mínimo de 20 min 3 días por semana mejora la capacidad funcional y se asocia a reducciones en la incidencia de enfermedad cardiovascular y mortalidad. (Cordero, 2014).

El realizar actividades físicas sea de mínima o de alta intensidad ayuda al organismo a mantenerse saludable previniendo enfermedades tanto cardiacas como cerebrovasculares, reduciendo así el índice de mortalidad.

PATRÓN 5: SUEÑO -DESCANSO

Paciente refiere dificultad para conciliar el sueño por sus patologías además de la presencia de oxigeno por cánula nasal que hace que el sueño sea superficial despertándose por acciones como ruidos o por pesadillas; durmiendo aproximadamente de seis a ocho horas diarias, por lo que durante el día tiende a sentirse cansado, somnoliento y fatigado. Por ser portador de un dispositivo de marcapasos no puede consumir algún medicamento para poder conciliar bien el sueño.

Según la ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH, luego de haber sido aplicado se obtiene una puntuación de 3 puntos; dando como resultado una alteración a nivel del sueño (escasa posibilidad de dormirse). (ANEXO 9)

La investigación sobre la biología del sueño y sobre los efectos clínicos de sus trastornos cada vez deja más en claro que el sueño es un proceso de vital importancia para la salud integral del ser humano. (Carrillo, 2013).

El sueño es una necesidad del ser humano que no solamente ayuda con la integridad física sino en la mental, el mismo que disminuye el cansancio además de hacer de la rutina diaria más placentera y confortable. Además de la prevención de enfermedades causadas por el estrés y la falta de descanso.

PATRÓN 6: COGNITIVO -PERCEPTIVO

En el aspecto cognitivo –perceptivo presenta varias alteraciones presentando problemas auditivos no pudiendo comunicarse de una manera correcta con los demás, pero a pesar de esto el paciente mediante señas y gestos logra hacerlo; además por su edad le es difícil recordar eventos pasados por lo que en ciertos momentos siente angustia; pero a pesar de todo ello el paciente se muestra optimista y con la ayuda de sus familiares sale adelante.

Según la ESCALA DE PFEIFFER, luego de haber sido aplicada se obtiene seis puntos de resultado; lo cual es un indicador de un deterioro cognitivo moderado, para ello se recomienda un cuidado especial por parte de su familiar de manera permanente. (ANEXO 10).

La sociedad actual se caracteriza por la generación, desarrollo y difusión del conocimiento. Los cambios humanos son de tal calidad y calibre que han provocado una verdadera revolución científica y social solo comparable, para algunos, incluso, superior a las previas revoluciones industriales. (Vásquez, 2013).
El nivel de conocimientos adquiridos por el ser humano de su entorno es de suma importancia ya que esto ayudara en las actividades diarias además de ser beneficioso para la salud, resolviendo inquietudes y desarrollando el nivel cerebral.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN –AUTOCONCEPTO

El autoconcepto y autopercepción del paciente es relevantemente bajo, ya que se autocalifica como alguien de mínima importante en la vida y en vez de ayudar a sus hijos es una carga. Por sus graves problemas de salud se han producido notables cambios tanto en el aspecto físico como psicológico por lo que el paciente tiende a deprimirse con facilidad y a cambiar de humor muy rápidamente.

Según la ESCALA DE DEPRESION –TEST DE YESAVAGE, luego de haber sido aplicada y comparadas las respuestas con el test se obtiene un estado de depresión grave. (ANEXO 11)

La autopercepción de la salud sobre la mortalidad es concordante, incluyen diversos grupos de edad desatendiendo la posibilidad de que la relación estudiada tenga un comportamiento particular entre ellos, en particular en la población adulta de edad avanzada. (Moreno, 2014).

Es importante que cada individuo se ame y se respete queriéndose por lo que es mas no por lo que ansía ser, para lo cual aceptar que cada uno tiene virtudes y defectos, los cuales hacen que cada persona sea única e incomparable. Haciendo hincapié en que cada aspecto del ser humano lo hace importante tato como persona, en la familia y en la sociedad.

PATRÓN 8: ROL –RELACIONES

El apoyo que el paciente posee es el de sus hijos ya que además de brindarle apoyo también lo sustentan económicamente dándole un mensual para sus gastos personales, aunque en ocasiones sus hijos se sienten cansados y por su estado de salud existen problemas; familiares de paciente refiere que a pesar de su estado de salud le gusta conversar y contar sus anécdotas pero que siente rechazo por parte de las demás personas ya que no les gusta ponerle atención.

Según el TEST ZARIT, luego de haber sido aplicado se obtiene el puntaje total de 53, dando como resultado una sobrecarga leve para el familiar que está a cargo del paciente, es decir sus hijos. (ANEXO 12).

Los aspirantes con una alta inteligencia emocional son mejor valorados que las personas que a la primera de cambio se dejan vencer por las malas críticas o no toleran el estrés. Si supiéramos entrenar esa inteligencia emocional (que se puede), mejoraríamos tanto personal como profesionalmente. (Morales, 2016).

La relación entre unos y otros es vital, porque el poder comunicarse con los demás compartiendo ideas y pensamientos evita la presencia de enfermedades mentales tales como la depresión y angustia.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN

El patrón de la sexualidad – reproducción no se desarrolla en la actualidad por lo que el paciente no tiene una pareja actual ya que su esposa murió y desde entonces no se ha vuelto a casar teniendo una vida sexual pasiva, paciente refiere que su primera relación sexual fue a los 17 años y que en toda su vida ha tenido 3 parejas sexuales estables incluyendo a su esposa además de no haber contraído ninguna enfermedad de transmisión sexual.

Según el TEST DEL FUNCIONAMIENTO SEXUAL PARA VARONES, luego de haber sido aplicado se obtiene un puntaje total de 11, es un valor muy bajo de acuerdo a los parámetros normales; pero es razonable debido a que su estado de salud actual no le permite tener relaciones sexuales. (ANEXO 13).

Miraremos la sexualidad en su contenido esencial. Es la generadora de dos diversos modos de ser en la naturaleza humana. Ser hombre**,** ser mujer. Inscrita en lo más profundo de la persona, y que conduce al hombre y a la mujer al perfeccionamiento mutuo, a la unión más intensa, porque de esa diferente personalidad es de donde nace el amor que lleva a la comunión de personas. (Hurtado, 2012).
El poder desenvolverse a nivel sexual es importante ya que esto no solo se basa en el tener relaciones sexuales sino también el poder realizarse como persona y hacer del diario vivir más placentero.

PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente posee un estado de salud deteriorado ya que por su estado de salud y diversos problemas familiares se estresa con mucha facilidad además de presentar ansiedad y angustia por no poder ayudar a sus hijos económicamente y en momentos se siente como una carga en vez de una ayuda.

Según el MINI –TEST DEL ESTRÉS, luego de sido aplicado se evidencia un puntaje total de 18, dando como conclusión de que empieza a tener un problema y conviene que empiece a plantearse que debe cambiar algo en su estilo de vida, porque el estrés comienza a ganarle la batalla. (ANEXO 14).

Ya lo advirtió hace décadas Hans Selye, uno de los autores que más ha contribuido al conocimiento del estrés, al recordarnos que el estrés significa cosas distintas para diferentes personas. El estrés puede ser visto como esfuerzo, fatiga, dolor, miedo, necesidad de concentración, humillación, pérdida de sangre o incluso un suceso inesperado. (Prada, 2014).

El estrés al igual que la tolerancia hacia el mismo es importante ya que muchas veces el ser humano se centra en su vida laboral y emocional llenándose de tensión ayudando a que la salud sea afectada y sufra daños colaterales.

PATRÓN 11: VALORES –CREENCIAS

La religión es algo muy importante en la vida del paciente y de su familia ya que son muy creyentes de la iglesia católica y de ir a misa cada semana y manifiesta que cuando surgen dificultades, la fe que él tiene lo ayuda a solucionar sus problemas.

Su estado actual de salud lo ha puesta en las manos de Dios y refiere que todas las noches ora por él, su familia y por los más necesitados.

Según la ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO, luego de haber sido aplicada se puede concluir que existe una confusión de emociones y sentimientos; ya que por su misma patología no puede socializar mucho menos expresar sus emociones y sentimientos. (ANEXO 15).

Para hablar sobre el tema de valores humanos es muy importante enfocar desde la perspectiva de tres dimensiones: Desde el punto de vista filosófico, desde el punto de vista de las comunicaciones, y desde el punto de vista de nuevas tecnologías. Por otro lado, es imprescindible enfocar socialmente e individualmente. (Jiménez, 2015).

Cada individuo tiene sus propias creencias y valores, cada uno de ellos adquiridos en el hogar donde han sido implantados por los padres hacia los hijos; con el propósito de guiarlos por el camino de Dios y evitar complicaciones en la vida futura de los hijos

IV. DESARROLLO

4.1.DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO

Paciente de 94 años de edad, viudo vive con sus hijos con quienes mantiene buenas relaciones familiares. Reside en la parroquia de Santa Rosa del cantón Ambato en la provincia de Tungurahua.

Paciente hace más o menos24 horas de evolución presenta astenia que se acompaña de hiporexia y de somnolencia, además de presentar tos con presencia de secreciones de 48 horas de evolución además familiares refieren que hace más de dos años presenta disnea persistente por lo que acude a esta casa de salud, donde tras su valoración le diagnostican: IAM + FA + ICC + HTA + IRC + Sangrado Digestivo Alto + Hematuria.

Paciente en su primer día de hospitalización permanece en mal estado general, somnoliento en tiempo y espacio, con Tensión Arterial 90/40 mmHg además presenta sonda vesical donde se visualiza hematuria, familiar de paciente refiere presencia de melenas por varias ocasiones durante el día.

Indicaciones médicas: Monitoreo continuo de Signos Vitales, Control de Ingesta y Eliminación- diuresis horaria- balance hídrico estricto, Colocar en posición Semifowler, Oxígeno si Saturación es menor al 90%, Solución Salina 0,9% 1000 cc pasar IV a 80 cc/ hora, Dopamina 200 mg + Solución Salina 0,9% 100 ml pasar IV a 10 ml/ hora, Omeprazol 20 mg QD, Paracetamol 20 mg QD, Simvastatina 40 mg QD, Interconsulta a Urología, Educación a familiares del paciente en cuanto a la patología del paciente y los cuidados que debe recibir el mismo en cuanto a la alimentación, aseo personal y perineal y apoyo psicológico.

Paciente en estado crítico requiere de cuidados de enfermería oportunos y directos, somnoliento, con astenia generalizada además de fatiga por lo que se brindó cuidados apropiados por parte del equipo de salud tales como: Monitorización de Signos Vitales debido a que puede cursar por nuevos episodios de hemorragia y control de la Escala de Glasgow para valorar en caso de que el paciente necesite algún procedimiento o de presentar hemorragia. Control de Ingesta y Eliminación; tomando como evidencia el llenado oportuno de cada una de las hojas ya antes mencionadas ya que según bibliografía el control de signos vitales en especial de la Tensión Arterial y la Frecuencia Cardiaca es de suma importancia para determinar la gravedad de la hemorragia al igual que para verificar la volemia perdida y cuanto se debe reponer exactamente, ayudando así a estabilizar al paciente evitando perdida de la consciencia.

Paciente en su quinto día de hospitalización logra superar melenas y hematuria. Tras recibir los cuidados por parte del personal de enfermería logra estabilizar su estado de

salud, con signos vitales Frecuencia Cardiaca: 100 por minuto, Tensión Arterial: 90/60 mmHg, Frecuencia Respiratoria: 86 por minuto, Saturación de 92 con FiO2 24%, Temperatura 36, 5 °C.

En su séptimo día de hospitalización paciente en mejores condiciones generales, consciente, orientado en tiempo y espacio, con signos vitales Frecuencia Cardiaca: 80 por minuto, Tensión Arterial: 100/60 mmHg, FR: 22 por minuto, Saturación96%, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, con regular deambulación, se le entrega el plan de alta dándole las indicaciones a familiar de paciente indicando que acuda en caso de emergencia a esta casa de salud por cualquier signo de alarma.

4.2.DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Gozar de una buena salud tanto en los ámbitos físico, psicológico, social y mental es de gran importancia para poder vivirla al máximo sin embargo existen múltiples factores de riesgo que alteran la salud y la ponen en riesgo; pudiendo detectar enfermedades como Sangrado Digestivo Alto, patología que altera el tracto digestivo.

SEXO Y EDAD

Paciente masculino de 94 años de edad, refiere sentirse preocupado por su estado de salud además de presentar estrés, depresión y angustia.

Es una enfermedad que predomina en personas de la tercera edad. Es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres. El sexo masculino representa el 50.1% de la población y puede estar asociado al estilo de vida (estrés), y mayor consumo de sustancia irritantes del tubo digestivo. Su incidencia se estima en 1,16-6,28casos por cada 100.000 habitantes por año. (Rojas, 2016).

Mientras la persona es de mayor edad la posibilidad de presentar Sangrado Digestivo Alto es mucho más alto al igual que se duplica cuando el individuo es de sexo masculino**.**

CONSUMO DE AINES E INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES

Familiar de paciente refiere consumo de aspirina y omeprazol desde hace más o menos un año, dándole dicha medicación a paciente cuando presentaba dolor y ardor del estómago respectivamente.

Se estima que del 13-35% de las complicaciones que se presentan en el Sangrado Digestivo Alto son debidas al uso y abuso de los A.I.N.E.S. y A.S.A. o inhibir la secreción ácida con inhibidores de la bomba de protones, como el Omeprazol. Las personas que consumen A.I.N.E.S. tienen 3 veces más posibilidades de tener un episodio hemorrágico agudo en el tubo digestivo que los que no la consumen. (Vizcaíno, 2012).

Existe mayor riesgo de que existan complicaciones relacionadas con el Sangrado Digestivo Alto en personas que consumen AINES, ASA e inhibidores de la bomba de protones; ya que dichos medicamentos aumentan la posibilidad de presentar hemorragia digestiva.

4.3.TEORIZANTE DE ENFERMERÍA SEGÚN MARGORIE GORDON

Paciente

Paciente masculino de 94 años de edad somnoliento, orientado en tiempo y espacio, se encuentra deprimido y preocupado por su estado de salud, del que sabe muy poco ya que desconoce su patología, pero gracias a las indicaciones y educación brindada por el equipo de salud se siente más informado acerca de su patología.

Se encuentra encamado por lo que para todas sus actividades requiere de ayuda limitando su movilidad y obligándolo a llevar una vida sedentaria, además de necesitar de apoyo psicológico y emocional por parte de sus familiares; siendo sus hijos sus pilares fundamentales.

Salud

El paciente se siente limitado ya que por su estado de salud no puede desarrollarse de manera adecuada en su entorno, necesitando de ayuda por parte de sus familiares y del equipo de salud; recibiendo la educación oportuna acerca de su patología e indicaciones sobre el tratamiento terapéutico que sigue, ayudándolo a seguir con su estilo de vida y para que su recuperación sea más favorable evitando futuras complicaciones.

Entorno

El entorno por el que el paciente cursa es adecuado, existiendo la ventilación necesaria, la habitación del paciente se encuentra en buenas condiciones y con adecuada limpieza evitando la presencia de infecciones, además de que sus hijos se turnan para cuidarlo permanentemente evitando así que exista sentimiento de soledad y abandono en el paciente disminuyendo que sea propenso a caídas y lesiones.

Enfermera

El personal de enfermería ha estado pendiente de sus necesidades e indicaciones a seguir en su tratamiento estableciendo una buena relación con los familiares y el paciente, evitando altercados y problemas; ayudando a contribuir con su estado de salud ya que el equipo de salud se ha dedicado a ayudar, atender, educar y comunicarse de manera correcta con el paciente y sus familiares brindándole cuidados oportunos y adecuados el momento requerido evitando complicaciones con la salud en todos sus ámbitos físico, psicológico, espiritual y social.

4.4.ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Familiar de paciente refiere que antes de ser atendido en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), acudieron al Centro de Salud de su parroquia; pero al no ser atendido de manera inmediata y ser ignorados por el equipo de salud. Ya que familiares al verse desesperados por el estado de salud de paciente insistieron que se les atienda de inmediato por ser una emergencia a lo que les respondieron que debían coger turno madrugando a las seis de la mañana y que sin eso no podían atenderlos mucho menos hacerse responsables del paciente.

Paciente refiere que siempre se encontraba en regular control médico por sus patologías, pero que al ver que su estado de salud estaba afectada de manera crítica y que la sintomatología no cedía a pesar de la medicación decidió acudir al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS); en donde se le brindo la atención necesaria y oportuna por parte del servicio de Emergencia al presentar astenia generalizada y tos productiva además de disnea persistente , por lo que tras la valoración correspondiente se le diagnostica IAM + FA + ICC + HTA + IRC + Sangrado Digestivo Alto + Hematuria ; decidiendo su hospitalización para ser tratado de manera eficaz y evitar futuras complicaciones.

Según bibliografía uno de los procedimientos a realizar en el Sangrado Digestivo Alto es la endoscopia indicada en sangrado de alto riesgo, se ha comprobado que disminuye el sangrado continuo o recurrente, la necesidad quirúrgica y riesgo de muerte; y para observar la verdadera lesión en el fondo, lo que es más beneficioso para pacientes con mayor riesgo de sangrado, como en edad avanzada y enfermedades concomitantes. (Rojas, 2016). Dicho procedimiento no se le realizo al paciente controlando la patología con tratamiento farmacológico más no terapéutico.

En este punto se puede hacer énfasis en el estado de salud del paciente, su estilo de vida y papel fundamental que debe desempeñar el equipo de salud con el paciente al igual que con su familia, hablando de un paciente de la tercera edad con múltiples patologías que afectan su estado de salud, que necesita un cuidado especial por parte de su familia y por parte del equipo de salud.

El paciente agradece de manera muy especial a todo el equipo de salud por todos los cuidados brindados además de hacer hincapié en los cuidados de enfermería que asegura fueron muy adecuados y ayudaron a mejorar su estilo de vida, además de brindarle apoyo emocional y sabiendo escucharlo cuando lo necesitaba.

4.5.IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

ASTENIA

De acuerdo con la entrevista realizada a paciente y a los familiares refiere astenia generalizada por lo que no puede llevar el estilo de vida al que estaba acostumbrado, necesitando de mucha ayuda para realizar toda actividad.

- La clínica del Sangrado Digestivo Alto es muy variable con hematemesis, melenas, cansancio, confusión y taquicardia todo dependiendo de la edad y el sexo del paciente; además de que suele presentarse debilidad en paciente con Sangrado Digestivo Alto cuando existe una pérdida de sangre importante. (Ruz, 2012).

HIPOREXIA

El hecho de que exista disminución del apetito contribuye a que el estado de salud actual del paciente decaiga y no mejore su calidad de vida, no pudiendo cubrir todas las necesidades fisiológicas que el cuerpo demanda.

- La hiporexia debe ser diferenciada de intolerancia a ciertos alimentos, la disminución del sentido del gusto, la saciedad precoz y la dificultad de la ingesta; ya que dependiendo del problema se deberá brindar ayuda ya que esta contribuirá a cansancio y fatiga en el paciente. (Benítez, 2013).

DISNEA

Familiar refiere que paciente presenta disnea persistente desde hace más o menos dos años, síntoma que ha hecho difícil la realización de actividades diarias ocasionándole fatiga de manera inmediata.

- La disnea es un término clínico que describe la sensación subjetiva de respiración dificultosa y que abarca un amplio rango de síntomas, tales como el acortamiento de la respiración o el aumento de la frecuencia respiratoria. Con independencia de sus mayoritarias causas orgánicas, la relación causal entre disnea y síntomas psicológicos, principalmente ansiedad y depresión, ha sido bien establecida y vinculada principalmente a hiperventilación. (Rubinstein, 2014).

MELENAS

El presentar melenas es molesto para el paciente ya que tiende a causar leve dolor estomacal requiriendo de analgésicos para aliviar el dolor además de un aseo perineal tras cada deposición, requiriendo de ayuda tanto del personal de salud como de sus familiares.

- A grandes rasgos se podría decir que la presencia de sangre fresca en las heces se relaciona con un sangrado en el intestino grueso (colon) o en el tramo final del recto y el ano. (Ruz, 2012).

ACTIVIDADES FÍSICAS

El no poder realizar las actividades físicas a la que estaba acostumbrado hace que paciente decaiga de estado de ánimo necesitando de mucha ayuda de familiares y del equipo de salud.

- La actividad física es todo tipo de movimiento corporal que realiza el ser humano durante un determinado periodo de tiempo, ya sea en su trabajo o actividad laboral y en sus momentos de ocio, que aumenta el consumo de energía considerablemente y el metabolismo basal, Considere la actividad física como una solución para combatir el cansancio, el aburrimiento y el estar fuera de forma. (Campos, 2013).

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES Y ANSIEDAD

A pesar de que le han explicado tanto los profesionales de salud como sus familiares acerca de su patología, no logra entender en su totalidad todo lo que se le ha enseñado; ya que en ocasiones se olvida ciertos momentos y episodios.

- Los síntomas de depresión y ansiedad están presentes en el 50% de pacientes adultos mayores con patologías importantes, más cuando existe limitación funcional y nivel de educación precaria. (Ramos, & Martínez, 2015).

4.6.OPORTUNIDADES DE MEJORA DIRIGIDOS A UN PACIENTE DE 94 AÑOS DE EDAD CON SANGRADO DIGESTIVO ALTO

PROBLEMA	ACTIVIDADES
ASTENIA	• Educación al paciente y a los familiares para que realice actividades como: dormir 8 horas diarias teniendo un horario para acostarse y para levantarse, llevar una dieta saludable rica en vitaminas- minerales- verduras y legumbres además de carne de pescado- roja y blanca, realizar ejercicios que impliquen mínimo esfuerzo como caminar de 5 a 10 minutos por tres veces al día, beber de 1 a 2 litros de agua. • Delegar con profesionales a paciente y familiares en cuanto a brindar apoyo psicológico.
HIPOREXIA	• Educación al paciente y familia sobre la ingesta de cinco comidas diarias en pequeñas porciones de tal manera paciente se sentirá satisfecho. • Educación a familiares para que la presentación de las comidas sea fraccionada, es recomendable brindarle dieta blanda además de consumir proteínas y carne roja para restituir el hierro perdido durante el episodio hemorrágico.
DISNEA	• Evitar que el paciente se fatigue en exceso, realizando técnicas de respiración como: respiración diafragmática o abdominal que consiste en llevar el aire a la parte inferior de los pulmones utilizando los músculos diafragmáticos- respiración completa inhalando por fosas

	nasales y espirando por la boca. • Tranquilizar al paciente durante episodios de ansiedad enseñando técnicas de relajación como la respiración profunda repitiéndola varias veces hasta que se logre la tranquilidad del paciente.
MELENAS	• Educar a familiares sobre el aseo perineal ya que no existe autocuidado por parte del paciente. Para lo cual debemos tener agua limpia y tibia además de torundas, donde se realizara el aseo tras cada deposición para evitar irritación de zona genital. • Cambiar de pañal de 3 a 4 veces al día o cuantas veces sea necesario.
ACTIVIDADES FISICAS	• Educación al paciente y familiares sobre la importancia de realizar ejercicio físico como: caminar de 5 a 10 minutos por tres veces al día- realizar ejercicios de flexo extensión de brazos y piernas de 5 a 10 minutos por tres veces al día. • No realizar ejercicios que impliquen mucho esfuerzo físico como correr por más de 30 minutos diarios ya que ocasiona el cansancio y fatiga del paciente.
CONOCIMIENTOS DEFICIENTES DE LA PATOLOGÌA	• Educación sobre la patología al paciente y la familia hablando sobre su sintomatología como son: melenas- hematemesis y hematoquecia; su medicación: utilizándose inhibidores de la bomba de protones como el omeprazol y acerca de los efectos adversos de la medicación como son: cefalea- diarrea- nausea- dolor de estómago- mareos y perdida de sueño; toso esto con la finalidad de que al presentarse alguno de

	los síntomas el paciente no se alarme y más bien este prevenido. • Educación al paciente con terminología con la que comprenda el paciente.

Elaborado por: Estefanía Montero

V. PROPUESTA DE TRATAMIENTO

GUIA EXTRAHOSPITALARIA PARA PACIENTE CON SANGRADO DIGESTIVO ALTO

5.1. PRESENTACIÓN

La propuesta está diseñada en una guía extrahospitalaria la que se divide en dos secciones; la misma que se enfocara en brindar recomendaciones en cuanto a los puntos críticos del paciente como son: hiporexia, astenia, disnea y melenas; además de educar a los familiares de esta manera se establecerá la salud del paciente en su totalidad.

Realizada con la finalidad de brindar actividades de enfermería que ayuden en la recuperación del estado de salud y de la calidad de vida del paciente y sus familiares.

5.2. INTRODUCCIÓN

En momentos en los que la salud del paciente se ve afectado en cualquiera de sus ámbitos no pudiendo seguir con su vida cotidiana, necesitando de ayuda profesional, como de la enfermera que estará a cargo de los cuidados directos del paciente y su familia que colaborará para la recuperación y afrontamiento en su situación actual de salud, brindándole apoyo para que su recuperación y rehabilitación sean eficaces y de calidad.

La hemorragia digestiva alta a nivel mundial representa una gran carga clínica, además de económica con una incidencia de 48 a 160 casos por cada 100.000 personas al año en, y una mortalidad del 14%. Presentándose con mayor incidencia en personas del sexo masculino y de la tercera edad mayores a los 60 años.

Por el alto índice de morbi-mortalidad en cuanto a Sangrado Digestivo Alto el mismo que tiene un gran impacto por lo que es necesario desarrollar una guía que ayude en la calidad de vida del paciente y de sus familiares para que se pueda evitar futuras complicaciones, de esta manera se ayuda en la recuperación del estilo de vida del paciente y que pueda seguir con su vida de manera cotidiana.

A nivel de Latinoamérica su incidencia es de alrededor de cinco casos por cada 1000 personas, su prevalencia va aumentado y se estima en 2.9% y a nivel nacional el Sangrado Digestivo Alto fue más frecuente en los pacientes sobre los 65 años (61.7%), en el sexo masculino (56.8%), en pacientes con instrucción primaria (46.9%) y sin ocupación (53.1%). El consumo de AINES (95%), el consumo de tabaco (95%).

En el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en la provincia de Tungurahua esta patología se presenta con mucha frecuencia, haciendo hincapié en el presente caso clínico, en donde tras identificar el Sangrado Digestivo Alto se le brindó los cuidados necesarios y oportunos por parte del equipo de salud para una pronta recuperación y un futuro sin complicaciones.

Dicha guía está encaminada a enfocado en:

- Reducir estado de astenia
- Reducir alteraciones nutricionales y metabólicas
- Reducir alteraciones respiratorias
- Reducir alteraciones digestivas
- Mejorar movilidad
- Educación a familiares

5.3. OBJETIVOS

5.3.1. Objetivo General:

- Diseñar una guía con cuidados de enfermería para ayudar en la recuperación del estado de salud del paciente dirigida a los familiares.

5.3.2. Objetivos específicos:

- Brindar cuidados de enfermería encaminados a cubrir las necesidades del paciente.
- Ejecutar cuidados de enfermería que ayuden a la rehabilitación del estado de salud del paciente.
- Educar a los familiares del paciente con Sangrado Digestivo Alto despejando inquietudes y mejorando el estilo de vida del paciente.

5.4. JUSTIFICACIÓN

Debido al alto índice de morbi-mortalidad de Sangrado Digestivo Alto se hace necesario desarrollar una guía extrahospitalaria para el manejo y cuidado oportuno y adecuado del paciente tras ser dado de alta siendo la presente guía de suma importancia para contribuir a una mejor calidad de vida del paciente y la familia, por lo que se opta el diseño de dicha guía extrahospitalaria basada en los cuidados de enfermería para el paciente y la familia con lo que se desea mejorar el estado de salud del paciente tomando en cuenta las principales necesidades del paciente logrando una recuperación eficaz.

Además de ser de gran beneficio por contener instrucciones y recomendaciones sencillas, útiles y fáciles de llevar a cabo para colaborar con la mejora del estado de salud y que se garantice una recuperación integral del paciente con Sangrado Digestivo Alto. Es de vital importancia ya que permitirá contribuir e investigar con información eficaz y adecuada para brindar recomendaciones y sugerencias que serán de mucha ayuda; además de ser útil porque tras la recolección adecuada de datos se puede identificar los principales riesgos, siendo los beneficiarios directos el paciente y su familia.

Siendo original porque no se ha implantado una guía extrahospitalaria de Enfermería en pacientes de Sangrado Digestivo Alto, teniendo como beneficiarios a toda la población en general, haciendo hincapié en pacientes geriátricos ya que por su edad y su estilo de vida existiendo mayor riesgo de morbi-mortalidad.

Siendo de gran ayuda ya que se enfoca en mejorar la calidad de vida además de ayudarlo en su recuperación eficaz mediante actividades que serán llevaderas tanto para el paciente y su familia.

5.5. DESARROLLO

GUIA DE ENFERMERÍA EN SANGRADO DIGESTIVO ALTO DIRIGIDO A LOS FAMILIARES DEL PACIENTE

GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	

ALIMENTACIÓN	• Proporcionar al paciente cinco comidas diarias fraccionadas de modo que el paciente se sienta satisfecho, es decir:
	  ○ 8 am desayuno: vaso de jugo de manzana. medio vaso de leche o de yogurt, un tazon pequeño de frutas picadas incuyendo papaya y manzana, tasa de agua aromatica o alguna colada y un pan.
	  ○ media mañana 11 am: galletas integrales o alguna fruta.
	  ○ 13 pm almuerzo: sopa de cebada o de pollo, arroz con un pedazo del tamaño de la palma de la mano del paciente de carne roja, blanca o de pesacado con una buena porción de ensalada y un vaso de jugo.
	  ○ 16 pm media tarde: una fruta o un yogurt.
	  ○ 19 pm merienda: una agüita aromatica con galletas integrales.
	• Brindar una dieta rica en vitaminas, minerales, verduras y legumbres además de carne roja, blanca y pescado.
	• Mantener sentado al paciente durante la comida por comodidad.

	• Beber ocho vasos diarios de agua. • Evitar consumo de frutas cítricas y acidas como el limón y la naranja en exceso.
ASEO PERSONAL	• Lavar las manos antes y después de cada comida tanto para el familiar como para el paciente. • Lavarse las manos el familiar antes de la preparación de la comida. • Realizar aseo de zona perineal tras cada deposición utilizando agua tibia y limpia y algodón además de guantes para evitar infección. • Cambiar de pañal al paciente las veces que sea necesario durante el día. • Revisar zona genital en caso de presentarse escaldadura colocar ungüento y dejarlo por unas horas sin pañal ayudando así a la irritación de la piel.
RESPIRACIÓN	• Mantener sentado al paciente para ayudar con la respiración. • En momentos de ansiedad enseñar al paciente a respirar profundamente varias veces hasta que se encuentre mas tranquilo.
ANSIEDAD	• Escuchar al paciente y dejar que se desahogue de modo que se encuentre mas tranquilo y libre de estrés y desesperación. • En caso de presentar un estado de crisis que no pueda ser controlado por los familiares llevar de manera inmediata a un profesional en psicología.
CONTROLES MÉDICOS	• Llevarlo a los controles médicos una vez por semana hasta que el paciente se estabilice totalmente, luego de esto llevarlo a controlar cada seis meses. • En caso de que el paciente presente fiebre, diarrea o algun tipo de emergencia acudir inmediatamente a un centro medico.

Elaborado por: Estefanía Montero

VI. CONCLUSIONES

Este análisis de caso se realizó con la finalidad de identificar a la guía extrahospitalaria de enfermería como un instrumento que permite mejorar de manera constante la calidad de las actividades de enfermería encaminadas a mantener la salud del paciente en todos sus aspectos físico, psicológico, espiritual y social para poder cubrir todas las necesidades de la persona, familia y comunidad pudiendo presentarse tanto problemas reales como potenciales, a través de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Se identificó los principales factores de riesgo siendo estos el sexo, edad, consumo de ANES y de INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES; que contribuyeron a desencadenar la patología a través de revisiones bibliográficas y por medio de la historia clínica del paciente.

Se determinó las actividades de enfermería que contribuirán a la mejora del estado de salud del paciente así como la calidad de vida por medio de la aplicación de las 11 necesidades de Margorie Gordon.

Los cuidados de enfermería fueron:

- Monitorización de signos vitales poniendo especial atención a la frecuencia cardiaca y tensión arterial ya que ante un episodio hemorrágico en la tensión arterial bajan sus valores y en la frecuencia cardiaca suben sus valores además de ser de suma importancia para determinar la gravedad de la hemorragia al igual que para determinar la volemia perdida y cuanto se debe reponer exactamente.
- El control de diuresis es importante para determinar la perfusión tisular.
- Control del numero de melenas ya que se presentan cuando la perdida de sangre es mayor a 60 ml y ha permanecido por mas de 8 horas.
- Cuidados específicos en la transfusión de hemoderivados y expansores de plasma como son: determinar si la vena por donde se va a transfundir es la adecuada, tranfundir en una via diferente a donde se administra la medicación, se debe administrar por via periférica ya que esta es la via de elección según bibliografía.
- Administracion de medicación a la hora indicada con la finalidad de que el tratamiento sea efectivo.

Con la elaboración de la guía extrahospitalaria de enfermería se espera mejorar el estilo de vida del paciente, mediante la educación oportuna y adecuada sobre las actividades a

realizar en cada una de las necesidades del paciente y asi lograr una recuperación satisfactoria y evitar futuras complicaciones.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1) Amber, K. (2015). Predictors of peptic ulcer rebleeding after scheduled second endoscopy. Pages726-729.
2) Ayuso, D. (2012), La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial, Ediciones Díaz de Santos.
3) Bucur, V. (2012). Current orientations in surgery of haemorrhagicgastroduodenal ulcers. Pages 493-499.
4) Cook, DJ. (2013). Endoscopic therapy for acute non-varicealhaemorrhage: a meta-analysis. Pages 139-148.
5) Cook, DJ.,Gayata, GH. (2012). Endoscopic therapy for acute non-varicealhaemorrhage: a meta-analysis. Pages 139-148.
6) Choudari, CP.,Rajgopal,C,A. (2012). Comparison of endoscopic injection therapy verses the heater probe in major peptic ulcer haemorrhage. Pages1159-1161.
7) Chung, SCS., Leung, JWC. (2012). Endoscopic injection of adrenaline for actively bleeding ulcers; a randomised trial. Pages 1631-1633.
8) EBucur, V. (2013). Effect of scheduled second therapeutic endoscopy on peptic ulcer rebleeding: a prospective randomised trial. Pages 1403-1407.
9) Gilles, L. (2012). Management of bleeding peptic ulcer in France: a national inquiry, Paris.
10) Gough, KR. (2012). Value of centralised approach in the management of haematemesis and melaena; experience in a district general hospital. Pages504-508.
11) Hasselgren, G. (2012). Continuous intravenous infusion of omeprazole in elderly patients with peptic ulcer bleeding; results of a placebo controlled multicentre study. Pages328-333.
12) Jalan, R., Hayes, PC. (2014). Guidelines on the management of varicealhaemorrhage in cirrhotic patients. Pages1-15.
13) James, Y. (2012). Endoscopic treatment of bleeding ulcers: has everything been said and done, Pages 347-353.
14) James, Y. (2014). Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers .Volume 340.
15) Jonson, J. (2013). Outcome of endoscopic treatment for peptic ulcer bleeding: Is a second look necessary. Pages62-67.
16) Khuroo, MS., Yattoo, GN., Javid, G. (2014). A comparison of omeprazole and placebo for bleeding peptic ulcer. Pages1054-1058.
17) Knoefel, WT, Rehders, A. (2014). Gastrointestinal bleeding--concepts of surgical therapy in the upper gastrointestinal tract. Pages126-132.
18) Laine, L. (2015). Multipolar electrocoagulation in the treatment of acute upper gastrointestinal tract hemorrhage: Pages 1613-1617.
19) Lau, JYW., Sung, JJY., Lee, KKC. (2012). Effect of intraenous omeprazole on recurrent bleeding after endoscopic treatment of bleeding peptic ulcers. Pages 310-316.

20) Lin, HJ., Lo, WC., Ee, FY. (2015). A prospective randomised comparative trial showing that omeprazole prevents rebleeding in patients with bleeding peptic ulcer after endoscopic therapy. Pages 54-58.
21) Lou, JYW. (2012). Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. Pages 751-756.
22) Millet, B. (2013). Emergency surgical treatment For bleeding duodenal ulcer: oversewing plus vagotomy versus gastric resection, a controlled randomised trial. Pages568-74.
23) Oddsson, E. (2012). Comparison between ranitidine and omeprazole for protection against gastrointestinal damage. Pages1045-1048.
24) Salinas, C. (2016). Hemorragia digestiva alta severa por úlceras . Rev. Fac. Med., 1.
25) Santos. V. (2017). Tratamiento de la Hemorragia Digestiva Alta. Machala.
26) Serrano, M. Á. (2012). Factores Asociados a Hemorragia Digestiva Alta no Variceal en pacientes mayores de 39 años. Revista Medica HJCA, 1.
27) Tompson, L. (2012). Preventing ulcer rebleeding: the role of second-look endoscopy. Pages409-411.
28) Longo, D., Kasper,K.(2012). Hemorragia del tubo digestivo . En Harrison Principios de Medicina Interna (pp.257-260). Interamericana de México: McGraw Hill.
29) Longo, D., Kasper,K.(2012). Úlcera péptica y trastornos relacionados. En Harrison Principios de Medicina Interna. Interamericana de México: McGraw Hill.

LINKOGRAFÍA

30) Mederos, O. (2016). Acute upper nonvariceal gastrointestinal bleeding. Disponible en : https://web.a.ebscohost.com/dynamed/detail?sid=9e640226-e4c2-4ee7-8884-3aec848b7854%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4114&bdata=JnNpdGU9ZHluYW1lZC1saXZlJnNjb3BlPXNpdGU%3d#db=dme&AN=905671&anchor=Description.
31) Arap, J. (2016). SangramientoDigestivoAlto.Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/sda_supercurso_1.pdf.
32) Cooper G, et al. (2013). Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage: associations with recurrent bleeding, surgery, and length of hospital stay. Gastrointest Endosc. Disponible en: http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/586/art6.pdf.
33) Hernández, A.(2012), Urgencias en establecimientos con régimen de internado, Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/Cubo.aspx?IdNodo=6375&InitCat=ESCRI&CubeName=Actividad.

34) Lanas A. (2014). Primer consenso español sobre el tratamiento de la hemorragia digestiva por ulcera péptica. Medicina Clínica (Barcelona).paginas 608-616. Disponible en: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7295/11.27.001075.pdf?sequence=4

CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS UTA

35) **SCOPUS:**Karma, A. (2015). Recuperado: 22 de Marzo de 2016. Disponible en:http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84937197385&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=tuberculosis&st2=&sid=EDCC0AF154A41ED1628FCA38E32.

36) **E. EBRARY:**Macías, J. (2012). Dependencia en geriatría. Ediciones Universidad de Salamanca Publisher. Recuperado: 22 Marzo del 2016. Disponible en: http://site.ebrary.com/lib/alltitles/search.action?p00=geriatria&searchbutton01=%C2%A0Search%C2%A0.

37) **SCIELO:**Elta, GH. (2015). Approach to the patient with gross gastrointestinal bleeding. In: Yamada T ed, Textbook of Gastroenterology. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300005.

38) **SCIELO:**Ichiyanagui, C. (2013). Epidemiology of digestive bleeding. Recuperado 23 Septiembre de 2006. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300005.

39) **SCIELO:** Sacchi, M. Hausberger M. (20014). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud. Recuperado: 23 de Diciembre de 2007. Disponible en:http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300005.

ANEXOS

ANEXO 1

EXÁMEN	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
PROTEÍNA C REACTIVA (LATEX) - INMUNOLOGIA	12	0 – 6
BIOMETRÍA HEMÁTICA - HEMATOLOGÍA	Recuento Leucocitario (WBC): 3.700/µl	4.000– 11.000 /µl
	Recuento de glóbulos rojos: 4.18 %	4.7 - 6.1
	Hemoglobina (HGB): 12.1	14 – 18
	Hematocrito (HCT): 37.6	42 – 52
	Volumen corp. medio (MCV: 90	80 – 94
	Hemoglobina Cospus Media (MCH): 28.9	27 - 31.2
	Concentración HB Corp. media (MCHC): 32.0	32 – 36
	Recuento Plaquetas: 168.000/ mcL	150.000– 400.000/ mcL
	Neutrófilos : 58.4	40 – 65
	Linfocitos %: 32.3	40.5 - 45.5
	Monocitos %: 7.4	5.5 - 11.7
	Eosinófilos %: 1.9	0.9 - 2.9
	Basófilos %: 0.0	0.2 – 1
GLUCOSA - QUÍMICA	GLUCOSA: 137.3 mg/ dL	70 – 100
ELECTRÓLITOS NA-K-CA EN SUERO – QUIMICA	NA: 120.0 mEq/L	136 – 145
	K : 5.50 mEq/L	3.5 - 5.1
NITRÓGENO UREICO (BUN) /ÚREA - QUÍMICA	ÚREA EN SUERO: 210.8 mg/dL	10 – 50

CREATININA - QUÍMICA	CREATININA: 4.4 mg/dL	0.7 - 1.2
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) - HEMATOLOGÍA	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP): 14.5	11.8 - 14.5
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP) - HEMATOLOGÍA	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP): 40.6	20 - 33.3
DÍMERO-D - HEMATOLOGÍA	DÍMERO-D: 7.1	0 - 0.5
GASOMETRÍA - QUÍMICA	CLORO: 101.3	94 – 110
	SODIO: -	136 – 145
	POTASIO (K): 4.77	3.5 - 5.1
	pH: 7.371	7.35 - 7.45
	PCO2: 26.7	35 – 48
	PO2: 65.9	83 – 108
	BE: -8.3	0 – 3
	TCO2: 15.9	21 – 30
	HCO3: 15.1	21 – 29
	SATURACIÓN DE OXÍGENO: 91.5	94 - 98
	CALCIO IÓNICO EN SUERO: 0.80	0.5 - 1.8
RADIOLOGÍA CONVENCIONAL	Rx tórax: cardiomegalia, botón aórtico prominente, aumento de la trama vascular, impresiona infiltrado paracardiaco derecho, presencia de marcapasos, no derrames.	

Autor: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) Ambato
Fuente: Instrumento Estructurado

ANEXO 2

EXÁMEN	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
BIOMETRÍA HEMÁTICA - HEMATOLOGÍA	Recuento Leucocitario (WBC): 5.20	4.5 – 10
	Recuento de glóbulos rojos: 3.5	4.7 - 6.1
	Hemoglobina (HGB): 10.3	14 – 18
	Hematocrito (HCT): 31.1	42 – 52
	Volumen corp. medio (MCV): 90	80 – 94
	Hemoglobina Cospus Media (MCH): 29.7	27 - 31.2
	Concentración HB Corp. media (MCHC): 33.0	32 – 36
	Recuento Plaquetas: 180	130 – 400
	Neutrófilos %: 59.7	40 – 65
	Linfocitos %: 29.9	40.5 - 45.5
	Monocitos %: 9.1	5.5 - 11.7
	Eosinófilos %: 1.3	0.9 - 2.9
	Basófilos %: 0.0	0.2 – 1
GLUCOSA - QUÍMICA	GLUCOSA: 94.8	70 – 100
NITROGENO UREÍCO (BUN) /ÁREA - QUÍMICA	ÁREA EN SUERO: 203.7	10 – 50
CREATININA - QUÍMICA	CREATININA: 3.9	0.7 - 1.2
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) - HEMATOLOGÍA	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP): 16.9	11.8 - 14.5
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP) – HEMATOLOGÍA	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP): 47	20 - 33.3
ÁCIDO ÚRICO - QUÍMICA	ÁCIDO ÚRICO: 8.4	3.4 - 7

BILIRRUBINA TOTAL DIRECTA - QUÍMICA	BILIRRUBINA TOTAL: 0.70	0 - 1.1
	BILIRRUBINA DIRECTA: 0.41	
	BILIRRUBINA INDIRECTA: 0.29	0.21 - 0.8
AST (SGOT) - QUÍMICA	AST (SGOT): 23	0 – 41
ALT (SGPT) - QUÍMICA	ALT (SGPT): 20	0 - 41
LDH (DESHIDROGENASA LACTICA) - QUÍMICA	LDH: 438	240 - 480
FOSFATASA-ALKALINA - QUÍMICA	FOSFATASA-ALKALINA: 160	0 - 270
AMILASA - QUÍMICA	AMILASA: 51	28 - 100
ALBUMINA - QUÍMICA	ALBUMINA: 2.9	3.5 - 5.5

Autor: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) Ambato
Fuente: Instrumento Estructurado

ANEXO 3

EXÁMEN	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP): 13.1	11.8 - 14.5
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP)	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP): 42.8	20 - 33.3

Autor: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) Ambato
Fuente: Instrumento Estructurado

ANEXO 4

TEST DE LEVÁNTATE Y ANDA (GET UP AND GO) TEST DE LEVÁNTATE Y ANDA (GET UP AND GO)	
Sin evidencia de riesgo de caídas	1 ( )
Levemente anormal	2 ( )
Moderadamente anormal	3 ( )
Severamente anormal	4 (X)
Claro riesgo de caídas durante el test	5 ( )

Fuente: FranoisD.

Aplicado por: Estefanía Montero

ANEXO 5

TEST "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"

PUNTUACIÓN SEGÚN RESPUESTA	**SI**	**NO**
He tenido una enfermedad y/o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimentos que como	**X**	
Como menos de dos comidas al día		X
Como poca fruta, vegetales y productos lácteos	**X**	
Tomo más de tres vasos de cerveza, vino o licor al día		X
Tengo problemas dentales que me hacen difícil comer	**X**	
No siempre tengo dinero para comprar la comida que necesito	**X**	
Como sólo la mayoría de veces		X
Tomo más de tres fármacos recetados o por mi cuenta	**X**	
Sin quererlo he perdido más de 5 kg en los últimos meses	**X**	
No siempre puedo comprar, cocinar o comer sólo por problemas físicos	**X**	
Total : RIESGO NUTRICIONAL MODERADO		

- 0 a 2: Bueno. Reevaluar la puntuación nutricional en seis meses.
- 3 a 5: Riesgo nutricional moderado.
- 6 o más: Riesgo nutricional alto.

Fuente: GuevaraD.

Aplicado por: Estefanía Montero

ANEXO # 6

TEST DE INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

TEST DE INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA		
a. Si oye ruido de agua o pone las manos en el agua fría, ¿nota ganas de orinar?	**SI**	**NO**
b. Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿entra en un bar y si el servicio está ocupado se le escapa la orina?	**SI**	**NO**
c. Cuando abre la puerta de casa, ¿a de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?	**SI**	**NO**
d. Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?	**SI**	**NO**
e. Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?	**SI**	**NO**
PUNTUACIÓN TOTAL:	**3**	**2**

Fuente: BonneyP./ **Aplicado por: Estefanía Montero**

ANEXO # 7

TEST DE BARBER

TEST DE BARBER		
¿Vive solo?	**SI**	**NO**
¿Se encuentra sin nadie si precisa ayuda?	**SI**	**NO**
¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?	**SI**	**NO**
¿Necesita que alguien le ayude a menudo?	**SI**	**NO**
¿Su salud le impide salir a la calle?	**SI**	**NO**
¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?	**SI**	**NO**
¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus tareas habituales?	**SI**	**NO**
¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?	**SI**	**NO**
¿Ha estado ingresado en el hospital durante el último año?	**SI**	**NO**
¿Durante el último año ha cambiado de domicilio más tres veces?	**SI**	**NO**
SI HAY UNA O MÁS RESPUESTAS AFIRMATIVAS: PERSONA FRÁGIL	**6**	**4**

Fuente: BarbeE./ **Aplicado por: Estefanía Montero**

ANEXO # 8

TEST DE BARTHEL

TEST DE BARTHEL					
	INCAPAZ DE HACERLO	INTENTA PERO INSEGURO	CIERTA AYUDA NECESARIA	MINIMA AYUDA NECESARIA	TOTALMENTE INDEPENDIENTE
ASEO PERSONAL	**0**	**1**	**3**	**4**	**5**
BAÑARSE	**0**	**1**	**3**	**4**	**5**
COMER	**0**	**2**	**5**	**8**	**10**
USO DE BAÑO	**0**	**2**	**5**	**8**	**10**
SUBIR ESCALERAS	**0**	**2**	**5**	**8**	**10**
VESTIRSE	**0**	**2**	**5**	**8**	**10**
CONTROL DE HECES	**0**	**2**	**5**	**8**	**10**
CONTROL DE ORINA	**0**	**2**	**5**	**8**	**10**
DESPLAZARSE	**0**	**3**	**8**	**12**	**15**
MOVILIDAD	**0**	**1**	**3**	**4**	**5**
TRANSFERENCIA	**0**	**3**	**8**	**12**	**15**
TOTAL: 11					

Fuente: BarthelM./ **Aplicado por: Estefanía Montero**

ANEXO # 9
ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH				
PREGUNTA ¿Con qué frecuencia se queda Ud. dormido en las siguientes situaciones? Incluso si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían.				
SITUACION	**PUNTUACIÓN**			
Sentado y leyendo	**0**	**1**	**2**	**3**
Viendo la T.V.	**0**	**1**	**2**	**3**
Sentado, inactivo en un espectáculo (teatro...)	**0**	**1**	**2**	**3**
En auto, como copiloto de un viaje de una hora	**0**	**1**	**2**	**3**
Recostado a media tarde	**0**	**1**	**2**	**3**
Sentado y conversando con alguien	**0**	**1**	**2**	**3**
Sentado después de la comida (sin tomar alcohol)	**0**	**1**	**2**	**3**
En su auto, cuando se para durante algunos minutos debido al tráfico	**0**	**1**	**2**	**3**
PUNTUACION TOTAL : 3				
Utilice la siguiente escala y elija la cifra adecuada para cada situación. **0 =** nunca se ha dormido **1 =** escasa posibilidad de dormirse **2 =** moderada posibilidad de dormirse **3 =** elevada posibilidad de dormirse				

Fuente: BorsiniE.

Aplicado por: Estefanía Montero

ANEXO # 10
ESCALA DE PFEIFFER

ESCALA DE PFEIFFER	
PREGUNTA	**ERRORES**
¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año)	1
¿Qué día de la semana?	1
Nº teléfono o dirección	1
¿Dónde estamos ahora?	0
¿Qué edad tiene?	0
¿Cuándo nació? (día, mes, año)	1
¿Quién es el presidente del gobierno?	1
¿Quién era anterior presidente gobierno?	1
¿Cuál era 1º apellido de su madre?	0
Reste de 3 en 3 desde 20 (cualquier error hace respuesta errónea)	1
TOTAL:	**6**

SE ADJUDICA UN PUNTO POR CADA ERROR.

- Entre 0-2: se considera normal
- Entre 3-4: deterioro cognitivo leve
- Entre 5-7: deterioro cognitivo moderado
- Más de 8 errores: deterioro cognitivo severo

Fuente: PfeifferR.

Aplicado por: Estefanía Montero

ANEXO # 11

ESCALA DE DEPRESIÓN –TEST DE YESAVAGE

ESCALA DE DEPRESIÓN –TEST DE YESAVAGE		
Versión de 15: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son: • 0 - 4 : Normal • 5 ó +: Depresión		
1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	**SI**	**NO**
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	**SI**	**NO**
3- ¿Siente que su vida está vacía?	**SI**	**NO**
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	**SI**	**NO**
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	**SI**	**NO**
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	**SI**	**NO**
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	**SI**	**NO**
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	**SI**	**NO**
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	**SI**	**NO**
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	**SI**	**NO**
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	**SI**	**NO**
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	**SI**	**NO**
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	**SI**	**NO**
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	**SI**	**NO**
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	**SI**	**NO**
PUNTUACIÓN TOTAL – V5	**1**	
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

Fuente: YesavageB. / **Aplicado por: Estefanía Montero**

ANEXO # 12
TEST ZARIT

TEST ZARIT					
Instrucciones para la persona cuidadora: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Ud. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	FRECUENTE	SIEMPRE
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?		X			
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?			X		
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?			X		
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?		X			
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?		X			
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	X				
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?				X	
8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?			X		
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?		X			
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su		X			

familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?		X			
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?			X		
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?		X			
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?		X			
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?		X			
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?		X			
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?		X			
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X				
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?		X			
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?		X			
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	X				
TOTAL: 47					

Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son: - 1=Nunca - 2=Rara vez - 3=Algunas veces - 4=Bastantes veces - 5=Casi siempre
Los puntos de corte recomendados son: - < 46 No sobrecarga - 46 - 56 Sobrecarga leve - > 56 Sobrecarga Intensa

Fuente: ZaritR.

Aplicado por: Estefanía Montero

ANEXO # 13
TEST DEL FUNCIONAMIENTO SEXUAL PARA VARONES

TEST DEL FUNCIONAMIENTO SEXUAL PARA VARONES					
PREGUNTA	NUNCA 1	RARA VEZ 2	A VECES 3	FRECUENTE 4	SIEMPRE 5
¿Cuán frecuentemente te involucras en actividades sexuales (coito, masturbación, fantasías)?	X				
¿Cuán frecuentemente tienes deseo de mantener alguna actividad sexual?	X				
¿Cuán frecuentemente tienes pensamientos sobre el sexo?	X				
¿Disfrutas de libros, películas, videos, obras de arte o música con contenido sexual?	X				
¿Con qué frecuencia logras una erección?	X				
¿Logras la erección con facilidad?	X				
¿Eres capaz de mantener la erección?	X				
¿Con qué frecuencia tienes una eyaculación?	X				
¿Eres capaz de tener un orgasmo cuando lo deseas?	X				
					PUNTAJE TOTAL: 9

Fuente: VillademorosF.

Aplicado por: Estefanía Montero

ANEXO # 14

EL MINI-TEST DEL ESTRÉS

EL MINI-TEST DEL ESTRÉS	
Contesta pensando en tus sensaciones durante las últimas dos semanas como máximo y gradúa tu respuesta del siguiente modo: 0- Nada en absoluto 1- De vez en cuando 2- Dos a tres veces por semana 3- A diario 4- De manera continua	
PREGUNTA	**RESPUESTA**
¿Sientes taquicardias o palpitaciones?	1
¿Sufres dolor de cabeza?	1
¿Tienes problemas gastrointestinales?	3
¿Fumas?	0
¿Presentas falta o exceso de apetito?	3
¿Tienes dolor de espalda?	1
¿Duermes mal o de manera irregular?	3
¿Te sientes irritado?	3
¿Notas dificultades de concentración?	1
¿Tienes sensación de pérdida de control?	2
TOTAL	**18**
RESULTADOS: ❖ **0-10:** Enhorabuena, tienes el estrés controlado o al menos no te afecta en tu vida diaria. Pero recuerda, no bajes la guardia. ❖ **11-24:** Empiezas a tener un problema…Conviene que empieces a plantearte que debes cambiar algo en tu estilo de vida, porque el estrés comienza a ganarte la batalla… ❖ **Más de 24:** Alerta roja. Estás en zona	

Fuente: PernalO. / **Aplicado por: Estefanía Montero**

ANEXO # 15

ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO

Señale el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios:

A: Muy en desacuerdo	B: En desacuerdo	C: Ligeramente en desacuerdo
D: Ligeramente de acuerdo	E: De acuerdo	F: Muy de acuerdo

PREGUNTAS	**A**	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**
1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo.				X		
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.			X			
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.				X		
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.				X		
5. Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos.			X			
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado.			X			
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.			X			
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo.			X			
9. Tengo sentimientos que casi no puede identificarle.				X		
10. Estar en contacto con las emociones es esencial.				X		
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.				X		
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos.				X		
13. No sé qué pasa dentro de mí.					X	
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado.					X	
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.				X		
16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos.			X			
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.		X				
18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.			X			
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.				X		
20. Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.						X
TOTAL		1	7	9	2	1

Fuente: Moral, J. / **Aplicado por: Estefanía Montero**