



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA DEL CASO CLINICO

**“PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTE CON
TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE”**

AUTOR

DANIEL ANDRES DIAZ ARIAS

TUTOR

LICDA. CONSUELO ALBAN

BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR

2022

INDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
Resumen	IV
Abstract	V
Introducción	VI
I. MARCO TEORICO	1
1.1. JUSTIFICACIÓN	11
1.2. OBJETIVOS	12
1.2.1. Objetivo general	12
1.2.2. Objetivos específicos	12
1.3. Datos generales	13
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	13
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedente. Historial clínico del paciente.....	13
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	14
2.3. Examen físico.....	15
2.3.1. Valoración cefalocaudal	15

2.3.2. Valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon.....	16
2.3.3. Patrones funcionales alterados:	18
2.4. Información de exámenes complementarios realizados	19
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	21
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	21
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	26
2.8. Seguimiento	28
2.9. Observaciones.....	29
CONCLUSIONES.....	30
Bibliografía.....	31

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico primero a Dios, por darme la fuerza de seguir adelante y no desfallecer en mis estudios, a mi madre la cual me ha brindado su apoyo incondicional en todo el trayecto de mis estudios para ser un profesional, y así cumplir su más grande sueño vernos a mi hermano y a mi graduados en esta vida profesional de la salud.

Le dedico mi logro a mi esposa, compañera incondicional que me dio Dios en esta vida, por estar siempre conmigo guiándome, cuidándome y amándome, por estar hay levantándome los ánimos de seguir y no dejar mis estudios por razones que esta vida nos presenta día a día.

A mis amigos, compañeros y hermanos de aula, que a pesar de todo han estado siempre a mi lado, dándome la mano en cualquier caída que he tenido, para así levantarme y seguir guerreando, y así demostrar a los que no creían en mí que aquí estoy, me les estoy graduando señores.

Le dedico mi trabajo a mi padre, que por cuestiones de la vida no está junto a mí, por su apoyo conmensurable, el cual me tiene aquí dando lo mejor de mí para ser mejor que él y darle el futuro a mi hijo que no recibí. Y como ya lo dije me les gradué señores.

DANIEL DIAZ ARIAS

AGRADECIMIENTO

Siempre agradeciéndole al más grande mi Dios, mi madre, esposa, amigos y familiares, aquellos que me acompañaron en el trayecto de mis estudios, guiándome, protegiéndome, y brindándome sus ganas de verme graduado de Licenciado en Enfermería.

Agradezco a los docentes que me compartieron sus conocimientos en las aulas de clases, conocimientos y experiencias vividas y no pasar de desapercibido los valores que me inculcaron para ser mejor que ellos en cada adversidad de la vida profesional.

DANIEL DIAZ ARIAS

TITULO DEL CASO CLINICO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTE CON
TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE**

Resumen

El proceso de atención de enfermería es considerado una herramienta de suma importancia como metodología lógica, racional, sistemático y organizado ya que nos da la pauta para establecer cuáles son los cuidados de enfermería prioritarios para los pacientes con diferentes patologías, para así basarnos en las necesidades de los pacientes por patrones alterados.

Se aplicó el PAE a un paciente adolescente de 16 años de edad con trastorno depresivo grave con síntomas psicóticos, el cual asiste acompañado de familiar al área de emergencia, presentando alucinaciones auditivas hace dos meses, con antecedentes de no haber cumplido con la prescripción médica por dos meses, lo que indica que hubo una falta de adherencia a su tratamiento, en la valoración física, se evidencia lesiones al nivel de extremidades superiores e inferiores por autolesión.

Con el objetivo de ejecutar las intervenciones de Enfermería, se desarrolla cada una de las etapas del proceso, iniciando con la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y diagnóstico según su prioridad establecida en la NANDA, seguidamente se planifico, ejecuto y evaluó el plan de cuidados acorde a la necesidad de cada uno de los patrones alterados.

A través del seguimiento de las recomendaciones médicas y las intervenciones de enfermería establecidos en la NIC, se obtuvo resultados favorables que permitieron la restauración de la salud del paciente y readecuación a la vida familiar y social de la comunidad en que se desarrolla.

Palabras claves: trastorno, depresión, psicóticos, síntomas, adolescentes

Abstract

The nursing care process is considered a very important tool as a logical, rational, systematic and organized methodology since it gives us the guideline to establish which are the priority nursing care for patients with different pathologies, in order to base ourselves on the needs of patients by altered patterns.

The PAE was applied to a 16-year-old adolescent patient with severe depressive disorder and psychotic symptoms, who attended the emergency area accompanied by a family member, presenting auditory hallucinations two months ago, with a history of not having complied with the medical prescription for four months, which indicates that there was a lack of adherence to his treatment, in the physical assessment, there is evidence of injury at the level of the upper and lower extremities due to self-injury.

With the objective of executing the Nursing interventions, each of the stages of the process is developed, starting with the evaluation by functional patterns of Marjory Gordon and diagnosis according to its priority established in the NANDA, then the care plan was planned, executed and evaluated. According to the need of each of the altered patterns.

Through the follow-up of the medical recommendations and the nursing interventions established in the NIC, favorable results were obtained that allowed the restoration of the patient's health and readjustment to the family and social life of the community in which it develops.

Keywords: disorder, depression, psychotic, symptoms, adolescents

Introducción

La depresión en adolescentes suele afectar el estado mental normal, siendo así una de las enfermedades mentales más graves, ya que conlleva tasas elevadas en niños y adolescentes en presentar trastornos mentales, esto tiene un impacto negativo en el desarrollo del niño en su infancia, hasta la adolescencia teniendo así repercusiones en su vida adulta. (salud, 2021)

La depresión es estar en un estado de tristeza por tiempos prolongados, teniendo desconsuelo, rabia, y sentimientos de humillación hacia uno mismo, a la negatividad de ver la vida de una mejor manera, con ideas de no superación. La depresión incluso da alientos de suicidio.

Existen factores de riesgos que llevan a los adolescentes a tener depresión, la obesidad en adolescentes, bullying, acoso intraescolar, enfermedades de deterioro mental como trastornos de la personalidad, enfermedades crónicas que desborden en dolor, abuso de bebidas alcohólicas a temprana edad, sentimientos de experiencias pasadas con familiares que tomaron la decisión de suicidarse. (clinic, Mayo clinic, 2022)

El trastorno depresivo grave suele presentarse por el abuso de drogas, violencia, agresiones por parte de familiares, escases de recursos económicos, oportunidades de estudios, siendo un aporte enorme a las tasas de suicidios en los adolescentes. (plus, 2020)

I. MARCO TEORICO

DEPRESION

La Organización Panamericana de la Salud define a la depresión como “una enfermedad que caracterizada por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas” (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Sus síntomas incluyen poca energía, apetito alterado, hábitos de sueño alterados, ansiedad, falta de concentración, indecisión, inquietud, sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza, autolesiones y pensamientos suicidas.

La Organización Mundial de la Salud menciona que “las causas de la depresión incluyen complejas interacciones de factores sociales, psicológicos y biológicos. Diversas circunstancias de la vida, por ejemplo, adversidades en la infancia, una pérdida y el desempleo contribuyen al desarrollo de la depresión y pueden propiciarla” (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Añade:

A nivel mundial, se estima que el 5% de los adolescentes padecen este trastorno y es una causa importante de discapacidad en todo el mundo, incidiendo considerablemente en los porcentajes de mortalidad. Sus efectos pueden ser prolongados o recurrentes, y pueden menoscabar

extraordinariamente la capacidad de una persona para actuar y vivir una vida gratificante (Organización Mundial de la Salud, 2015).

TRASTORNO DEPRESIVO

Hablando de los trastornos depresivos, la Organización Panamericana de la Salud los define como “un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración” (Organización Panamericana de la Salud, 2017, pág. 9).

Y añade:

Puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio.

Los trastornos depresivos incluyen dos subcategorías principales: trastorno o episodio depresivo mayor, que presenta síntomas como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y disminución de la energía; dependiendo del número y gravedad de los síntomas, un episodio depresivo se clasifica como leve, moderado o severo; y distimia, una forma persistente o crónica de depresión leve; los síntomas de distimia son similares a los de un episodio depresivo, pero tienden a ser menos intensos y más duraderos (Organización Panamericana de la Salud, 2017, pág. 9).

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE (CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador lo define como un episodio similar al episodio depresivo grave sin alucinaciones. A diferencia de este, el episodio depresivo grave con síntomas psicóticos tiene entre sus síntomas la aparición de alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave (Ministerio de Salud Pública, 2017, pág. 15).

Naharro et al (2018) añaden con respecto a la depresión psicótica:

La Depresión Unipolar con Síntomas Psicóticos (DP) es un grave subtipo de TDM. Los síntomas psicóticos consisten en delirios y/o alucinaciones que frecuentemente son congruentes con el humor depresivo (de culpa y minusvalía). Los síntomas de depresión mayor en Depresión Psicótica son más frecuentes y numerosos que en la Depresión sin síntomas psicóticos. Asimismo, algunos de estos son más intensos, como la ideación suicida, los sentimientos de desesperanza y culpa, las alteraciones cognitivas, el insomnio, las quejas somáticas e hipocondríacas, el retraso o la agitación psicomotriz y la impulsividad (Naharro, y otros, 2018).

SÍNTOMAS

Según Naharro et al (2018), “los síntomas psicóticos consisten en delirios y/o alucinaciones que frecuentemente son congruentes con el humor depresivo (de culpa y minusvalía). La Depresión Psicótica y la No Psicótica se diferencian tanto en su diagnóstico y tratamiento como en el pronóstico” (Naharro, y otros, 2018).

Según datos de la Clínica Mayo (2021), aunque la depresión solo puede ocurrir una vez en la vida, hay personas que suelen tener varios episodios de depresión.

Durante estos episodios, los síntomas ocurren casi todos los días y pueden incluir:

- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza
- Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia
- Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas, como las relaciones sexuales, los pasatiempos o los deportes
- Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado
- Cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas pequeñas requieren un esfuerzo mayor
- Falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso
- Ansiedad, agitación o inquietud
- Lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales
- Sentimientos de inutilidad o culpa, fijación en fracasos del pasado o autorreproches
- Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas
- Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio
- Problemas físicos inexplicables, como dolor de espalda o de cabeza (Clínica Mayo, 2021).

Por otra parte, hablando de la depresión con síntomas psicóticos, (Naharro, y otros, 2018) menciona:

Los síntomas psicóticos consisten en delirios y/o alucinaciones que frecuentemente son congruentes con el humor depresivo (de culpa y minusvalía). En cuanto a los síntomas psicóticos típicos de la DP, encontramos tanto ideas delirantes como alucinaciones. Habitualmente suelen ser congruentes con el estado de ánimo, y son compatibles con los sentimientos de minusvalía, desesperanza, culpa, castigo merecido, nihilismo (desastre inminente).

Una de las características diferenciales de la DP respecto a la DnoP es su aumento del riesgo de suicidio, siendo del 20-25% la prevalencia de intentos suicidas en los pacientes que sufren DP. En el tratamiento del episodio agudo, tanto la farmacoterapia combinada (antidepresivos más antipsicóticos) como la Terapia Electro convulsiva son de primera línea. El tratamiento de mantenimiento está indicado en pacientes con depresión psicótica porque a pesar de que se alcance la remisión, hay un elevado riesgo de sufrir un nuevo episodio de depresión, con o sin síntomas psicóticos (Naharro, y otros, 2018, pág. 3).

FACTORES DE RIESGO

Existen varios factores de riesgo para la depresión en adolescentes que la podrían desencadenar como los son:

- La obesidad en adolescentes, sufrimiento de bullying, acoso escolar.
- Sufrir violencia intrafamiliar o haberla presenciado.
- Tener enfermedades de deterioro mental como trastorno bipolar anorexia.
- Tener enfermedades crónicas que desborden de dolor.
- No tener fomentada su orientación sexual
- Antecedentes familiares heredados.
- Padre y madre en problemas maritales.
- Familia que tomo decisión de suicidio. (clinic, Mayo clinic, 2022)

PREVALENCIA

Según Muñoz , Arevalo, Tipán, & Morocho (2021):

Actualmente, la depresión es considerada uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en diversos contextos a nivel global. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión se ha convertido en la segunda causa principal de discapacidad en todo el mundo; específicamente, en países del primer mundo, ocupa el tercer lugar, mientras que en países en vías de desarrollo como lo es el Ecuador, esta enfermedad ocupa el primer lugar. Asimismo, la OMS señala que más de 350 millones de individuos sufren esta patología en todo el mundo y que, a pesar de que la depresión es un

trastorno mental tratable en la actualidad, la gran mayoría de pacientes que la experimentan no solicitan ni reciben el tratamiento requerido para mejorar su condición. Se sabe que, en los adolescentes, la depresión es una problemática de múltiples causas y predictora de problemas sociales y otros trastornos. Por ello, es considerada un problema de salud pública (Muñoz , Arevalo, Tipán, & Morocho, 2021, pág. 4).

Por ello, se ha llegado a la conclusión de que la depresión es la principal causa de discapacidad a nivel mundial entre las personas de 15 a 44 años y la principal causa de años perdidos por discapacidad entre los jóvenes de 10 a 14 años, medida por prevalencia y carga de morbilidad; siendo la tasa un 0,5% para niños de 3 a 5 años, 1,4% para niños de 6 a 11 años y 3,5% para adolescentes de 12 a 17 años. Esta enfermedad juega un papel importante como uno de los factores de riesgo para el suicidio, con implicaciones para la sociedad y la estructura familiar.

DIAGNÓSTICO

Según la (Organización Mundial de la Salud, 2015):

La depresión suele presentar un cuadro clínico heterogéneo, que se manifiesta por la presencia de síntomas afectivos (esfera de los sentimientos o emociones): tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en mayor o menor grado, siempre están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

La depresión es susceptible de valoración y ordenamiento a partir de criterios diagnósticos racionales y operativos. Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas; por lo tanto, es fundamental diferenciarla de trastornos endocrinos, metabólicos, infecciosos, neurológicos, neoplásicos, entre otros.

El Ministerio de Salud Pública (2017) añade:

El principal factor que predice un intento suicida es el antecedente de intento previo, seguido de los antecedentes familiares de conducta suicida. Cada vez que se produce un nuevo intento suicida, el riesgo de recurrencia con métodos más agresivos y eficaces aumenta significativamente. Para determinar el riesgo suicida, hay que determinar características adicionales relacionadas con la conducta suicida y el contexto social (Ministerio de Salud Pública, 2017, pág. 42)

TRATAMIENTO

En el tratamiento de la depresión, se considera la implementación de un modelo de atención escalonado, el mismo que busca potenciar la eficiencia en la atención mediante “la proporción de las intervenciones menos intensivas de acuerdo al estado y evolución del paciente”. De esta manera, las recomendaciones, de acuerdo a la intensidad o complejidad del caso, se estratifican, de modo que el primer escalón propuesto es la intervención menos intensiva en atención primaria, y en aquellos casos en los que no se

consigue la respuesta adecuada tras intensificar la intervención, el nivel asistencial más apropiado sería el especializado. En el modelo escalonado, las intervenciones más efectivas y menos intrusivas son administradas inicialmente; si la persona no se beneficia de la intervención ofrecida o la declina, se le ofrece una opción de intervención del siguiente nivel. La aplicación de un enfoque escalonado de atención ha demostrado ser uno de los mejores modelos de prestación de servicios, ya que promueve la intervención multidisciplinar, la adecuada coordinación entre atención primaria y especializada, el uso eficiente de recursos y puede garantizar el acceso a tratamientos costo-efectivos, así como mayor satisfacción por parte del paciente (Ministerio de Salud Pública, 2017, pág. 26).

A continuación, se detallan las recomendaciones para el manejo farmacológico dadas por el Ministerio de Salud Pública:

Al iniciar un antidepresivo, el clínico debe hacer un seguimiento cuidadoso del riesgo de suicidio. Antes de iniciar el tratamiento antidepresivo, se deberá informar adecuadamente al paciente de los beneficios que se esperan alcanzar, los efectos secundarios y el posible retraso del efecto terapéutico. La selección inicial del tratamiento farmacológico deberá basarse principalmente en el perfil de efectos adversos y su tolerabilidad, la seguridad y las propiedades farmacológicas, así como en otros factores como la respuesta previa al tratamiento, los costos y las preferencias de los pacientes. Los inhibidores selectivos de la recaptación serotonina (ISRS) son los antidepresivos con mayor evidencia y con mejor balance riesgo-beneficio, por

lo que deben considerarse la primera elección de tratamiento. La primera línea de tratamiento farmacológico para los adultos con diagnóstico de depresión puede ser con Fluoxetina o Sertralina (ISRS). Se considera como alternativa a la Amitriptilina (ATC) o mirtazapina (NaSSA), siempre y cuando sean consideradas también las características del cuadro clínico del paciente y sus preferencias (Ministerio de Salud Pública, 2017).

1.1. JUSTIFICACIÓN

La depresión es una enfermedad caracterizada por tristeza, pérdida de interés en realizar actividades cotidianas, poca energía, insomnio, disminución de la concentración, pena, culpa y autolesiones.

El presente caso clínico, se centra en el proceso de atención de enfermería, el cual va guiado a un adolescente de 16 años de edad con diagnóstico de trastorno depresivo grave, con cuadro clínico de 4 meses de evolución por falta de toma de medicación (tratamiento médico prescrito).

El estudio de caso da paso a indagar en la patología la cual permitirá enfocar el cuidado de enfermería individualizado, personalizado, a síntomas, necesidades y clínica del paciente.

El desenvolvimiento del presente estudio de caso, tiene como objetivo considerar la pronta mejoría del paciente, para la reintegración a la vida familiar y social, además de la importancia de toma de medicación y su concientización.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general

- Ejecutar el proceso de atención de enfermería en paciente con trastorno depresivo grave.

1.2.2. Objetivos específicos

- Evaluar al paciente, a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon para concluir en el diagnóstico.
- Especificar las actividades de enfermería según el diagnóstico por patrones funcionales alterados gracias a la taxonomía NANDA, NOC Y NIC.
- Justipreciar el principio de los cuidados de enfermería ejecutados tras la recuperación de salud del paciente.

1.3. Datos generales

Nombres y Apellidos: NN	Edad: 16
Raza: Mestiza	Sexo: Femenino
Fecha de Nacimiento: 21/09/2004	Estado civil: Soltero
Lugar de procedencia: San Miguel	Grupo sanguíneo: RhO+
Residencia: San Miguel	Ocupación: Estudiante
Nivel de estudio: Básica	Tipo de seguro de salud: NN

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

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

Paciente de sexo femenino de 16 años de edad, acompañado de familiar ingresa a estación de enfermería del área de emergencia, tras presentar alucinaciones auditivas hace 2 meses, las mismas que indican autolesionarse. Al momento de toma de signos vitales, se encuentra entre los parámetros normales, presión arterial de 100/78 mmHg, frecuencia cardiaca de 87x¹, frecuencia respiratoria de 21x¹, temperatura axilar de 36,5°C, saturación de oxígeno de 98% dando una escala de Glasgow 13/15, a valorar mediante examen físico se evidencia lesiones de arañazos en extremidades superiores e inferiores, el cual el médico indica curación de heridas mediante solución salina al 0.9% y yodo povidona al 10%.

Antecedentes

Antecedentes patológicos personales	Antecedentes familiares	Antecedentes alérgicos	Antecedentes quirúrgicos
Depresión sin atención por cuatro meses	No refiere	No refiere	No refiere

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

Paciente de sexo femenino de 16 años de edad acompañado de familiar con referencia del centro de salud Chimbo acude a casa de salud, Hospital Básico San Miguel por el área de emergencia, con alucinaciones auditivas de 2 meses las mismas que indican autolesión, lesión a familiares y vecinos. Al momento paciente desorientado, agresivo, el cual refiere tener cuadro de alucinaciones con voces que hablan en su cabeza, con signos dentro de los parámetros.

2.3. Examen físico.

2.3.1. Valoración cefalocaudal

Piel: Con lesiones de arañazos, leves rasgos de hidratación baja.

Cabeza: Simétrica, lesiones, cicatrices

Cara: Simétrica, facies rosadas.

Ojos: Simétricos, con mira ida

Oídos: Enrojecidos, asimétricos

Boca: Labios simétricos hipo hidratados.

Lengua: Hidratada.

Nariz: Simétrica, Fosas nasales permeables.

Cuello: Largo, simetría sin signos de adenopatías

Tórax: sin alteraciones, presencia de latidos cardiacos

Axilas: Sin alteraciones

Abdomen: blando, depresible, no doloroso.

Genitales: Sin alteraciones

Extremidades superiores: Asimétricas con lesiones de arañazos y cicatrices.

Extremidades inferiores Asimétricas con lesiones de arañazos y cicatrices.

Medidas Antropométricas y Signos Vitales

Peso: 51 kg

Frecuencia cardiaca: 87x¹

Talla: 157 cm

Frecuencia Respiratoria: 21x¹

IMC: 20.7

Saturación de oxígeno: 98%

Tensión arterial: 100/78 mmHg

Temperatura: 36,5 °C

Valoración de dolor escala EVA

Puntuación: 3

2.3.2. Valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon.

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD.

Paciente de sexo femenino de 16 años de edad al momento de examen físico se encuentra agresiva, familiar refiere no tener buen control de su salud, no haber cumplido con tratamiento farmacológico, prescrito hace 2 meses, no cuenta con higiene personal adecuada.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO

Paciente pesa 51 kg, talla de 157 cm Índice de Masa Corporal (IMC) 20.7 (normal), no se encuentra alteración, presenta arañazos en extremidades superiores e inferiores.

PATRÓN 3: ELIMINACION

Paciente, refleja que si tiene eliminación de líquidos corporales

PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO

Paciente refiere no tener actividades físicas, familiares lo tienen aislado y encerrado bajo llave.

PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO

Patrón alterado, paciente refiere no poder dormir ya que tiene alucinaciones auditivas por la noche, que lo llevan a autolesionarse.

PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTUAL.

Patrón alterado, paciente no orientado en tiempo, lugar y persona, diagnóstico de depresión, paciente se encuentra agresivo, presenta alucinaciones auditivas.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

Patrón alterado, no tiene percepción de tiempo ni ubicación de sí mismo.

PATRÓN 8: ROL – RELACIONES

Familiares refieren que paciente es agresivo con vecinos y familiares cercanos a paciente, paciente se siente sin apoyo familiar, violencia intrafamiliar.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD – REPRODUCCION

Sin alteraciones, ya que es menor de edad sin actividad sexual.

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN – TOLERANCIA AL ESTRÉS

Patrón alterado, familiares refieren que paciente no tolera el estrés, el cual le lleva a cuadros de depresión y alucinaciones.

PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS

Patrón sin alteración.

2.3.3. Patrones funcionales alterados:

Patrón 1: percepción- manejo de la salud

Patrón 4: actividad – ejercicio

Patrón 5: sueño – descanso

Patrón 6: cognitivo – perceptivo

Patrón 7: autopercepción - autoconcepto

Patrón 8: rol – relaciones

Patrón 10: adaptación – tolerancia al estrés

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

Biometría Hemática.

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIAL
Recuento de Glóbulos Rojos	4.13	$10^6/\mu\text{L}$	5-6.5
Hemoglobina	13.2	g/dL	13-18
Hematocrito	38.2	%	42-52
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	8658	μm^3	80-100
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	29.2	pg	27-31
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	33.4	g/dL	30-36
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c	12.8	%	11.5-15.5
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s	38.4	fL	37-54

Plaquetas	321	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
Plaquetocrito	0.19	%	0.1-0.5
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	9.3	μm^3	7.4-11
Indicé de Distribución Plaquetaria (PDWC)	13.1	%	10-18
Glóbulos Blancos	9.6	$10^3/\mu\text{L}$	4.1-10
Linfocitos (%)	17.4	%	20-45
MID (%)	5.7	%	1-15

Resultados de prueba Química Sanguínea

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIAL
Glucosa	86.6	mg/dL	70-110
Urea	32.9	mg/dL	15-45
Creatinina	1.2	mg/dL	0.6-1.4
Aspartato	22	U/L	0-40

aminotransferasa (TGO)			
---------------------------	--	--	--

Resultados de prueba serológica

Sars-Cov-2 IgG	Sars-Cov-2 IgM
Negativo	Negativo

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

El diagnóstico presuntivo: depresión.

El diagnóstico diferencial: depresión con síntomas psicóticos

El diagnóstico definitivo: trastorno de depresión grave con síntomas psicóticos.

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

Conductas que determinan el origen del problema.

Biológicas: paciente no mantiene uso de tratamiento farmacéutico

Físicas: paciente permanece aislado de familiares

Ambientales: se mantiene alejado de su casa, en un cuarto sin ambientación o calefacción.

Sociales: paciente se mantiene aislado de familiares y vecinos.

Al valorarse por medio de los patrones funcionales se evidencia los patrones alterados:

Patrón 1: percepción- manejo de la salud.

Patrón 4: actividad – ejercicio

Patrón 5: sueño – descanso

Patrón 6: cognitivo – perceptivo

Patrón 7: autopercepción - autoconcepto

Patrón 8: rol – relaciones

Patrón 10: adaptación – tolerancia al estrés

A la valoración del paciente se indica ingreso hospitalario y se prescribe por medico los procedimientos a realizar:

Procedimientos a realizar.

Indicaciones.

Control de signos vitales C/8h

Cuidados de enfermería

Familia permanente con paciente

Dieta general

Valoración por psicología

Examen toxicológico, biometría y química sanguínea

Manejo farmacológico.

Medicación	Vía	Indicación
Fluoxetina 20 mg	Oral	20 gotas QD
Risperidona 20mg	Oral	QD
Haloperidol 5 mg	Intramuscular	Cada 8 horas
Quetiapina 200mg	Oral	QD
Diazepan 10mg	intravenosa	PRN

Cuidados de enfermería.

- Control de signos vitales cada 8 horas
- Curaciones de autolesiones
- Propinar medicamentos prescritos por el medico
- Apoyo psicológico

NANDA: 00096
 NOC: 0004
 NIC: 1850

00096 DEPRIVACION DEL SUEÑO
 (1998)

M
E
T
A
S
I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

R/C: Apnea del sueño

Dominio: I Salud Funcional

Clase: A Mantenimiento de la energía

Etiqueta: 0004 Sueño

Clase: 1 Fisiológico Básico

Campo: F Facilitación de autocuidado

Etiqueta: 1850

E/P: alucinaciones, agresividad, deterioro de la percepción

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
000402 horas de sueño cumplidas		X			
000404 calidad del sueño		X			
000421 dificultad para conciliar el sueño	X				
000416 apnea del sueño		X			
000422 pesadillas	X				

ACTIVIDADES

1. Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
2. Determinar los efectos que tiene la medicación.
3. Observar/registrar el patrón y números de horas de sueño del paciente.
4. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño.
5. Identificar los medicamentos que el paciente esta tomando para el sueño.
6. Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresor de la fase

NANDA: 00079
NOC: 1409
NIC: 5616

00079 INCUMPLIMIENTO
(1973, 1996, 1998)

R/C: Conocimiento insuficiente del régimen terapéutico.

Dominio: III Salud Psicosocial.

Clase: O Autocontrol.

Etiqueta: 5616 Autocontrol de la depresión

Clase: 3 Conductual

Campo: S Educación de los pacientes

Etiqueta: 5616 Enseñanza de medicamentos prescritos

E/P: conducta de no adherencia, sintomatología, desarrollo de complicaciones relacionadas

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
140902 Supervisa la intensidad de la depresión		X			
140905 Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva		X			
140909 Refiere mejoría del estado de ánimo			X		
140923 utiliza la medicación prescrita	X				

ACTIVIDADES

1. Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos según corresponda.
2. Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
3. Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento.
4. Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

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

La teorizante que se designó para el desarrollo de la valoración de este estudio de caso, es el modelo de Virginia Henderson, el cual se centra en las 14 necesidades de los individuos, la cual incluye a los pacientes sanos o enfermos dando así el cuidado personalizado que se da al paciente, el cual el personal de enfermería cumple su rol con efectividad, para la restauración de la salud del paciente, física y psicológica de manera rápida para la integración a la sociedad.

Valoración de las necesidades según Virginia Henderson.

Necesidad de respirar: no presenta alteración.

Necesidad de alimentarse e hidratarse: no presenta alteración

Necesidad de eliminar por todas las vías corporales: no presenta alteración

Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas: presenta alteración ya que el paciente permanece aislado en un cuarto bajo llave.

Necesidad de dormir y descansar: presenta alteración debido a que el paciente no puede dormir ya que presenta alucinaciones mentales.

Necesidad de escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse: presenta alteraciones ya que no se viste por si solo

Necesidad de mantener la temperatura corporal: no presenta alteración.

Necesidad de mantener la higiene y la integridad de la piel: presenta alteraciones, lesiones a nivel de extremidades superiores e inferiores

Necesidad de evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas: familiar refiere que paciente se auto lesiona y lesiona a vecinos y familiares

Necesidad de comunicarse con los demás para expresar emociones, temores, etc.: paciente refiere no tener comunicación constante con familiares ya que no cuenta con apoyo de parte de ellos.

Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias: no presenta alteración

Necesidad de ocuparse en algo que su labor tenga sentido de realización personal: presenta alteración, paciente permanece encerrado en cuarto bajo llave.

2.8. Seguimiento

Paciente en su hospitalización permanece, intranquilo desorientado en tiempo, lugar y persona en ocasiones por disminución de efectos de fármacos administrados en el área de emergencia, paciente muestra poco interés en la toma de medicación prescrita y actividades de enfermería, se indica a familiar las actividades a realizar para el cumplimiento de la toma de medicación y curación de lesiones en extremidades superiores e inferiores, se brinda a paciente apoyo emocional y consulta con psicología para ganar confianza con el mismo. Se ofrece los cuidados de enfermería los cuales se enfocan en las necesidades físicas y psicológicas del paciente.

Al cuarto día de hospitalización paciente se encuentra estable orientado en tiempo lugar y persona con signos vitales dentro de los parámetros normales, cooperando con su pronta recuperación, paciente confía más en el personal de enfermería y es colaborador en las actividades a realizar, toma de medicación prescrita y acompañamiento emocional por parte del personal de psicología.

Medico de turno al sexto día de hospitalización tras valoración psicológica, y recuperación de su psiquis, decide dar de alta a paciente con interconsulta en el primer nivel de atención, con al área de psicología para dar seguimiento al caso.

2.9. Observaciones.

El estudio de caso del paciente adolescente de 16 años de edad, con diagnóstico de trastorno depresivo grave me facultó de adquirir conocimientos sobre esta enfermedad psicológica, síntomas y los factores de riesgo que predominan para el desarrollo de esta patología.

Se da la selección de un tratamiento adecuado para esta patología, ingesta de fármacos prescritos, acompañamiento psicológico. La ejecución de los cuidados de enfermería personalizados e individualizados para esta patología favoreció en la pronta recuperación del paciente, brindado apoyo psicológico y farmacológico.

CONCLUSIONES

El proceso de atención de enfermería es la herramienta de aplicación científica de cuidado directo al paciente de manera personalizada para así velar las necesidades del mismo.

A evaluar los patrones funcionales alterados según Marjory Gordon en el presente estudio de caso, los cuales permitió el diagnóstico enfermero para el desenvolvimiento de las actividades conforme a las taxonomías NANDA, NOC Y NIC, ejecutadas por cada necesidad del paciente una vez instauradas.

Al justipreciar los principios de los cuidados de enfermería ejecutados en el paciente tras su comprobación de manera adecuada, efectiva, y calidad así regenerando la salud del paciente en análisis de la situación inicial, dando un cumplimiento a todos los objetivos planteados.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

- clinic, M. (3 de mayo de 2022). *Mayo clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/teen-depression/symptoms-causes/syc-20350985>
- clinic, M. (3 de Mayo de 2022). *Mayo clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/teen-depression/symptoms-causes/syc-20350985>
- Clínica Mayo. (29 de julio de 2021). *Depresión (trastorno depresivo mayor)*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos*. Quito: Editogran - Medios Públicos EP.
- Muñoz , K., Arevalo, C., Tipán, M., & Morocho, M. (30 de abril de 2021). *Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes*. Obtenido de Revista Ecuatoriana de PEdiatría: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1222375/a6-depresion-y-factores-asociados-a-depresion-en-adolescentes-_vsde5F6.pdf
- Naharro, M., Roselló, M., Pascual, C., Cano, J., Francés, N., & Lull, J. (2018). *DEPRESIÓN PSICÓTICA: MÁS ALLÁ DEL TRASTORNO DEPRESIVO*

MAYOR. Obtenido de XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría:
<https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2017-13-prb2.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Depresión*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Depresión*. Obtenido de OPS:
<https://www.paho.org/es/temas/depresion>

plus, M. (2020). Depresion en adolescentes. *MEDLINE PLUS*. Obtenido de https://medlineplus.gov/spanish/teendepression.html#cat_83

salud, I. a. (2021). Depresion. *20 guías salud*, 1. Obtenido de <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-introduccion/>

ANEXOS

ESTABLECIMIENTO: HOSPITAL DE LOS HERMANOS
 NOMBRE: Deyra Margoth Yanez Guillen
 APELLIDO: YANEZ GUILLEN
 SEXO: F
 EDAD: 16
 N° IDENTIFICACION: 0202265836

FECHA: 14/03/2016
 HORA: 10:30

1. SIGNOS VITALES

TEMPERATURA	37.5	37.8	37.5	37.8	37.5	37.8	37.5	37.8	37.5	37.8	37.5	37.8	37.5	37.8	37.5	37.8	37.5	37.8	37.5	37.8
FRECUENCIA CARDIACA	70	75	70	75	70	75	70	75	70	75	70	75	70	75	70	75	70	75	70	75
FRECUENCIA RESPIRATORIA	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20
PRESION ARTERIAL	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60	114/70/60
PRESION DIASTOLICA	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70

2. BALANCE HIDRICO

3. MEDICIONES Y ACTIVIDADES

RESPONSABLE: M. S. J. C.

8. SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

9. EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO

10. SOLICITUD DE EXAMENES

11. DIAGNOSTICO DE INGRESO

12. DIAGNOSTICO DE ALTA

13. PLAN DE TRATAMIENTO

4. ALTA

1. EVOLUCION

2. PRESCRIPCIONES

3. OBSERVACIONES

CONCIENCIA DE CONCILIACION DE MEDICAMENTOS

COORDINACION ZONAL DE SALUD 5

DISTRITO 0203 CHIMBO SAN MIGUEL

HOSPITAL BASICO SAN MIGUEL

Deyra Margoth Yanez Guillen

0202265836

16

5115

154cm

No efecto

No efecto

Fluoxetina 20mg VO QD

Risperidona 2mg VO QD

Fluoxetina 20mg VO QD

Risperidona 2mg VO QD

Haloperidol 5mg VO QD

Quetiapina 150mg VO BID

Fluoxetina 20mg VO QD

