



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Práctica de Examen Complexivo previo a la obtención del
Grado Académico de Licenciada en Enfermería.**

TEMA PROPUESTO DE CASO CLÍNICO:

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON TENTATIVA
AUTOLITICA.**

AUTORA:

EDITH ALEXANDRA ERAZO BARAHONA.

TUTORA:

LIC. MARILU MONCADA HERRERA.

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador.

2018



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**LIC. LORENA OTERO TOBAR MSC.
DECANATO O DELEGADO (A)**

**LIC. BLANCA ÁLVAREZ MACIAS MSC.
COORDINADORA DE CARRERA
O DELEGADO (A)**

**DRA. MARÍA EUGENIA ROJAS MACHADO. MSC.
COORDINADORA GENERAL DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO O DELEGADO (A)**

**ABG. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO**





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **Fernanda Marilú Moncada Herrera**, en calidad de Docente - Tutor de la estudiante **Edith Alexandra Eraza Barahona** la misma que está matriculada en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, **Proceso de atención de enfermería en paciente con tentativa autolítica**, de la Carrera de **Enfermería** de la Escuela de **Enfermería**, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que la misma reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de septiembre del año 2018

Lic. **Fernanda Marilú Moncada Herrera**
Docente -Tutor

CI: 1206258442

Recibido
[Signature]
20-9-18



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACION



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Enfermería
Carrera de Enfermería

Por medio del presente dejo constancia de ser la autora de este Caso Clínico titulado:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
TENTATIVA AUTOLITICA**

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de nuestra absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizamos, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: Babahoyo, 17 de septiembre de 2018

Autora


EDITH ALEXANDRA ERAZO BARAHONA
C.I. 092377744-5

Recibido

20-9-18

Urkund Analysis Result

Analysed Document: c.c ENFERMERIA.docx (D41532456)
Submitted: 9/17/2018 11:21:00 PM
Submitted By: mhinojosa@utb.edu.ec
Significance: 7 %

Sources included in the report:

CC.Alexandra Erazo Barahona.docx (D41524786)

Instances where selected sources appear:

3



TUTORA
Lic. Marilú Monacada Herrera
C.I. 120625844-2



EGRESADA
Edith Alexandra Erazo Barahona
C.I. 092377744-5

Recibido

20-9-18

TABLA DE CONTENIDOS:

AGRADECIMIENTO.....	V
INTRODUCCION.....	6
1. MARCO TEORICO.....	1
1.1 JUSTIFICACION.....	10
1.2 OBJETIVOS.....	11
1.2.1 Objetivo General:.....	11
1.2.2 Objetivos Específicos:.....	11
2. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO.....	13
2.1 Análisis motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente:	
13	
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	14
2.3 Examen físico (Exploración Clínica).....	14
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	18
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	20
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	20
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	23
2.8 Seguimiento.....	23
2.9 Observaciones (Aspectos importantes).	24
PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERIA	26
.....	26
.....	26
CONCLUSIONES.....	27
BIBLIOGRAFÍA.....	28
ANEXOS.....	29

TITULO DEL CASO CLÍNICO:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TENTATIVA
AUTOLITICA**

RESUMEN

El presente estudio de caso tiene como objetivo elaborar un plan de cuidado de enfermería en paciente con tentativa autolítica por periodos depresivos, para disminuir la ansiedad dándole apoyo emocional y espiritual porque somos cuerpo alma y espíritu.

La tentativa autolítica por trastornos depresivos se determina por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades.

En conclusión el personal de salud debe inculcar en el usuario, la importancia del autocuidado, en cuanto al cumplimiento de terapias, seguimiento y actividad física. Exponer al usuario la su entorno a sus familiares los signos de alarma de crisis depresivas.

Palabras clave: Rigidez cognitiva, pensamiento dicotómico, cognitivo conductual.

ABSTRACT

The present case study aims to develop a nursing care plan for patients with autolytic attempts for periods of depression, to reduce anxiety by giving emotional and spiritual support because we are soul and spirit body.

The autolytic attempt for depressive disorders is determined by a sadness of an intensity or duration sufficient to interfere in the functionality and, sometimes, by a decrease in interest or pleasure aroused by the activities.

In conclusion, health personnel must instill in the user, the importance of self-care, in terms of compliance with therapies, monitoring and physical activity. Exposing the user the environment to their relatives the warning signs of depressive crisis.

Keywords: Cognitive rigidity, dichotomous thinking, cognitive behavior

AGRADECIMIENTO.

Quiero agradecer en primer lugar a Dios, por guiarme en el camino y fortalecerme espiritualmente para empezar un camino lleno de éxito.

Así, quiero mostrar mi gratitud a todas aquellas personas que estuvieron presentes en la realización de este caso clínico agradezco todas sus ayudas, sus palabras de motivación, sus conocimientos, consejos y su dedicación, quienes con su conocimiento y su guía fueron una pieza clave para que alcanzara a desarrollar una clave de hechos que fueron imprescindibles para cada etapa de desarrollo del trabajo, gracias.

Atentamente;

Edith Alexandra Erazo Barahona.

EGRESADA DE ENFERMERÍA

INTRODUCCION

Se denomina **ideación autolítica** la persistente idea en el individuo de pensamientos suicidas. Normalmente nos referimos a suicidio consumado como “toda muerte que resulta mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado”.

Los **trastornos depresivos** se determinan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. Se desconoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la antecedentes familiares, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales. El diagnóstico se basa en los antecedentes. En el tratamiento se utilizan fármacos o psicoterapia y, en ocasiones, terapia electro convulsiva.

En el presente estudio de caso, hablaremos de una adolescente de 15 años de edad que acude a consulta externa, motivo de consulta tentativa autolítica. El estado General al Ingreso Paciente es consciente, además orienta, ansiosa, acude con familiares donde refieren consume de múltiples fármacos secundario a problemas familiares como con pareja, una ingesta intencional con poli drogas con fines suicidas o intento de suicidio, al mezclar todo lo que encuentran en la casa. En lo habitual los medicamentos que se manejan en las casas, aunque tienen el potencial, son poco tóxicos, excepto que se ingiera una gran cantidad de dosis unitarias. Tratar el tema del suicidio no es fácil ya que en él intervienen muchos factores que describiremos más adelante. Además, es relativamente fácil caer en estereotipos sobre el suicidio, en mitos o en argumentos morales que poco ayudan a la persona o familiares.

1. MARCO TEORICO

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la tentativa autolítica, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su condición corporal”.

En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de diferente medio continuo de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación hasta la gradación conductual creciente que son amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado, entonces decimos que dicha conducta puede provocar lesiones o no lesiones, independiente de la letalidad del método (GUIA DE PRACTICA CLINICA DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA, 2017).

Cuando un individuo tiene un trastorno depresivo, este se interpone con la vida cotidiana y sus funciones propiamente dichas, causando dolor tanto para quien padece el trastorno, su familia, sociedad. La depresión es una alteración de la salud común pero grave y la mayor parte de la sociedad la padecen necesitando tratamiento para mejorar de las cuales muchas personas con la enfermedad mencionada nunca buscan tratamiento. La gran mayoría que buscan ayuda a tiempo, incluso y en los casos más graves de depresión, pueden mejorar con tratamiento (MENTAL, 2012).

FISIOPATOLOGIA

La tendencia de trastornos depresivo es la herencia, teniendo como mayor probabilidad adoptar esta enfermedad, en los estudios se dice que los entre genes que se localizan en los cromosomas 2, 10, 11, 17, 18 entre otros así como el polimorfismo polimorfismos de genes como el del transportador de la serotonina el que refiere al origen de la depresión, la dopamina es un principal neurotransmisor inhibitorio este se encarga mesocortical y mesolímbica participando en el estado de alerta derivándose del aminoácido tirosina.

La serotonina y la noradrenalina ejercen en el estado mental y conductual mientras que la dopamina en la función motriz, estos tres neurotransmisores aminergicos son los encargados de un buen funcionamiento en el estado mental la carencia de la noradrenalina o el desequilibrio de la serotonina son la causa de la psicosis depresiva siendo el tratamiento antidepresivo indicado para el buen funcionamiento de la noradrenalina en la sinapsis (IZQUIERDO, 2012).

CLASIFICACION DE LA DEPRESION.

Depresión leve:

Los pacientes en general, son capaces de continuar con sus actividades habituales con total normalidad (desinterés en actividades que antes le eran placenteras).

Depresión moderada:

Estos pacientes demuestran dificultades para el desarrollo de las actividades habituales (las mismas de la leve sumado de pérdida de confianza y autoestima, sentimiento de culpa y auto-reproche).

Depresión grave:

Los pacientes de esta etapa presentan una estancia sujeta a la angustia, desesperación, especialmente con pérdida de autoestima y culpabilidad.

FACTORES.

Factores de riesgo psicológicos: Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobre generalización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo. Estas circunstancias cambian en función del tiempo aunque hay dos de especial importancia, el desánimo y la dureza cognitiva.

Factores de riesgo socio-familiares y ambientales: Por otra parte, diversos estudios destacan la asociación del suicidio con diferentes factores de riesgo socio familiar, como estar separado o sin pareja, las pérdidas personales, el abandono en la infancia, la historia previa de intento suicida o de suicidio en la familia o la existencia de situaciones vitales estresantes historia familiar de suicidio.

Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida, especialmente en el género femenino y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado. Eventos vitales estresantes.

Situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser ocasionantes de un comportamiento mortífero en personas que presentan otros agentes de riesgo.

Apoyo socio familiar: La conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o falta de apoyo social.

Nivel socio-económico: Situación laboral y nivel educativo: la pérdida de empleo y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio pudiéndose considerar la pérdida de empleo o el retiro de ancianos, actividades en tensión, aumentando así el doble y el triple flujo de suicidio. Trabajos muy cualificados y profesiones con alto nivel de estrés también presentan un alto riesgo de suicidio, un bajo nivel educativo se asocia también con un aumento del riesgo de suicidio (Guiasalud, 2017).

Clasificación de factores.

Modificables:

Trastornos afectivos, esquizofrenia, trastorno de ansiedad, abuso de sustancias, trastorno de personalidad, otro trastorno mental, condición física, dimensiones psicológicas.

Inmodificables:

Heredabilidad, sexo, edad, adolescentes y adultos jóvenes, edad geriátrica, estado, civil, situación laboral y económica, creencia religiosas, apoyo social, tentativas autolítica.

Signos y síntomas:

La mayoría de los pacientes que consultan por ingesta de medicamentos están conscientes y asintomáticos. En aquellos se debe procurar en implantar qué fue lo ingerido y en qué cantidad. Cuando se encuentren con envases de medicamentos a los que se les puede presionar para que no se lleven a su casa, se pueden observar un momento y se seguirán enviando a su casa con indicaciones de vigilancia a los padres y control posterior si cambian las condiciones. Aquellos pacientes asintomáticos, pero con una sospecha de haber ingerido una dosis tóxica, estar infectados con métodos similares a los que se pueden usar antídotos específicos. Cuando se recibe un paciente sintomático con la sospecha de una infección medicamentosa, primero se estabiliza y luego se preocupa de la (s) droga (s) ingerida.

Cuando se recibe un paciente asintomático se debe evaluar según protocolo ABCD, asegura vía aérea, ventilación adecuada circulación y ritmo cardíaco y por ultimo logran do esos objetivos la evaluamos la condición neurológica (Dalmazzo, 2012).

Signos y síntomas:

- Estado de ánimo triste y decaído.
- Pérdida de interés y placer en las actividades normales.
- Dificultad para dormir (insomnio) o dormir excesivamente.
- Intentos previos de autolesión.
- Cambio en el nivel de las actividades: la persona se torna letárgica, el retraso psicomotor y la agitada.
- Falta de apetito y pérdida de peso o hambre acentuado y aumento exagerado de peso.
- Pérdida de la energía mostrando gran fatiga.
- Apariencia física afligida.
- Auto concepto negativo.
- Sentimientos de culpa.
- Sentimientos de carecer de valor.
- Aislamiento.
- Dificultades para concentrarse, aparentes o reales.
- Se muestra indeciso.
- Ideas recurrentes de muerte o suicidio.
- Llanto constante.
- Negación de la conducta de encierro y poca elaboración del incidente delincuenciales.
- Despedidas inusitadas.
- Emiten palabras acerca del suicidio.

- Obtener los medios para atentar contra tu propia vida, como comprar una arma o almacenar píldoras.
- Timidez en la vida social y la ambición de sentirse solo.
- Tener cambios de humor, como pasar de estar eufórico, un día, estar muy despierto, desalentado, al día siguiente.
- Nerviosismo por la defunción, por el hecho de fallecer o por la violencia.
- Padecer desesperanza o impotencia ante una situación.
- Aumentar el consumo de alcohol o drogas.
- Soportar cambios en la rutina normal, por ejemplo, cambios en la alimentación y en los horarios de relación.
- Ausentarse de las personas como si la despedida fuera definitiva.
- Desarrollar cambios de personalidad o estar muy ansioso o agitado, en particular, algunos de los signos de advertencia antes indicados.
- Las marcas de aviso no siempre son evidentes y pueden variar de una persona a otra. En varias personas dejan en claro sus deseos, en tanto que otras conservan en secreto su raciocinio y sensación suicidas (Rocheste, 2015).

Diagnóstico:

Para diagnosticar la ansiedad se hace mediante la valoración del test psicométrico, Hamilton para medir la intensidad o gravedad la depresión siendo uno de las más usadas para monitorizar compuesta de 17 ítems.

Donde se califica de la siguiente manera:

No depresión	0-7
Ligera menor	8-13
Moderada	14-18
Grave	19-22
Muy grave	>23 (Lobo A, 2012)

Otras causas para tener en cuenta el diagnóstico diferencial.

Son consumo de sustancias, enfermedades físicas, síndrome de Cushing enfermedades coronarias, ictus, insuficiencia suprarrenal, alteración de la función tiroidea, diabetes, trastorno de sueño, demencia, dolor crónico, cáncer y otros trastornos psiquiátricos.

Pruebas complementarias diagnóstico diferencial.

No es necesaria la realización de exámenes de laboratorio.

Si se deberían solicitar si:

El paciente es adulto mayor, si aparece un síntoma fuera de lo común en estos pacientes (Bryan, 2011).

TRATAMIENTO:

Hay diversos tratamientos que pueden ayudar con eficacia en la depresión. Entre ellos, podemos citar: Técnicas de autoayuda (planifica el día, manejo del estrés actividad física, problemas del sueño, abuso de alcohol y otras drogas). Terapias psicológicas (terapia cognitivo-conductual, interpersonal). Terapia farmacológica (antidepresivo). Plan de apoyo familiar (Guía de la práctica clínica, 2012).

1.1 JUSTIFICACION

La salud mental contribuye al capital humano, social, económico y a las funciones de la sociedad aportando a la productividad y generando un recurso primordial para familias, comunidades y naciones; además, influye en la vida espiritual del individuo, en su imagen positiva que permite reflejar ese bienestar hacia los demás, tomar buenas decisiones y hacerle frente a los desafíos en los distintos ámbitos de la vida por esta razón es mi inclinación por desarrollar este tema.

Para esto se utilizara un instrumento de medición psicológica que nace de la teoría cognitiva. De esta manera espero aportar a un grupo muy vulnerable como son los pacientes con intentos autolítico.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General:

- 1)** Brindar cuidados de enfermería en pacientes con tentativa autolítica para mejorar su salud mental en el servicio de Medicina Interna Hospital De Especialidades Eugenio Espejo Cantón Quito Provincia Pichincha.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- 1)** Conocer los factores que se relaciona con la depresión y que desarrollan ideas suicidas.
- 2)** Aplicar efectivamente la acción de promoción y prevención para intentar que el paciente con intento suicida autolítica disminuya.
- 3)** Evaluar la capacidad de respuesta del paciente al tratamiento.

1.3 DATOS GENERALES

Nombre: N.N

Número de cama: 5

Edad: 15 años

Etapas de la vida: Adolescente

Sexo: Femenino

Religión: Católica

Estado Civil: soltera

Ocupación: -----

Grado de Nivel sociocultural/económico: Medio Bajo

Etnia: Mestizo

Procedencia Geográfica: Quito - Provincia Pichincha.

HC: -----

Instrucción: Secundaria

Residencia Actual: Comité del pueblo

2. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente:

Refiere que desde hace 1 año aproximadamente por antecedentes de cambio de colegio, sufre bullying escolar, desde lo que ha presentado cambios del estado de ánimos, asociados a problemas familiares previos como mala relación con la madre por celos con el hermano, además refiere que hace 12 horas presenta discusión con enamorado posterior a lo cual decide ingerir tabletas que según madre refiere guardar en su domicilio "*paracetamol y finalin*" sin embargo no contamos con la información confirmada de la misma, por lo que madre acude a domicilio a traer dichas tabletas, suceso ocurre aproximadamente a las 16:30 de día de ayer, posteriormente paciente diluye cantidad inespecífica de "sello rojo" (en frasco de orina) mezclado con agua, de lo que ingiere aproximadamente 5 miligramos (no es confiable información emitida por paciente pues no concuerda con descripción hecha en hospital de transferencia en donde indico haber ingerido 1 vaso), paciente comenta lo sucedido a madre quien traslada inmediatamente al Hospital Metropolitano en donde realiza manejo hídrico, completan con exámenes de laboratorio mismos que se encuentran dentro de parámetro normales y acuden a esta casa de salud.

Motivo de consulta: Tentativa Autolítica.

Estado General al Ingreso paciente: consciente orienta, ansiosa, acude con familiares donde refieren consume de múltiples fármacos Secundario a problemas familiares como con pareja.

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

Antecedentes personales: sin antecedentes patológicos.

Antecedentes familiares: con diagnóstico psiquiátrico de trastorno ansioso depresivo.

Anamnesis:

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad, consciente orientada, ansiosa, acude con familiares donde refieren consumo de múltiples fármacos Secundario a problemas familiares como con pareja.

2.3 Examen físico (Exploración Clínica).

A la exploración paciente se encuentra orientada, en tiempo, espacio y persona. Paciente consiente, orientada, no localización neurológica, afebril, semihidratada. Glasgow 15/15.

Temperatura: 36.8°C.

Frecuencia cardíaca 67 pulsaciones por minuto.

Frecuencia respiratoria 16 respiraciones por minuto.

Presión arterial 100/60 mm Hg .

Saturación de oxígeno: 96% .

Cabeza: cráneo y cara sin alteraciones, sin hematomas

Cabello: seco y fino

Ojos: simétricos, pupilas normo reactivas a la luz

Oídos Presencia de cerumen. Pabellones aurículas sin adenopatías con buena agudeza auditiva

Nariz Fosa nasal permeables. No signos de excoriaciones ni cortaduras.

Cavidad oral: Dificultad para masticar, semihidratada.

Cuello: sin adenopatías.

Tórax simétrico, corazón ruidos cardiacos rítmicos, no soplos pulmones murmullo vesicular conservado no se auscultan ruidos sobreañadidos región axilar sin adenopatías.

Mamas simétricas sin alteraciones.

Abdomen: blando, no doloroso, ruidos presentes.

Extremidades superiores e inferiores: simétricas sin edema.

Valoración por patrones funcionales de Maryory Gordon.

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud: Paciente manifiesta que manifiesta haber sufrido de bullying el cual no fue tratado.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico: Piel y membranas notablemente pálidas, problema en la deglución por irritación en la glotis, disfagia.

Patrón 3: Eliminación. No refiere alteraciones en orina, sin presencia de melenas, sin edema en extremidades inferiores.

Patrón 4: Actividad y ejercicio: Lleva una vida no placentera, no realiza actividad recreativas por falta de motivación, Incapacidad de ocio habitual.

Patrón 5: Sueño y descanso: Manifiesta que no puede conciliar normalmente el sueño, problemas de salud psicológica que afectan al estado de ánimo (ansiedad, depresión).

Patrón 6: Cognitivo – perceptivo: Paciente consiente, orientada en tiempo, espacio y persona con capacidad para entender los procedimientos a realizarse.

Patrón 7: Autopercepción – auto concepto: La paciente reconoce su cuerpo físico, y no siente vergüenza del mismo.

Patrón 8: Rol y Relaciones: problemas en su entorno inseguro, familia disfuncional, dice sentirse culpable.

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción: Sexualmente pasiva, ruptura con su pareja la cual la llevo a la tentativa autolítica.

Patrón 10: Adaptación y Tolerancia al estrés: Aspecto débil, ansiosa pero orientada en tiempo y espacio, colabora a interrogatorio.

Patrón 11: Valores y Creencias: Ninguna.

Patrón 12: Confort: Manifiesta no sentirse bien, que siente sola dice sentirse aislada.

Patrón 13: Desarrollo crecimiento: Ha tenido cambios físico en su periodo actual tomando en cuenta que es adolescente.

Patrones funcionales alterados.

- **Patrón Nutrición**
- **Patrón Adaptación y Tolerancia al estrés**

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Bioquímica sanguínea.

Parámetros	Valor	Rango referencial
<i>Creatinina</i>	0.6 mg/dl	0.50-1.30 mg/dl
<i>Glucosa</i>	82mg/dl	70-100 mg/dl
<i>Urea</i>	24 mg/dl	16-48 mg/dl
<i>Sero-globulina</i>	2.4 g/dl	1.5-1.3 g/dl

Hematología.

Parámetros	Valor	Rango referencial
<i>Basófilos</i>	0.14 10 ⁹ /ul	0.00-0.11 10 ⁹ /ul
<i>Eosinofilos</i>	0.11 10 ⁹ /ul	0.8-0.44 10 ⁹ /ul
<i>Glóbulos blancos</i>	15620 10 ⁹ /ul	4.40-10.00 10 ⁹ /ul
<i>Hematocrito</i>	42.9 %	38-48.0 %
<i>Hemoglobina</i>	14.7 g/dl	12.6-16.4g/dl
<i>PCR cuantitativa</i>	1.10 mg/dl	0.00-5.00 mg/dl

Gases arteriales.

Parámetros	Valor	Rango referencial
<i>PCO2</i>	23.10 mmHg	35-45 mmHg
<i>Ph sanguíneo</i>	7.30	7.35-7.45
<i>PO2</i>	75.20mmHg	80-95 mmHg
<i>HCO3</i>	12.60	22 a 28 mEq/L
<i>Fosforo suero</i>	3,6	2.8 a 4.5 mg/dl
<i>Calcio ionico</i>	1,22	8,8 y 10,4 mg/dl
<i>Calcio total</i>	9,7	8.5 a 10.2 mg/dL
<i>Sodio</i>	140	135 a 145 mEq/L
<i>Potasio</i>	3,5	3.7 a 5.2 mEq/L
<i>Cloro</i>	99	96 a 106 mEq/L
<i>Ggt</i>	6	0 a 30 UI/L

<i>Tgp</i>	14	7-56 u/l
<i>Tgo</i>	20	5-40 u/l
<i>Fosfatasa alcalina</i>	105	44 a 147 UI/L
<i>Acido láctico</i>	1,6	2 mmol/L.
<i>Globulina</i>	2,4	2.0 a 3.5 g/dL
<i>Albumina</i>	4,8	3.4 a 5.4 g/d
<i>Proteína t</i>	7,20	6.0 a 8.3 g/dL
<i>Bi</i>	0,11	0,2 – 0,9 mg/dL
<i>Bd</i>	0,17	0,1 – 0,4 mg/dl
<i>Bili total</i>	0,28	6.0 a 8.3 g/dL

En analítica de exámenes:

Leucocitosis, no anemia, no trastornos plaquetarios, no alteración en la química sanguínea, prueba de citolisis hepática normal.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.

Descripción luz mucosa y trayecto conservados.

Estomago: lago gástrico escaso motilidad y peristaltismo conservado, píloro céntrico y móvil, lesiones por parte de cáusticos.

Resultados no patológicos.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnósticos presuntivos: Acidosis metabólica.

Diagnostico confirmado: Envenenamiento por analgésicos no narcóticos antipiréticos y antirreumáticos otros analgésicos (tentativa autolítica).

Diagnóstico definitivo: Episodio Depresivo.

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

Al analizar el cuadro clínico, apreciamos que estos síntomas son característicos y llegamos a la observación que la tentativa autolítica que se dan con frecuencia por episodios depresivos por la falta de autoestima en ellos ya que no tienen un comportamiento cognitivo un grave problema bio-psico-social, y que el diagnostico se orienta a esta patología por presentar factores de riesgo en su estado de salud actual y sus antecedentes familiares patológicos.

Análisis de los problemas determinados que definen el origen de la misma.

Ambientales: Expuesta a medicamentos.

Sociales: Su comportamiento social y sus relaciones con las demás personas (como sus padres, hermano y pareja); esta disminuido, por estar sumergida en la tristeza.

Conducta a seguir:

- ✓ Asesoramiento por parte de Psiquiatría en psico-educación, psicoterapéutico a paciente y a familiares.

Mediante la psicoterapia se ayudara aclarar situaciones, la donde las intervenciones y apoyos que ayudan al paciente en su tratamiento en la adquisición de capacidades y habilidades necesarias para que lleve una vida cotidiana de la forma más autónoma plena y digna posible, pudiendo realizar sus roles sociales y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse.

Tratamiento terapéutico.

La psicoterapia es el tratamiento terapéutico que tiene como único objetivo el cambio de ideales, sentimientos y conductas. Lleva a cabo entre un profesional con la formación y las habilidades necesarias para facilitar el cambio psicológico, y el usuario que requiere la ayuda para aliviar los síntomas que le producen un grado importante. La persona que llega a una terapia, cualquiera que sea la naturaleza de sus síntomas psicológicos, se encuentra en un estado de desmoralización que puede ser caracterizado por: pérdida de valoración de si mismo, sentimientos de inepticia, desvalimiento y condena. Esa sensación de incompetencia subjetiva deja al individuo incapacitado para afrontar las demandas del medio ambiente y con la frecuencia que lleva a confundir el significado de las síntomas, a su severidad exagerar, a volverse loco a un temer, etc. La psicoterapia genera cambios consecuentes con los objetivos que desea alcanzar el asiduo. Proporcionando el caos facilitando la comprensión de ideas y acciones que han sido confusas. Conduce un cierto alivio al capacitar a la persona para afrontar ansiedades y tensiones que han sido evitadas. Conduce nuevas oportunidades para aprender diferentes formas de pensar,

sentir y actuar. En definitiva, provocar que la sensación de malestar progresivamente vaya dejando paso a la de dominio y control personal. Los terapeutas procuran crear un entorno emocional cálido, de apoyo y admiración, no crítica, favorecedora de la seguridad y la esperanza. Se establece una alianza terapéutica para el fomento de una actitud positiva hacia el trabajo y la motivación para el futuro riesgos que se presentan al experimentar conductas, sentimientos y procesos de pensamiento nuevos. Las intervenciones se diseñan para aliviar el tormento y favorecer cambios significativos con los objetivos del cliente. Buscan la asimilación e incorporación en la vida del cliente de los aprendizajes conmocionales, conductuales y cognitivos de manera asertiva. Neutralizan los miedos irracionales. Conciben estrategias para cambiar los patrones de conducta desajustados, las creencias irracionales, las emociones disforias y las formas auto derrotistas de relacionarse con otros. Favorecen la transferencia de las nuevas conductas hacia la vida diaria del cliente propiciando que actitudes saludables.

Intervenciones de Enfermería:

- Administración de medicamentos como:
- Metoclopramida
- Ranitidina
- Dextrosa en agua 5% solución
- Acetilcisteína
- Administración de medicación antieméticos y protector gástrico
- Risperidona.

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

Cuando los niveles de ansiedad superan las exigencias internas y externas que no se pueden armónicamente controlar, las cuales amenazan su equilibrio homeostático elevando la intensidad y duración psíquica, en la cual interfiere en nuestro desempeño, y convirtiéndonos además, en un problema de salud.

Por lo tanto hemos considerado el modelo de promoción de la salud de la Teoría de Nola Pender donde ella fusiona dos teorías la de acción razonada y la del aprendizaje social.

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las particularidades situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una norma para la acción.

Dando como objetivo a la valoración de conductas en las personas, estilo de vida, examen físico y de la historia clínica, estas funciones deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información recopilada refleje las costumbres, los hábitos de las personas en el cuidado de su salud (Meiriño et al., 2012).

2.8 Seguimiento.

La importancia del seguimiento en este tipo de pacientes radica, en la identificación de evitar posibles riesgos, teniendo como:

Plan y Manejo la vigilancia permanente por familiares como medidas preventivas para intento autolítico y la administración responsable de psicofármacos.

Psicoeducación familiar por parte de Psiquiatría.

2.9 Observaciones (Aspectos importantes).

Paciente despierta, consciente, orientación global, abordable, colaboradora a la entrevista con pensamiento de curso y contenido adecuado, no alteración de la sensorceptivas, tono afectivo disminuido, niega desesperanza, no ideas activas o pasivas de muerte, cognitivo conservado, juicio y abstracción conservada, niega insomnio.

Mejoría clínica, hemodinámicamente compensada, refiere sentirse tranquila, padres permanecen vigilantes, niega ideación suicida.

PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERIA:

NANDA:00146
NOC: 1420
NIC: 5820

ANSIEDAD

R/C crisis, situaciones, factores estresantes

E/P: inquietud, temblor en las manos, nerviosismo, preocupación.

M
E
T
A
S

Dominio 03. Salud psicosocial.

Clase: 0: Autocontrol.

Etiqueta: Autocontrol de la ansiedad.

Campo: 03 Conductual.

Clase: T Fomento de la comodidad psicológica.

Etiqueta: Disminución de la ansiedad.

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

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Monitoriza la intensidad de la ansiedad.	X	X	X	X	
Busca información para reducir la ansiedad.	X	X	X	X	
Planea estrategia para superar situaciones estresantes.	X	X	X	X	
Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.		X	X	X	
Prefiere dormir de forma adecuada.			X	X	

ACTIVIDADES

- Explicar los procedimientos a realizarse
- Explicar los procedimientos a realizarse.
- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Observación permanente.
- Vigilancia.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Fomentar la realización de actividades.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Psico educación.

NANDA: 00103
 NOC: 2102
 NIC: 5240

PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERIA

DETERIORO DE LA DEGLUCION

R/C conducta auto lesiva

E/P: Irritación en la glotis, lesiones en estómago, disfagia

Dominio: Salud fisiológica.

Clase: Líquidos y Electrolitos.

Etiqueta: Severidad de la acidosis metabólica aguda.

Campo: Fisiológico Complejo.

Clase: Control de Electrolitos y acido básico.

Etiqueta: 1911 Manejo del equilibrio ácido básico acidosis metabólica.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Aumento de la FR		X	X	X	X
Hipotensión		X	X	X	X
Piel fría y húmeda		X	X	X	X
Cefalea		X	X	X	X
Confusión		X	X	X	X
Dolor Abdominal		X	X	X	X
Náuseas y vomito		X	X	X	X
Disminución del nivel de conciencia		X	X	X	X

ACTIVIDADES

Mantener vía aérea permeable
 Monitorizar el patrón respiratorio
 Mantener un acceso intravenoso permeable y administrar según este indicado para las pérdidas excesivas debido a un trastorno subyacente.
 Monitorizar los desequilibrios electrolíticos asociados a la acidosis metabólica-
 Administrar los fármacos prescritos para el tratamiento de la ingesta inadecuada de sustancias.
 Monitorizar las entradas y salidas
 Proporcionar una higiene oral frecuente.
 Mantener reposo en cama.
 Monitorizar las manifestaciones digestivas de empeoramiento de la acidosis metabólica

M
E
T
A
S

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

CONCLUSIONES.

Luego de la culminación de este caso clínico, podemos evidenciar que la aplicación del proceso de atención de enfermería es una herramienta muy útil en la cotidianidad del profesional enfermero, mediante su aplicación se logró una favorable interrelación enfermero- paciente y se obtuvo los datos necesarios para la formulación de diagnósticos de enfermería que dan a conocer las necesidades que deben satisfacerse en el usuario. Esto es relevante puesto que; de la buena aplicación del proceso dependerá la pronta recuperación del usuario o deterioro de su estado de salud. Es importante recordar que la depresión es una enfermedad que altera el estado anímico cognitivo de las personas alterando la homeostasis total.

El personal de salud debe inculcar en el usuario, la importancia del autocuidado, en cuanto al cumplimiento de terapias, seguimiento y actividad física. Exponer al usuario la su entorno a sus familiares los signos de alarma de crisis depresivas.

Podemos decir que al realizar acciones de salud oportuna integrados y adecuados a las necesidades proporcionaremos servicios comunitario de salud mental y asistencial social completos que son medidas eficaces podemos prevenir el suicidio, prevenir y tratar trastornos mentales.

BIBLIOGRAFÍA

- (American Psychological Association):Herdman, T. (2012-2014). *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros*. Barcelona: Elsevier.
- (American Psychological Association):Herdman, T. (2012-2014). *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros*. España: Elsevier.
- Bryan, G.-H. P. (2011). *Guia de practica clinica para el tratamiento de l depresion en Atencion Primaria*. Malaga.
- colfaro*. (Agosto de 2016). Obtenido de colfaro: <http://www.colfaro.com/wordpress/wp-content/uploads/2016/08/depresion-escala-hamilton.pdf>
- Dalmazzo, R. (2012). Intoxicacion por ingesta de medicamentos. *Clinica Condes*, 878-882.
- Guia de la practica clinica clinica. (Julio de 2012). *Depresion Mayor en la Infancia y Adolescencia*. Galicia: avalia-t.
- GUIA DE PRACTICA CLINICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA. (OCTUBRE de 2017). ESPAÑA.
- Guiasalud. (OCTUBRE de 2017). *Guiasalud*. Obtenido de Guiasalud: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/apartado04/factores%20asociados.html
- IZQUIERDO, E. (2012). BASES NEUROQUIMICAS Y NEUROANATOMICAS DE LA DEPRESION. COYOACAN, MEXICO.
- Lobo A, C. L.-R. (2012). *guiasalud*. Obtenido de guiasalud: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf
- Meiriño et al. (12 de Junio de 2012). *teoriasdeenfermeriauns*. (J. L. Meiriño, Editor) Obtenido de *teoriasdeenfermeriauns*: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nolapender.html>
- MENTAL, I. N. (ENERO de 2012). DEPRESION. ESTADOS UNIDOS.
- Rocheste. (2015). Suicidio y pensamientos suicidias. *Mayoclinic*.

ANEXOS

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Sentimientos de culpa		
- Ausente		0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente		1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones		2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo		3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza		4
Suicidio		
- Ausente		0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida		1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse		2
- Ideas de suicidio o amenazas		3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)		4
Insomnio precoz		
- No tiene dificultad		0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño		1
- Dificultad para dormir cada noche		2
Insomnio intermedio		
- No hay dificultad		0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche		1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)		2
Insomnio tardío		
- No hay dificultad		0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir		1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama		2
Trabajo y actividades		
- No hay dificultad		0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)		1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)		2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad		3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.		4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)		
- Palabra y pensamiento normales		0

- Ligeramente retrasado en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	4
Ansiedad psíquica	
-	
- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
-	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
- Dificultad en comer si no se le insiste.	2
- Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	3
Síntomas somáticos generales	
- Ninguno	0

- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
-	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección (insight)	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1 2
- No se da cuenta que está enfermo (colfaro, 2016)	3





PRIMERA ETAPA



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE LABORATORIO CLINICO
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 1 de Agosto del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**
Presente.-


De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **EDITH ALEXANDRA ERAZO BARAHONA**, con cédula de ciudadanía 092377744-5, egresada de la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la Propuesta del tema del Caso Clínico (Dimensión Practica): **PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON TENTATIVA AUTOLITICA**, el mismo que fue aprobado por la Docente Tutora: Lic. Marilú Moncada Herrera.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,


EDITH ALEXANDRA ERAZO BARAHONA
C.I 092377744-5


01/08/2018 8:51 AM




UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTORA


Yo, **MARILU MONCADA HERRERA**, en calidad de Docente Tutora de la Propuesta del Tema del Caso Clínico (**Componente Práctico**): "**Proceso de atención de enfermería en paciente con tentativa autolítica**", elaborado por la estudiante egresada: **EDITH ALEXANDRA ERAZO BARAHONA**, de la Carrera de **ENFERMERIA** de la Escuela de **ENFERMERIA**, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 05 días del mes de Julio del año 2018.


Lic. H.
AERO.
442

Lic. Marilú Moncada Herrera
Docente – Tutora
C.I -1206258442




05/07/2018 8:51



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE ENFERMERIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 5 de julio 2018

REGISTRO DE TUTORIAS DE CASO CLINICO

NOMBRE DEL DOCENTE TUTORA: Lic Yanibí Floresada Henares FIRMA: Leda Moncada Henares Maná

TEMA DEL CASO CLINICO: Proceso de Atención de Enfermería en paciente con catéter peritoneal

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Alexandra Erazo Benabarro
 CARRERA: Enfermería

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN		Pag. Nº.
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante	
1h	02-06-2018	Selección del Tema		<input checked="" type="checkbox"/>	20%	Leda Moncada Maná	<u>[Firma]</u>	
1h	02-07-2018	Análisis de Caso Patología a propuesta	<input checked="" type="checkbox"/>		30%	Leda Moncada Maná	<u>[Firma]</u>	
1h	03-07-2018	Elección del Tema	<input checked="" type="checkbox"/>		30%	Leda Moncada Maná	<u>[Firma]</u>	
1h	04-07-2018	Consección del Tema propuesta	<input checked="" type="checkbox"/>		10%	Leda Moncada Maná	<u>[Firma]</u>	
1h	05-07-2018	Aprobación del Tema del caso clínico	<input checked="" type="checkbox"/>		10%	Leda Moncada Maná	<u>[Firma]</u>	

LIC. MARILYN HINOJOSA G. MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE ENFERMERIA

SEGUNDA ETAPA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **Fernanda Marilú Moncada Herrera**, en calidad de Docente - Tutor de la estudiante **Edith Alexandra Erazza Barahona** la misma que está matriculada en la modalidad del Examen Complejivo (Dimensión Práctica), con el tema, **Proceso de atención de enfermería en paciente con tentativa autolítica**, de la Carrera de **Enfermería** de la Escuela de **Enfermería**, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que la misma reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de septiembre del año 2018

Lic. **Fernanda Marilú Moncada Herrera**
Docente –Tutor

CI: 1206258442

Recibido
[Signature]
20-9-18



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 20 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **Edith Alexandra Erazo Barahona**, con cédula de ciudadanía **092377744-5** egresada de la Escuela de Enfermería, Carrera Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados en la Etapa final del Caso Clínico (Dimensión Práctica), tema:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TENTATIVA AUTOLITICA, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente



Edith Alexandra Erazo Barahona
CI. 092377744-5

Recibido
[Signature]
20-9-18



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE ENFERMERÍA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 17 Septiembre 2018

REGISTRO DE TUTORIAS DE CASO CLINICO

NOMBRE DE LA DOCENTE TUTORA: Lic. Haniela Menéndez Henares

FIRMA: [Firma]

TEMA DEL CASO CLINICO :

Prueba de Alérgicos de alimentos en paciente con Entero colitis

NOMBRE DE LA ESTUDIANTE:

Edith Alexandra Eraso Sanchez

CARRERA:

Enfermería

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN		Pag. N°.
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante	
1h	23 - 08 - 2018	Revisión de la Introducción y Objetivo		/		[Firma]	[Firma]	
1h	24 - 08 - 2018	Revisión de la Introducción		/		[Firma]	[Firma]	
1h	29 - 08 - 2018	Revisión Metodología		/		[Firma]	[Firma]	
1h	02 - 09 - 2018	Análisis del Puro de Alérgicos de E.	/			[Firma]	[Firma]	
1h	12 - 09 - 2018	Conexión del Puro	/			[Firma]	[Firma]	
1h	14 - 09 - 2018	Revisión del Puro		/		[Firma]	[Firma]	
1h	13 - 09 - 2018	Revisión de caso clínico		/		[Firma]	[Firma]	

LIC. MARILU HINZOSA G. MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE ENFERMERÍA