



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**EN ADULTO MAYOR FEMENINO CON LA NECESIDAD DE EVITAR
PELIGROS ALTERADOS SECUNDARIA A TRAUMATISMO
CRANEOENCEFÁLICO**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
GISEL MARTÍNEZ RAMÍREZ**

**ASESOR:
LEO. LUIS FERNANDO GALLARDO LUNA**



CIUDAD DE MEXICO, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



L.E.O SILVIA BALDERAS BARRANCO
UNIDAD DE INVESTIGACION ESCUELA
DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS
PRESENTE:

Adjunto a la presente me permito enviar a usted el trabajo profesional:

**PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA (PAE):
EN ADULTO MAYOR FEMENINO CON LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS
ALTERADOS SECUNDARIA A TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO**

Elaborado por:

GISEL MARTÍNEZ RAMÍREZ

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentada y defendida en el examen profesional, que se presentara para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

ATENTAMENTE

LEO. LUIS FERNANDO GALLARDO LUNA



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



AUTORIZACION DE TRABAJO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACION Y
REVALIDACION DE ESTUDIOS (UNAM)
PRESENTE:

Me permito informar a usted que el trabajo escrito:

**PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA (PAE):
EN ADULTO MAYOR FEMENINO CON LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS
ALTERADOS SECUNDARIA A TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO**

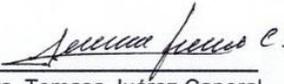
Elaborado por:

<u>MARTÍNEZ</u>	<u>RAMÍREZ</u>	<u>GISEL</u>	<u>418520138</u>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Núm. De Cuenta

Reúne (n) los requisitos académicos para su impresión.

Ciudad de México a junio 2 de 2023.


LEO Luis Fernando Gallardo Luna
Nombre y Firma del Asesor


Dra. Tomasa Juárez Caporal
Nombre y Firma
Director Técnico de la Carrera



ESCUELA DE ENFERMERIA DEL
HOSPITAL DE JESUS
Sello de la institución



DEDICATORIA DE AGRADECIMIENTO

A mi familia, que siempre estuvo ahí apoyándome, principalmente a mis padres que siempre estuvieron ahí tras todas las desveladas conmigo, las idas a la escuela, acompañándome a las paradas del autobús, metro, a mis hermanos Luis, Lalo y Juan Carlos, que ante todo siempre me apoyaron con mis estudios, que estuvieron ahí alentándome a seguir, dejándome practicar con ellos, siendo pacientes ficticios para mis trabajos. Mis amigos Ángel, Karen, Nataly e Israel que me han acompañado en esta trayectoria, de vernos como amigos de secundaria y vernos ahora a nivel de licenciatura y que nuestros 11 años de amistad nos respalda seguimos teniendo esta amistad. A mis amigas y amigos de la carrera; Sandra, Monse, Karen y Alejandra y del servicio social; Christian, Leslie, Martín, los cuales me brindaron días de risa, anécdotas tanto buenas como chistosas, y de pláticas sobre cómo nos iba en el servicio. A mi coordinador German de la carrera, que siempre estuvo al tanto y se convirtió una fuente de apoyo y de consejos, un amigo. A Orlando, mi persona que me apoyo incondicionalmente, sin duda alguna durante mi etapa estudiantil, y mi etapa de pasante, contándole mis anécdotas que viví en la cede que realizaba mi servicio social y actualmente, que me sigue apoyando y dándome ánimos y que a pesar de altibajos que se llegaron presentar sé que estaría ahí para mí, como yo para él, todo este esfuerzo que llega a mi última etapa para obtener mi titulación en Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, y el apoyo que brindo cada persona, le dedico una parte de mi trabajo.



Índice

I.	Introducción	1
II.	Justificación	2
III.	Objetivos	3
	3.1 General	
	3.2 Específicos	
IV.	Marco teórico	
	4.1 Enfermería como profesión disciplinar	4
	4.2 El cuidado como objeto de estudio	6
	4.3 Teoría utilizada para la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería	8
	4.4 El proceso enfermero	12
	4.5 La persona	16
	4.6 Descripción del padecimiento	21
V.	Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	
	5.1 Presentación del caso	28
	5.2 Valoración inicial continua	31
	5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería	36
	5.4 Plan de intervención de enfermería	40
	5.5 Ejecución	51
	5.6 Evaluación	52
	5.7 Plan de alta	54
VI.	Conclusiones	56
VII.	Glosario de términos	57
VIII.	Referencias bibliográficas	58
IX.	Anexos	



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



9.1	Anexo 1: Cartel sobre “prevención de caídas”	62
9.2	Anexo 2: Tríptico sobre “cuidados de herida quirúrgica en casa”	63 65
9.3	Anexo 3: Instrumento de valoración de enfermería con el modelo de Virginia Henderson	



I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación sobre la asistencia de enfermería y su aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería, en una paciente femenina de 66 años con traumatismo craneoencefálico, considerada a esta patología la causa más frecuente de daño cerebral siendo una lesión de origen traumático, que implica una afectación en el encéfalo, que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el traumatismo craneoencefálico es cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica.²⁹

La parte introductoria de este trabajo incluye una breve introducción, seguida de los objetivos tanto general, como específicos, la justificación de nuestro trabajo. En seguida se presenta el marco teórico que incluye desde enfermería como profesión disciplinar, el cuidado como objeto de estudio, el modelo o teoría utilizada para la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería, el proceso enfermero, en su cinco etapas junto a sus pasos que tiene cada uno (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), la persona que incluye sus aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del Adulto mayor y por último la descripción del padecimiento.

También se abarca la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, presentando la valoración clínica de enfermería bajo el modelo de las 14 necesidades básicas, estableciendo el trabajo con las necesidades insatisfechas de acuerdo a su prioridad presentadas a través de planes de cuidado que integran las taxonomías NANDA, NOC Y NIC. Por último, se presentan las conclusiones, el glosario de términos, y las referencias bibliográficas, así como los anexos, donde se incluye los trípticos y el instrumento de valoración de Virginia Henderson.



II. JUSTIFICACIÓN

El propósito de este Proceso de Atención, en el adulto mayor con diagnóstico médico de traumatismo craneoencefálico, definiendo traumatismo craneoencefálico como cualquier impacto que afecte a la región de la cabeza que involucra cuero cabelludo, cráneo, cerebro y los vasos sanguíneos, afectando estas estructuras.²⁰ Es importante recalcar que, en México, el traumatismo craneoencefálico es la 3ra causa de mortalidad, corresponde a muertes violentas y accidentes²⁴ Y que antes de los 75 años es más frecuente la caída en mujeres quienes tiene la mayor probabilidad de una secuela.²³

Es por ello que la elaboración de este Proceso de Atención de Enfermería (PAE), me da la oportunidad de demostrar el trabajo científico realizado por la enfermera profesional en el cuidado, en este implementando las cinco etapas del proceso de atención, iniciando con una valoración en la que tomé como referencia el modelo de atención de Virginia Henderson y que me permite a realizar Diagnósticos enfermeros, una planeación, una ejecución y sobre todo una evaluación haciendo uso del pensamiento crítico y demostrando el conocimiento adquirido durante mis años de formación académica.

Las intervenciones presentadas en este trabajo, se realizó en base al diagnóstico para el seguimiento, cuidado y la mejora de la salud del paciente durante y después de la estancia hospitalaria, de esta forma para evitar el desencadenamiento de otras patologías o complicaciones que se pudieran llegar a presentar, así como brindar la información correcta al paciente y familia.



III. OBJETIVOS

3.1 General:

Desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en una paciente femenina adulto mayor con base al modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, con un diagnóstico médico de traumatismo craneoencefálico para mejorar las necesidades alteradas dentro del entorno hospitalario.

3.2 Específico:

- Identificar las necesidades reales y potenciales de la paciente para desarrollar un plan de cuidados que integre las taxonomías Nanda, NIC y NOC.
- Diseñar el plan de cuidados que establece las intervenciones a realizar en un paciente con diagnóstico médico de traumatismo craneoencefálico.
- Ejecutar intervenciones de enfermería del plan de cuidados para una paciente de 66 años con traumatismo craneoencefálico.
- Evaluar la satisfacción de las necesidades con base a las intervenciones realizadas.



IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Enfermería como profesión disciplinar

4.1.1 Antecedentes:

Durante la Edad Moderna, la enfermería empezaba a ser reconocida como profesión salariable, practicada por mujeres, aun sin tener una formación para ello.¹ Florence Nightingale, desarrollo un papel importante en el mundo de enfermería, donde se consideró como la madre de la enfermería moderna, su relevancia de labores se vio presente durante la guerra de Crimea en 1853 a 1856, reduciendo la tasa de mortalidad de los militares, donde logro cambiar el concepto de “mujer cuidadora” y dar mayor reconocimiento a la profesión de enfermería, y donde trascendió de una práctica empírica a una profesión científica.²

Durante el siglo XIX se crea la primera escuela de Enfermería en Inglaterra, dando un gran paso para formación profesional de enfermería.¹

A lo largo de los años, las guerras fueron en aumento, y la necesidad de una enfermera, en sus inicios se realizaba no como profesión, si no como prácticas cuidadoras. De acuerdo con Urbina, Pérez y Delgado “En los últimos 20 años, la profesión ha evolucionado en forma espectacular como disciplina científica.”² Donde la enfermería se había empezado a considerar como una disciplina práctica, donde se basa fundamentalmente en los conocimientos, derivados de la parte científica.



4.1.2 Enfermería:

La Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud; “A la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.”³

4.1.3 Disciplina

De acuerdo con la Real Academia Española (RAE), refiere a la disciplina como una “doctrina, instrucción de una persona, especialmente en lo moral.”⁴

4.1.4 Disciplina de enfermería

La disciplina constituye el cuerpo de conocimiento que le permite a enfermería a desarrollarse como ciencia.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, menciona que la enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en el proceso de mantener y/o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en sus diferentes etapas de la vida, donde se ha demostrado la importancia de su papel que desempeña.³



Duran Villalobos, afirma que la historia de la enfermería ha repercutido en su desarrollo como disciplina, debido a que, en las primeras décadas del siglo pasado, el conocimiento disciplinar de enfermería se basa en gran parte en el conocimiento médico y que aun teniendo educación universitaria autónoma esta giró alrededor de las necesidades de llenar un régimen de prescripción médica del paciente.⁵

Reséndiz y Jiménez, menciona que la enfermería desde sus inicios ha manifestado una búsqueda de identidad profesional a través de la educación, de ahí que ha logrado ascender en niveles académicos que van desde el nivel técnico hasta el doctorado⁵. Con la finalidad de ofrecer y brindar servicios de salud con calidad a la población.

4.2 El cuidado como objeto de estudio

La esencia del cuidado de enfermería es la protección de una vida humana, que es el centro de la reflexión, el objeto del conocimiento, del saber y del quehacer en enfermería.⁶

Los cuidados de enfermería abarcan diversas atenciones, donde sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto. El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen un fin y una función a mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida. El proceso de cuidar se centra en las interrelaciones persona-persona con una serie de conocimientos los cuales deben ser diferenciados, valores, dedicación, relación moral e interpersonal con el sujeto de cuidado.



Jean Watson perteneciente de la Escuela de Caring (cuidado), creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abarcan ciertas dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura.⁷

4.2.1 El cuidado como ciencia

El acto de cuidado es un arte y ciencia donde puede transformarse en reflexivo, deliberado y autónomo, a través de la disciplina enfermera que integre su práctica. La enfermería es el arte del cuidado, en lo que se ha convertido una ciencia reconocida a mediados del siglo pasado, “como toda ciencia consta de un cuerpo teórico conceptual que sustenta sus principios y objetivos.”⁸

4.2.2 Elementos del cuidado de enfermería

De acuerdo con Kerouac menciona los principios, los cuales pueden ser clarificados a través de la aplicación de enfermería son los siguientes⁸:

- La enfermera demuestra un compromiso personal y profesional en el acto de cuidado.
- La enfermera acompaña a la persona, la familia, el grupo o la comunidad en sus experiencias de salud, manteniendo la dignidad de ellos y respetando las diferencias.
- La enfermería se inspira en los conocimientos específicos de la disciplina y se aplica los principios específicos que guían en el arte del cuidado.
- Da los cuidados individualizados en colaboración con la persona, familia y comunidad.
- Enfermería reconoce su propia competencia y como pueden apoyarse de otras disciplinas y con ella contribuir el valor de los cuidados.



4.2.3 Metaparadigma de enfermería

El metaparadigma es el componente más abstracto de la jerarquía estructural del conocimiento contemporáneo de enfermería; “está constituido por conceptos altamente abstractos, que identifican los fenómenos de interés para la disciplina y las proposiciones generales que describen las relaciones entre los fenómenos.”⁸

Las relaciones entre los conceptos del metaparadigma disponen en 4 proposiciones⁸:

- 1) La persona y la salud: enuncia la disciplina de enfermería, se ocupa de los principios y leyes en donde gobiernan el proceso de vida, bienestar y el funcionamiento óptimo de los seres humanos, enfermos y sanos.
- 2) Persona y el entorno: se ocupa del patrón de conducta humana en interacción de su entorno y en las situaciones críticas de la vida.
- 3) Salud y cuidado: las acciones o procesos de cuidado de enfermería por medio de los cuales se efectúan cambios positivos en el estado de salud y el bienestar.
- 4) Persona, entorno y salud: ocupa la totalidad o la salud de los seres humanos, reconociendo que están en continua interacción con el ambiente y como se desenvuelven y desarrollan en ella.

4.2.4 Objeto-cuidado

El cuidado es el objeto de conocimiento de enfermería y el criterio fundamental para distinguirla del campo de la salud.



4.3 Modelo o teoría utilizada para elaboración del Proceso Atención de Enfermería

4.3.1 Virginia Henderson

Nació en 1897, en Kansas City, Missouri y falleció en marzo de 1996, a la edad de 98 años. Desarrollo interés por la enfermería, durante la 1ra Guerra Mundial. En 1918 ingreso a la Army School of Nursing de Washington D.C, en donde se graduó en 1921.⁹

En 1922 inició su carrera de docente, donde comenzó a dar clases de Enfermería en Norfolk Protestant Hospital de Virginia.⁹

Desde 1950, empezó a generar total dedicación y dio origen a teorías y fundamentos que se aplican aun en la actualidad.¹⁰

En la Universidad Teacher College de Columbia, se licencia como profesora y en cuya estancia reviso la 4ta edición de Principies and Practice of Nursing de Bertha Hamer, después de la muerte de esta autora, la 5ta edición de este libro fue publicado en 1955, y en esta edición ya se integraba la definición propia de Virginia Henderson sobre la Enfermería.⁹

Definición de enfermería de acuerdo a Virginia Henderson:

“Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud y su bienestar, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Para lograr su independencia a la mayor brevedad posible.”¹¹



Fuente de dificultad o área de dependencia:

Se ve el impedimento de satisfacer una o varias necesidades, aspectos que limitan el desarrollo potencial, el cual se definen como la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.⁹

- 1) Fuerza: es el tono muscular, capacidad psicomotriz y psicomotora.
- 2) Voluntad: es la intencionalidad en la recuperación, de mantener y/o aumentar la independencia.
- 3) Conocimiento: es el grado de percepción de la situación de salud y del uso de recursos internos y externos que se encuentren disponibles.

Se identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como:¹¹

- 1) Sustituta del paciente
- 2) Colaboradora para el paciente
- 3) Compañera del paciente

4.3.2 Las 14 necesidades de Virginia Henderson

Como menciona Virginia Henderson puso de relieve el arte de enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en la que se define la práctica de la enfermería.¹¹

Son utilizadas para establecer la anamnesis de una persona y la recolecta de datos de enfermería, cuando dicha persona solicita asistencias, y en especial cuando requiere cuidados médicos.^{10, 11}



1. Respirar normalmente: es la capacidad para mantener el intercambio gaseoso con nivel suficiente y buena oxigenación.
2. Comer y beber adecuadamente: capacidad para beber, comer, masticar y deglutir, Obteniendo los suficientes nutrientes.
3. Eliminación de los desechos corporales: capacidad para la eliminación urinaria y materia de manera autónoma, y de otros desechos del funcionamiento del organismo.
4. Moverse y mantener posturas deseables: capacidad para desplazarse autónoma o con apoyo de aparatos que se lleguen adecuar a su necesidad.
5. Descansar y sueño: es la capacidad de dormir lo suficiente, sintiéndose descansado.
6. Seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse: capacidad para vestirse y elegir su ropa que genere su interés, comodidad e identidad física y de desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustado la ropa y modificando el entorno: capacidad para actuar de acuerdo a la temperatura del entorno.
8. Higiene y protección de la piel: capacidad de asearse a sí mismo y de mantener la higiene personal, sintiendo bienestar y comodidad.
9. Evitar los peligros del entorno y lesionar a otros: capacidad autónoma de mantener y promover la integridad física y mental, de acuerdo a los conocimientos del entorno.
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedo y opiniones: capacidad de la persona para sentirse comprendida y el de comprender, de acuerdo a su actitud, postura y palabras para integrarse a un grupo social.



11. Rendir culto según la propia fe: explorar y conocer sobre sus principios, valores y creencias en su vida.
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro: participar y generar interés en alguna actividad, reforzando a sí mismo la autoestima y la autorrealización personal.
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio: la persona desarrolle entretenerse e introducirse a la cultura, generándose interés por ciertas actividades.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y la salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles: capacidad para adaptarse a un cambio, donde también transmita algún tipo de conocimiento o saber, y que este contribuya a la propia salud física y mental.

4.4 El proceso enfermero

El profesional de enfermería enfoca su trabajo en el cuidado humano basado en el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E), por medio del cual diagnóstica, planifica, ejecuta y evalúa sus acciones, pero también es considerado la integridad, totalidad y así como los requerimientos del sujeto del cuidado en diferentes momentos y escenarios.¹²

Se define como “el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud”.¹³

Es un sustento metodológico importante en la parte disciplinaria y profesional de enfermería, que contiene fundamentación científica. Es una forma de razonamiento



científico, en 5 pasos que utiliza enfermería, para organizar e implementar su práctica de un modo sistemático.¹⁴

- 1) Valorar: reunir información sobre el estado del paciente.¹⁵
 - a) Identificación de datos subjetivos y objetivos: donde los datos subjetivos nos referimos a lo que expresa la persona y en los datos objetivos es lo que nosotros como profesionales de enfermería observamos.
 - b) Identificación de claves y formulación de inferencias: los datos subjetivos y objetivos se dan como claves, y en la forma que se perciba o interprete la clave, se conoce como inferencia. De acuerdo a la capacidad para identificar las claves e inferencias correctas, se tiene relación con la habilidad de observa, conocimiento y experiencia clínica.
 - c) Validación (verificación) de los datos: que la información está basada en hechos y completa, es crucial en el razonamiento clínico, para evitar errores o suposiciones.
 - d) Agrupación de los datos relacionados: pensar en agrupar los datos relacionados, ayuda a obtener una primera imagen de diversos aspectos del estado de salud.
 - e) Identificación de patrones/comprobación de las primeras impresiones: después de la agrupación de datos relacionados, se obtiene impresiones iniciales de los patrones del funcionamiento, pero estas impresiones se deben de comprobar y decidir si los patrones son lo que realmente parecen, donde es decidir lo relevante, tomar decisiones provisionales sobre lo que sugieren los datos y la focalización de los datos para obtener y lograr una información más profunda.



- f) Información y registro: se centra principalmente en informar y el registro de los signos y síntomas durante la valoración inicial de los datos básicos obtenidos.

2) Diagnosticar: identificar los problemas del paciente.

Método NANDA

El diagnóstico de enfermería proporciona la base para elegir las intervenciones de enfermería para así conseguir los resultados esperados, del profesional de enfermería.¹⁶

Tipos de diagnósticos: ¹⁶

- a) Diagnóstico enfermero enfocado en el problema: juicio clínico, respecto a una respuesta humana indeseable a condiciones de salud/procesos de vida que existe en un individuo, familia, grupo y/o comunidad.
Integrado por: Características definitorias y factores relacionados.
- b) Diagnóstico enfermero de riesgo: juicio clínico, que refiere sobre la susceptibilidad de un individuo, familia grupo o una comunidad, donde se genera una respuesta indeseable a condiciones de salud/procesos de vida.
Integrado por: Factores de riesgo.
- c) Diagnóstico enfermero de promoción a la salud: juicio clínico, en donde se refiere a la motivación y con el deseo de aumentar tanto el bienestar y el de actualizar el potencial de salud del individuo.
Integrado por: disposición para mejorar.



- d) Diagnóstico enfermero de síndrome: juicio clínico, que se presenta en un grupo específico de diagnósticos de enfermería, que ocurren y se abordan juntos y mediante intervenciones similares.
- Para usar este diagnóstico se debe estar presente 2 o más diagnósticos como características definitorias y posiblemente factores relacionados, si son claros a la definición.
- 3) Planificar: fijar los objetivos de los cuidados y los objetivos deseados e identificar las actuaciones de enfermería apropiadas.⁸
- a) Establecer prioridades: las prioridades en las intervenciones de enfermería van a depender de los diagnósticos de enfermería, en donde se identifica el problema, centrándose en el cuidado y las acciones a realizar inmediatamente que presenten como amenaza a la vida o según sean las circunstancias.
- b) Elaborar objetivos: al establecer los diagnósticos y las prioridades, ayudan a determinar los objetivos del cuidado. Es considerado como una actividad que incluye al individuo y la familia en la priorización de los objetivos, para desarrollar un plan de acción para alcanzarlos de acuerdo con Potter y Perry.
- c) Determinar los cuidados de enfermería: de acuerdo con Potter y Perry mencionan que los cuidados, intervenciones, estrategias o acciones se selecciona después de los objetivos y resultados esperados. Se clasifican en dos la primera son cuidados independientes; son todas aquellas acciones que son exclusivas de enfermería, la segunda son cuidados interdependientes; son las intervenciones que enfermería a identificado, y la toma de decisiones y se coordina con el equipo multidisciplinario.



- d) Documentar el plan de cuidados: El registro de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico-científica, humana, ética y la responsabilidad enfermería en donde refleja no sólo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente-usuario.
- 4) Ejecución: poner en práctica las actuaciones de enfermería identificadas en la planeación.
- a) Preparación: de acuerdo con Alfaro implica asegurarse de saber que se realizará, con qué fin se va hacer, como lo hará y como este reducirá los riesgos de lesiones.^{8,15}
- b) Intervención: es la implementación del plan de cuidado, donde se inicia y se completa las acciones necesarias para obtener los resultados esperados. Tener en cuenta la actualización teórica-práctica, las acciones deben ser holísticas, específicas, respetando la individualidad y dignidad de la persona.
- c) Documentación: Alfaro menciona este apartado tiene los siguientes propósitos; comunicar los cuidados, identificar los patrones de respuesta y sus cambios, proporcionar una base para la evaluación investigación y la mejora, la creación de un documento legal, el registro debe tener en específico la hora, fecha, datos de valoración, intervenciones, resultados, nombre y firma de la enfermera responsable.^{8,15}
- 5) Evaluar: determinar si se han alcanzado los objetivos y los resultados esperados.⁸
- a) Establecimiento de criterios de resultados: es cuando se obtiene el resultado esperado, es decir el objetivo establecido.



- b) Evaluación del logro de objetivos: cuando se cumple el objetivo, enfermería es consciente de que las intervenciones tuvieron éxito.
- c) Medidas y fuentes de evaluación: es la valoración y las técnicas empleadas para la recolección de los datos. “La evaluación se produce cuando compara los datos objetivos y realiza un juicio sobre el progreso de la persona.”⁸

4.5 La persona, adulto mayor

De acuerdo a Boice, menciona que la persona es una sustancia individual de naturaleza racional.

“Kant afirma que el ser humano es una sola y misma persona, en todo momento, aun cuando presenta alteraciones (vida, muerte, nacimiento y enfermedad), por lo que al seguir siendo persona su identidad no cambia, por lo cual debe ser respetado y tomando en cuenta la experiencia del cuidado”.¹⁷

En la teoría de Virginia Henderson se manifiesta que la persona es el individuo que necesita de asistencia médica para la preservación de su salud o, a su vez, morir.¹¹ El entorno que involucra a la familia y/o comunidad también tienen la responsabilidad de proporcionar los cuidados.

4.5.1 Adulto mayor

De acuerdo a la OMS, se considera de edad avanzada o adulto mayor de los 60 a 74 años de edad, de 75 a 90 viejos o ancianas y cuando sobrepasan los 90 se les denominan grandes viejos.¹⁸



4.5.2 Cambios en el adulto mayor:

- Fisiológicos: los cambios los encontraremos por aparatos y sistemas
 - a) Sistema cardiovascular: se empieza a presentar más riesgo de arritmias, rigidez vascular, isquemia, disminuye la capacidad de bombeo y la contracción miocárdica.¹⁹

El músculo cardíaco pierde su eficacia y fuerza contráctil, reduciendo el gasto cardíaco bajo condiciones de estrés fisiológicos.

Los vasos sanguíneos se componen de 3 capas, la capa íntima experimenta cambios, incluido la fibrosis, calcificación y acumulación de lípidos, la capa media, experimenta adelgazamiento y calcificación de las fibras de elastina y un incremento de colágeno, lo cual endurece los vasos, la 3ra capa que es la túnica adventicia, no se ve afectada.

- b) Aparato respiratorio:

“La calcificación del cartílago costal hace que la tráquea y el tórax sean más rígidas; el aumento del diámetro anteroposterior del tórax suele manifestarse con cifosis, y los músculos inspiratorios y espiratorios torácicos son más débiles.”

Los pulmones se hacen más pequeños, ligeros y rígidos y se reduce el número de cilios y de las glándulas mucosas de los bronquios se hipertrofian, complicando así la capacidad de expulsar la mucosidad, y los productos nocivos. “La cantidad y flexibilidad de los alvéolos disminuyen a causa de la pérdida progresiva de elasticidad.”

Como resultado no se permite una buena contracción-distensión pulmonar y como consecuente que no se realice un correcto intercambio gaseoso.¹⁹

- c) Aparato digestivo:



El esmalte dental se vuelve más frágil, los huesos donde se encuentran los dientes disminuyen la densidad y altura y se puede empezar con la pérdida de piezas dentales.

Al consumo de ciertos alimentos empieza a presentarse cierta tolerancia a la ingesta, se puede presentar adelgazamiento de la mucosa y el ácido gástrico disminuido.¹⁹ La pérdida del tono del esfínter interno, puede afectar la defecación.

d) Aparato urinario:

Se ve afectado por los cambios en los riñones, uréteres y la vejiga. La disminución del crecimiento del tejido renal y la aterosclerosis pueden causar atrofia renal, estos cambios tengan efecto sobre la función renal, reduciendo el flujo sanguíneo y la tasa de filtración glomerular aproximadamente a la mitad entre los 20 y 90 años de edad.

Los riñones empiezan a tener menor capacidad de conservar el sodio en su respuesta a su restricción, generando la aparición de hiponatremia y nicturia. Los músculos de la vejiga se debilitan y la capacidad vesical disminuye, haciendo que el vaciado vesical sea más difícil, y puede observarse la retención de grandes volúmenes de orina. La incontinencia urinaria es más frecuente en mujeres multíparas, debido al debilitamiento del diafragma pélvico está debilitado.

e) Aparato reproductor femenino:

Los genitales presentan muchos cambios como; atrofia vulvar debido a los cambios hormonales, pérdida de grasa subcutánea y vello, adelgazamiento de los labios, resequedad y elasticidad disminuida.

En el caso del cuello uterino se vuelve atrófico y es más pequeño, el útero se contrae y el endometrio se atrofia, los ligamentos de soporte del útero se debilitan y se puede ocasionar un retroceso en la posición del útero.



Las trompas de Falopio se atrofian y se acortan con la edad, y los ovarios atróficos son más gruesos y se reducen de tamaño.

f) Sistema musculoesquelético:

Empieza la disminución de la destreza motora, tono muscular y densidad ósea, así aumentando el síndrome de caídas y como consecuencia fracturas.¹⁹

Las fibras musculares se atrofian y se van disminuyendo con la edad. La masa, fuerza y el movimiento muscular se reducen, en la zona de los brazos y piernas. Los tendones se contraen y endurecen, lo que genera que el soporte disminuya. Después de la menopausia experimentan un ritmo acelerado de pérdida ósea de un 0,5% anual, a partir de la tercera década de vida.

g) Sistema Nervioso:

La retención de información empieza a verse disminuida, al igual que la actividad neuronal.¹⁹

La velocidad de conducción nerviosa es menor, generando que los reflejos sean más lentos y a una respuesta tardía a múltiples estímulos.

El hipotálamo disminuye la regulación de la temperatura, las células cerebrales disminuyen lentamente, en el caso de la corteza cerebral sufre la pérdida de neurona, y se tiene cierta disminución de tamaño y el peso del cerebro, a partir de los 55 años en adelante.

h) Órganos sensoriales:

Visión, los adultos mayores necesitan el apoyo de lentes, ya que el campo visual se estrecha y complica la visión periférica, las pupilas se vuelven más sensibles a la luz. La densidad y el tamaño cristalino, se vuelve más rígido y más opaco, lo cual puede conducir al desarrollo de cataratas, aumentando la sensibilidad al deslumbramiento y visión difuminada. Las



secreciones lagrimales, se disminuyen y pueden ocasionar sequedad y falta de brillo, la cantidad del humo vitreo disminuye y el líquido aumenta, lo que genera que el cuerpo vitreo se separe de la retina, lo que genera la visión borrosa, distorsionada y presencia de residuos.

Auditivo, la presbiacusia, es la pérdida progresiva de la audición, afecta el oído interno y la zona posterior de la cóclea, este problema genera que el habla se distorsione, por ejemplo los sonidos agudos (s,sh,f y ch) se filtran del habla normal y hace que se reduzca la capacidad de discernir las consonantes. El equilibrio puede alterarse por la disminución y/o pérdida de la audición.

Gusto y olfato: el olfato se reduce el número de células sensoriales en la mucosa nasal y las células que se encuentran en el bulbo olfatorio disminuyen. El olfato hace que también se altere la parte del gusto, la atrofia de la lengua con la edad disminuye las sensaciones de sabor.

Tacto: se encuentra disminuido los receptores del tacto, la sensación táctil se reduce, estos cambios pueden causar errores de percepción del medio ambiente y riesgo en la seguridad.

i) Sistema tegumentario:

Conforme la piel es menos elástica, más seca y frágil, y hay una pérdida de la grasa subcutánea, generando mayores líneas, arrugas y flacidez en la piel.

El crecimiento del pelo en cuero cabelludo, el vello púbico y auxiliar van disminuyendo, y en el caso del vello facial se presenta un incremento más en las mujeres.



- Psicológico: empieza a generarse una actitud, identidad sobre su imagen corporal de uno mismo cambia y suele a veces ser negativa, y disminuyendo la autoestima.¹⁹

La capacidad de concentración en un adulto mayor en tareas que requieren sincronización o son más complicada, llegan a distraerse con mayor facilidad al tener demasiada información, por ello su aprendizaje debe ser con información que ya conocen o que ya relacionan con anterioridad.

- Social: empieza a cambiar el rol, incluso dentro de la familia²⁰, puede existir dos ámbitos, uno en donde el adulto tiene una excelente relación con la familia y se siente involucrada, y otra en donde se siente olvidado y siente que no encaja en la familia o en algún entorno.¹⁹

4.6 Descripción del padecimiento, traumatismo craneoencefálico

4.6.1 Concepto

Traumatismo craneoencefálico (TCE) significa cualquier impacto que afecte a la región de la cabeza que involucra cuero cabelludo, cráneo, cerebro y los vasos sanguíneos, afectando estas estructuras.²¹

4.6.2 Clasificación:

Para realizar y saber la clasificación del traumatismo craneoencefálico se utiliza la escala de coma de Glasgow, es una aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de la persona.



Se utiliza 3 parámetros dentro de la escala que han demostrado ser muy replicables en su apreciación entre los distintos observadores: la respuesta verbal en rango de 1 a 5 puntos, la respuesta ocular en un rango de 1 a 4 puntos y la respuesta motora de 1 a 6 puntos, el puntaje total se otorga con base en la mejor respuesta obtenida en cada uno de los rubros.²²

Se establecen 3 categorías:

- Traumatismo craneoencefálico leve (Glasgow 13-15)
- Traumatismo craneoencefálico moderado (Glasgow 9-12)
- Traumatismo craneoencefálico severo (Glasgow 3-8)

4.6.3 Epidemiología

En México, el traumatismo craneoencefálico se encuentra como la 3ra causa de muerte, en donde corresponde a muertes violentas y accidentes, con 35,567 defunciones anuales con mortalidad de 38.8 por 100,000 habitantes. Los traumatismos causados por el tránsito representan el 86% de las hospitalizaciones en los países de ingresos bajos y medianos.²³

Se tiene registrado que el sexo femenino antes de los 75 años es más frecuente las caídas y que además tiene la mayor probabilidad generarse una secuela seria asociada a pesar de que la tasa de mortalidad es superior en los hombres posiblemente debido a mecanismos de caída distintos.²⁴

Está previsto que para el 2030 supere a otras situaciones como causa de mortalidad y discapacidad.²⁴ Esto impactando a los demás sistemas de salud por el tratamiento y mantenimiento de los pacientes, las nuevas herramientas diagnósticas, centros de neurocirugía y tratamiento respecto a los cuidados intensivos, los cuales pueden



disminuir las tasas de mortalidad en pacientes con TCE, pero a su vez, se van generando altos costos.

4.6.4 Etiología

Efectos primarios:

- Carga estática: por compresión
- Carga dinámica: impulsiva, por aceleración o por un impacto directo como sucede en lo que se transmite mediante la aceleración del cráneo, incluyendo la desaceleración o la penetración de objetos de densidad y peso.

4.6.5 Fisiopatología

Los traumatismos craneoencefálicos de cualquier tipo pueden provocar edema cerebral, mediante el trauma se activa el edema de origen vascular, ruptura local de la barrera hematoencefálica, aumento del líquido intersticial y edema citotóxico.²⁵

La bóveda craneana tiene un tamaño fijo y está casi completamente lleno de líquido cefalorraquídeo y un tejido cerebral, cualquier tumefacción por edema, hemorragia o hematoma, produce un aumento de la presión intracraneal. A medida que aumenta la presión intracraneal, se reduce la presión de perfusión cerebral. Cuando la Presión de Perfusión Cerebral (PPC) está por <50 mmHg, el tejido cerebral sufre isquemia.²⁶

El edema y la isquemia se empiezan a desencadenar varios mecanismos secundarios, que pueden ser la liberación de neurotransmisores excitatorios, calcio intracelular, radicales libres y citocinas. Las complicaciones sistémicas derivadas de este traumatismo se pueden presentar hipotensión o hipoxia.²⁶



4.6.6 Cuadro clínico: ²⁵

- El paciente se encuentra consciente.
- No se manifiestan signos claros de déficit o irritación neurológica.
- El paciente se presenta orientado, responde a órdenes complejas y responde al interrogatorio.
- Se clasifica en la Escala de coma de Glasgow con 15 puntos.
- El paciente refiere cefalea leve o dolor en el área del trauma.
- Probable vomito (náuseas y el vómito no son progresivos).
- Puede referir mareo, vértigo o inestabilidad transitoria.
- Puede presentar heridas del cuero cabelludo o el área del cráneo facial o lesiones y/o hemorragia.

Signos de alarma en la evaluación prehospitalaria o a la llegada a urgencias (GER)

²⁷:

- Amnesia anterógrada de más de 30 minutos.
- Pérdida de alerta o amnesia por traumatismo peligroso
- Cefalea persistente y generalizada
- Náuseas y vómito mayor a dos episodios.
- Irritabilidad o alteraciones del comportamiento.
- Cambios en el tamaño de las pupilas.
- Déficit neurológico focal
- Sospecha de herida craneal penetrante.
- Intoxicación.
- Evidencia clínica o radiológica de fractura de cráneo. Abierta, con hundimiento, o de la base del cráneo.
- Fracturas múltiples en hueso largos.



- Crisis convulsivas después del trauma.
- Disminución de dos o más puntos de la escala de coma de Glasgow adulto o pediátrica, según el caso, en mediciones sucesivas.
- Puntuación 13/15 o menor en la escala de coma de Glasgow, en cualquier momento después del trauma.
- Puntuación de 14/15 o menor en la escala de coma de Glasgow, a las dos horas o más después del trauma.
- Hipotensión arterial (PAS <90 mmHg)
- Saturación arterial de oxígeno de 80% o menor.

4.6.7 Diagnóstico

Estudios de gabinete y laboratorios útiles en pacientes con traumatismo craneoencefálico (GER) ²⁷:

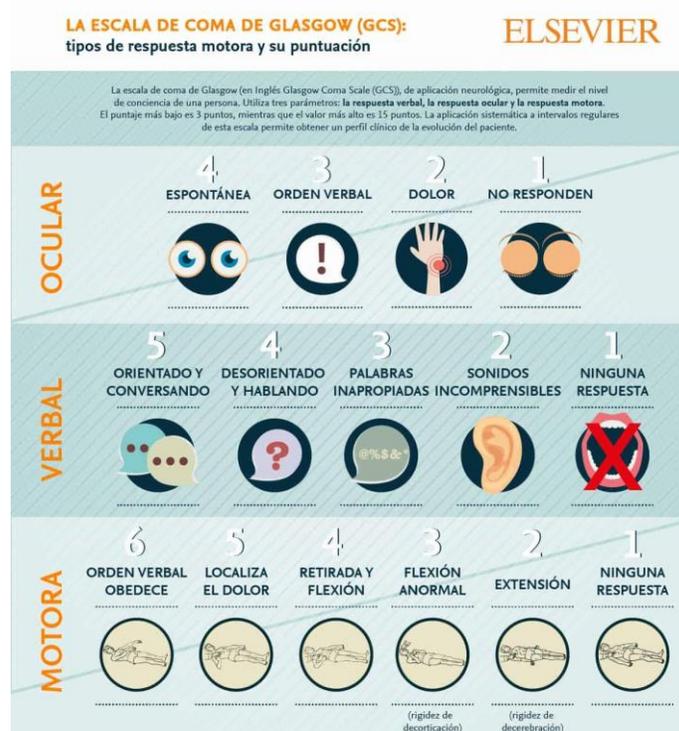
- a) Radiografía simple de cráneo indicada en caso de:
 - Contusión o laceración en el cuero cabelludo.
 - Profundidad de herida hasta el hueso.
 - Longitud de la herida mayor de 5 centímetros
- b) Tomografía computadora de cráneo: debe de realizarse obligatoriamente en todo paciente con traumatismo craneoencefálico que requiere referencia, determinado por la presencia de al menos:
 - Un factor de riesgo
 - Un signo de alarma.
- c) Concentración sérica de glucosa: se debe de realizar obligatoriamente en todo paciente con alteración de alerta, determinada por la escala de coma de Glasgow.



4.6.8 Escala de coma de Glasgow

Es una aplicación neurológica que nos permite medir el nivel de conciencia de una persona. La evaluación sobre el nivel de conciencia es el parámetro más importante que debe tenerse en cuenta.

Debe ser evaluada dentro de las primeras 24 horas o menos después de una lesión cerebral, se ha demostrado ser una herramienta válida para una buena recuperación o discapacidad moderada.²⁸ El propósito de esta escala es alertar al personal de salud ante un deterioro neurológico del paciente.



Escala de Coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación, [Imagen]. Elsevier, 2017.



4.6.9 Tratamiento

Se deben de mantener dentro de los siguientes parámetros para mejorar la sobrevida de los pacientes.²⁹

- PPC entre 50 y 70 mmHg
- SpO₂ >90%
- Presión sistólica >90 mmHg

El uso de Amantadina, presenta una marca de mejoría en personas con TCE leve a moderado, de acuerdo con la Escala de Coma de Glasgow.²⁹

En el manejo inicial del paciente con TCE se debe de: ²⁹

- a) Evaluar y manejo de la vía aérea: administración de oxígeno a la mayor concentración para una saturación del 95% y mantener vía aérea permeable
- b) Evaluar y manejo de la función cardiovascular: monitoreo de la frecuencia y ritmo cardíaco, presión arterial.
- c) Evaluar función neurológica con la Escala de Coma de Glasgow, verificar y tomar en cuenta en caso de disminución del estado de alerta o Glasgow igual o <8. Se debe proceder a la toma de glucemia.
- d) Evaluar probable fractura de cráneo o lesión de la columna cervical:
 - Riesgo de lesión cervical
 - Sospecha de fractura craneal



V. APLICACIÓN DEL P.A.E

5.1 Presentación del caso

Resumen historia clínica:

Paciente femenina de 66 años de edad refiere hace 17 días presentar caída de su plano, generándose una contusión frontal, sin pérdida del estado de conciencia, alerta, niega náuseas y vomito. Hace 4 días presenta cefalea en región frontal, EVA de 5/10.

A la exploración física se encuentra paciente actualmente con apertura palpebral espontanea comprendiendo ordenes simples, con escala de coma de Glasgow de 15 puntos, orientada en tiempo, espacio, persona y situación, normocéfalo, isocoria de 2mm, cráneo normal.

Anamnesis:

Antecedentes Heredo Familiares Patológicos (AHFP):

Padre finado por muerte natural se desconoce la edad.

Madre finada, con diabetes mellitus, muerte natural.

Cuenta con tres hijos dos varones y una mujer, sin enfermedades preexistentes.

Antecedentes Patológicos Personales (APP):

Enfermedad crónica: Diabetes mellitus tipo 2 desde los 27 años.

Alergias: Naproxeno



Antecedentes Personales No Patológicos (APNP):

Medio

- Lugar de nacimiento y reside en el Estado de México.
- Ocupación del hogar, apoyo económico del gobierno, y un poco de ingreso económico por parte de sus hijos.
- Nivel de estudios, básico hasta primaria concluida.
- Habita con su esposo en casa propia, construida con tabique, cemento y cuenta con loza, loseta, la cual cuenta con 3 dormitorios, cocina, sala-comedor, cuenta con la mayoría de los servicios (agua, luz, drenaje, teléfono y recolección de basura).

Hábitos:

- Realiza 3 comidas al día en el cual se incluye la mayoría de los alimentos, pero moderado (carne, cereales, frutas y verduras), consumidos en casa, cocinados por ella misma.
- Baño cada tercer día, cambio de ropa completo diario, el cepillado de dientes lo realiza 2 veces al día (día y noche), lavado de manos antes de preparar alimentos, antes de comer y después de ir al baño.
- Eliminación vesical de 3 a 5 veces al día, sin alteraciones, en el caso de eliminación intestinal de 1 a 2 veces al día donde refiere que a veces tiene dificultad para la eliminación intestinal, donde a veces tiene estreñimiento de 1 a 2 días.
- Duerme aproximadamente de 5-6 horas, sin interrupciones, pero menciona que tiene dificultad a veces para dormir en la noche.



Exploración física:

A la exploración física se encuentra paciente con escala de coma de Glasgow de 15 puntos, orientada en tiempo, espacio y persona, normohidratado, buena coloración de tegumentos, Tensión Arterial: 117/64, FC 100 lpm, FR 19 rpm, T° 36.4°C. Abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, miembros torácicos íntegros sin alteración, miembros pélvicos sin alteración musculoesquelética, solo en miembro derecho con contusión en rodilla.

Padecimiento actual:

Paciente femenino de 66 años que acude al servicio de urgencias el 31 de octubre del 2022, menciona que hace 15 días presenta caída de su plano, generándose una contusión frontal, sin pérdida del estado de alerta, niega náuseas o vómito. Hace dos días presenta cefalea intensa, persistente por lo cual acude al servicio de urgencias, con un EVA de 5/10. Se realiza toma de laboratorios. Ese mismo día se realiza el estudio de tomografía de cráneo simple; estudio con cortes desde la base hasta la convexidad, con evidencia de hematoma frontoparietal izquierdo subagudo con datos de agudización frontal, con desplazamiento de línea media.

5.2 Valoración inicial (identificación de necesidades):

Véase también anexo 3, Instrumento de valoración de enfermería de Virginia Henderson.

VALORACIÓN CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON									
NOMBRE: M.C. A			FECHA: 31/10/2022 HORA: 18:40						
Diagnostico medico: Traumatismo craneoencefálico leve			Tipo de valoración: Marque con (X)			General		Focalizada: X	
Necesidades	Datos objetivos	Datos subjetivos	Grado de afectación D= dependiente PD= parcialmente dependiente I= independiente			Causa F= falta de fuerza. V= falta de voluntad. C= falta de conocimiento.			Antecedentes
Oxigenación	Su frecuencia respiratoria es de 19 rpm, sin alteración. A la auscultación pulmonar, campos pulmonares sin alteración. Llenado capilar <2". Coloración de las uñas rosadas en las manos.	Sin dificultad para generar esfuerzo al respirar, no fuma.	D	I X	P D	F	V	C	
Nutrición e hidratación	Aspecto del cabello es delgado, canoso y opaco.	Refiere no tener dificultad para comer, masticar y	D	I	P D	F	V	C	



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



	<p>Conjuntivas hidratadas. Mucosas pálidas. Presencia de caries. Peso: 69 kg Talla: 1.60cm IMC: 26.9 Sobrepeso de acuerdo a la OMS.</p>	<p>deglutir, y la ingesta de líquidos sin problema. Usa dentadura postiza. Menciona tomar glibenclamida y metformina.</p>		X					
Eliminación	<p>Abdomen ligeramente distendido. Ruidos intestinales, hipoactivos. Sin presencia de dolor.</p>	<p>Refiere de 2 a 3 veces por semana, cantidad escasa, consistencias blandas formada, color marrón. Refiere presentar estreñimiento. En la eliminación urinaria sin alteraciones y dificultad para hacer del baño.</p>	D	I	P D X	F X	V	C	
Moveirse y mantener una Postura	<p>El tono, resistencia y flexibilidad son acorde a la edad cronológica. No realiza caminatas debido al estado de salud que se encuentra, requiere a veces ayuda de otra</p>	<p>Realiza trabajo en el hogar, aproximadamente de 4 a 6 horas al día. Y toma debes en cuando un breve descanso de 30 minutos.</p>	D	I	P D X	F X	V	C	



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



	persona para estar en posición semi-fowler.								
Descanso y sueño	Presencia de ojeras. Visión borrosa.	Menciona dificultad para conciliar el sueño y dificultad para dormir. Duerme de 4 a 6 horas aproximadamente. Toma una siesta de 30 minutos.	D	I X	P D X	F x	V	C	
Vestirse	Leve dificultad para acomodarse y ponerse la bata.	Refiere vestirse por sí sola y vestirse de acuerdo a su comodidad y gusto.	D	I	P D X	F X	V	C	
Termorregulación	Transpiración normal. Ligera palidez. Temperatura de 36.4°C.	Refiere que la habitación por las madrugadas es fría, generándole más frío a ella.	D	I X	P D	F	V	C	
Higiene y protección de la piel.	El aspecto de la piel es correcto, integra y levemente hidratada. Cabello fino. Mucosa nasal pálida y secreción transparente. Labios con leve resequedad.	Baño diario y cambio de ropa completa. Cepillado de dientes lo realiza 2 veces al día, y el lavado de su prótesis dental. Refiere baño en cama y que lo ayuda su esposo	D	I	P D X	F X	V	C	



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



	Se percibe ligera halitosis.								
Evitar peligros	Hipoacusia izquierda. Uso de lentes, padece de miopía. Dificultad para caminar, debido al estado de salud por TCE.	Padece de Diabetes mellitus tipo 2. Cartilla de vacunación incompleta, a excepción de las vacunas COVID-19. Requiere de apoyo de un familiar. Reconoce las áreas de peligro en su casa. Menciona dificultad para escuchar.	D	I	P D X	F	V	C	
Comunicación	Orientada en tiempo, forma y espacio. Plática mayor parte de su tiempo con su esposo.	Comunicación con su familia, siente que tiene buena relación con ellos.	D	I X	P D	F	V	C	
Valores y creencias	Respetuosa. Empática Sin presencia de objetos religiosos en su estancia hospitalaria.	Religión católica, creyente.	D	I X	P D	F	V	C	
Trabajar y realizarse	Se encuentra tranquila, sin alterarse por el	Se siente capaz de realizar sus actividades del	D	I X	P D	F	V	C	



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



	entorno.	hogar.							
Participa en actividades recreativas	Leve elasticidad, flexión y extensión, debido a que pasa en cama, durante su estancia hospitalaria.	No tiene actividades fuera de casa, solo se dedica al hogar. Ve televisión.	D	I	P D X	F X	V	C	Contusión en rodilla derecha.
Aprendizaje	Tiene dificultad para repetir las palabras, que se le brindo. Atenta para aprender sobre sus futuros cuidados.	Refiere saber leer y escribir. Conoce el por qué su ingreso al hospital y los cuidados que se deberán llevar a cabo en casa.	D	I X	P D	F	V	C	



5.3 Diseño y priorización de enfermería

ANÁLISIS DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON										
No	Necesidad	Satisfechas	Insatisfechas		Fuente de dificultad			Rol de enfermería		
			Reales	Potenciales	Voluntad	Fuerza	Conocimiento	Sustituta	Auxiliar	Compañera
1	Oxigenación	X								
2	Nutrición e hidratación	X								X
3	Nutrición			Riesgo de nivel variado de glicemia			X		X	
4	Eliminación		Estreñimiento	Riesgo de infección		X			X	
5	Moverse y mantener una buena postura		Disminución de la movilidad			X			X	
6	Descanso y sueño		Patrón del sueño alterado			X				X
7	Vestirse y elegir prendas adecuadas		X			X			X	
8	Termorregulación	X								X



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



9	Higiene y protección de la piel		Halitosis Caries				X			X
10	Evitar peligros		Síndrome de fragilidad del anciano	X		X			X	
11	Comunicación	X								X
12	Vivir de acuerdo a sus creencias y valores	X								X
13	Trabajar y realizarse participar en actividades recreativas		Leve extensión, flexión y elasticidad.			X			X	
14	Aprendizaje	X								



ESQUEMA DE RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO				
Datos relevantes	Agrupación de datos	Deducción	Diagnóstico de enfermería	Problema interdependiente
<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo craneoencefálico • Diabetes mellitus tipo 2 • Estreñimiento • Riesgo de infección urinaria • Disminución de la movilidad • Patrón del sueño alterado • Dificultad para dormir • Leve extensión, flexión y elasticidad. • Reposo en cama • Herida quirúrgica • Sonda vesical 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo craneoencefálico • Equimosis • Contusión y equimosis en rodilla 	La persona tiene dolor, debido a lesiones.	Dolor agudo	
	<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento • Disminución de la movilidad. • Leve extensión, flexión y elasticidad. • Reposo en cama 	Síndrome	Síndrome de fragilidad del anciano.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de sueño perturbado • Dificultad para dormir 	La persona tiene dificultad para conciliar el sueño.	Patrón de sueño alterado	
	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo craneoencefálico • Herida quirúrgica • Diabetes Mellitus T2 	La persona tiene riesgo de infección	Riesgo de infección en herida quirúrgica por procedimiento.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus tipo 2 • Sonda vesical 	La persona tiene riesgo de infección urinaria	Riesgo de infección	



PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES						
NECESIDAD	PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACION:				
		Se consideró la jerarquía de Maslow que clasifica las necesidades en 5 categorías				
		fisiológicas	Seguridad	Sociales	Estima	Autorrealización
Evitar peligros	Dolor agudo		X			
Eliminación Moverse y mantener una postura	Síndrome de fragilidad del anciano	X				
Descanso y sueño	Patrón de sueño alterado	X				
Higiene y protección de la piel	Riesgo de infección del sitio quirúrgico	X				
Eliminación	Riesgo de infección	X				



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO		RESULTADO ESPERADO			
DOMINIO: 12 confort	<u>Dolor agudo, relacionado con intervención quirúrgica, evidenciado por informa intensidad utilizando una escala de dolor Estandarizada y comportamiento expresivo.</u>	RESULTADO: Nivel de dolor	ESCALA DE MEDICION		
CLASE: 1 confort físico		DOMINIO: V Salud percibida	1. Grave		
CÓDIGO: 00132		CLASE: V Sintomatología	2. Sustancial		
		CODIGO: 2102	3. Moderado		
			4. Leve		
			5. Ninguno		
				PUNTUACIÓN. DIANA	
		CODIGO	INDICADOR	MANT.	AUT.
		210201	Dolor referido	2	5
		210217	Frotarse el área afectada	3	5
		210206	Expresiones faciales de dolor	2	5
		210224	Muecas de dolor	4	5
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA					
INTERVENCION: Manejo del dolor: agudo	CODIGO: 14100	DOMINIO: Fisiológico: Básico	CLASE: Fomento de la comodidad física		
ACTIVIDADES:			FUNDAMENTACION:		
1.- Realizar una valoración exhaustiva de dolor que incluya localización, alivian aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo y agudizan.			Una adecuada evaluación, un buen manejo y una correcta interpretación del dolor disminuye las complicaciones e incrementa la calidad de vida y la satisfacción del paciente. ³²		
2.- Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación					
3.- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición valida y fiable Apropiaada a la edad y a la capacidad de comunicación.					
4.- Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía, trauma.					



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

INTERVENCION: Administración de analgésicos CODIGO; 2210 DOMINIO: 2 fisiológico: CLASE: H. Control de
complejo fármacos

ACTIVIDADES:

- 1.- Monitorizar el dolor de los pacientes con alteraciones de comunicación.
- 2.- Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor.
- 3.- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- 4.-Determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado del paciente utilizado una escala de medición de dolor apropiada.

FUNDAMENTACION:

Al evaluar el dolor de manera correcta se asocia a comprobar la eficacia del tratamiento posterior o de los diferentes tratamientos administrados.³²

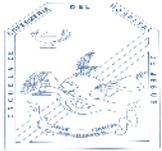
EVALUACIÓN

La paciente, empezó a mostrar mejoría, el dolor fue disminuyendo, por el plan terapéutico aplicado y con la valoración y uso de la escala de Eva para la medición del dolor.

Se logro el resultado esperado, de disminuir el dolor de la paciente, el cual inicio con una puntuación de 2 (sustancial) a una puntuación 5 (Ninguno) así como darle una correcta valoración y aplicación de la escala de Eva para un mayor control y registro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Herdman T, Kamitsuru S, López C, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023, 12ª Ed. 2021, Elsevier.
- Moorthead S, Swanson E, Johnson M, Maas M, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), medición de resultados en salud, sexta edición, 2019, Elsevier,
- Butcher H., Bulechek G., Dochterman J., Wagner C., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), séptima edición, 2018, Elsevier.



DIAGNOSTICO ENFERMERO		RESULTADO ESPERADO			
DOMINIO: 1 promoción a la salud	<p>Síndrome de fragilidad del anciano</p> <p>Relacionado con persona con antecedente de caídas, mujer, evidenciado por disminución de la tolerancia a la actividad, movilidad física alterada.</p>	RESULTADO: Envejecimiento físico	ESCALA DE MEDICION		
CLASE: Manejo de la salud		DOMINIO: 1 salud funcional	1.	Desviación grave del rango normal	
CÓDIGO: 00257		CLASE: B crecimiento y desarrollo	2.	Desviación sustancial del rango normal	
		CODIGO: 0113	3.	Desviación moderada del rango normal	
			4.	Desviación leve del rango normal	
			5.	Sin desviación del rango normal	
		CODIGO	INDICADOR	PUNTUACIÓN. DIANA	
				MANT.	AUT.
		011307	Fuerza muscular	3	4
		011309	Agudeza visual	3	4
		011308	Agudeza auditiva	3	4
		011324	Control intestinal	3	5
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA					
INTERVENCION: Manejo del estreñimiento/impacto fecal	CODIGO; 0450	DOMINIO: Fisiológico: básico	CLASE: Control de evacuación		
ACTIVIDADES:			FUNDAMENTACION:		
<p>1.- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.</p> <p>2.- Vigilar la existencia de peristaltismo.</p> <p>3.- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que puede ser causa del estreñimiento o que contribuya al mismo.</p> <p>4.-Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que este contraindicado.</p> <p>5.- Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.</p>			<p>Mayor prevalencia en mujeres y mayores de 65 años.</p> <p>el origen del estreñimiento es multifactorial, como; hábitos alimentarios incorrectos o ingesta de líquidos insuficiente, la falta de actividad física; dificulta el tránsito intestinal, factores ambientales que generen o la necesidad de asistencia para ir al baño.³³</p>		



6.- Comprobar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color según corresponda.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN:	Control intestinal	CODIGO;	0430	DOMINIO:	Fisiológico: básico	CLASE:	Control de evacuación
ACTIVIDADES:				FUNDAMENTACION:			
1.- Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.				El estreñimiento es un trastorno que se manifiesta con un retraso en el tránsito y evacuación intestinal, con la emisión de heces duras, de escaso volumen y con dificultad para expulsarlas, acompañado a veces de dolor. ³³			
2.- Monitorizar los sonidos intestinales.							
3.- Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.							
5.- Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado							
6.- Instruir al paciente/familiares a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.							

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN:	Cuidados del paciente encamado	CODIGO;	0740	DOMINIO:	Fisiológico: básico	CLASE:	Control de la movilidad
ACTIVIDADES:				FUNDAMENTACION:			
1.- Explicar las razones del reposo en cama.				Las lesiones cerebrales traumáticas leves, debe de encontrarse en reposo, para tratar el dolor de cabeza. El descanso relativo implica en limitar las actividades físicas o mentales, en los primeros días. ³⁴			
2.- Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.							
3.- Vigilar la aparición de complicaciones del reposo en cama (p. ej. Hipotonía muscular, dolor de espalda, estreñimiento, aumento de estrés, depresión, contusión, cambios del ciclo de sueño, infecciones del tracto urinario, dificultad en							



la micción, neumonía).

5.- Realizar ejercicios de rango de movimientos pasivos y/o activos.

EVALUACIÓN

El resultado esperado sobre el envejecimiento físico, se inició con una puntuación de 3 (desviación moderada del rango normal), en donde se logró parcialmente ya que en tres indicadores la puntuación se aumentó a 4 (desviación leve del rango normal) y un indicador con una puntuación de 5 (sin desviación del rango normal).

Teniendo a los 3 indicadores que aumentaron a una puntuación de 4, es debido a que ya tienen un padecimiento, donde se ve involucrado los cambios en la vejez.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-Herdman T, Kamitsuru S, López C, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023, 12ª Ed. 2021, Elsevier.

-Moorthead S, Swanson E, Johnson M, Maas M, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), medición de resultados en salud, sexta edición, 2019, Elsevier,

-Butcher H., Bulechek G., Dochterman J., Wagner C., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), séptima edición, 2018, Elsevier



DIAGNÓSTICO ENFERMERO		RESULTADO ESPERADO			
DOMINIO: 4 actividad/descanso		RESULTADO: Sueño		ESCALA DE MEDICION	
CLASE: 1 sueño/descanso		DOMINIO: Salud funcional	1.	Grave	
CÓDIGO: 00198		CLASE: Mantenimiento de la energía	2.	Sustancial	
		CODIGO: 0004	3.	Moderado	
			4.	Leve	
			5.	Ninguno	
Patrón de sueño alterado					
Relacionado con perturbaciones ambientales, evidenciado por dificultad para iniciar el sueño y expresa insatisfacción con el sueño.					
		CODIGO	INDICADOR	PUNTUACIÓN. DIANA	
				MANT.	AUT.
		000421	Dificultad para conciliar el sueño.	3	5
		000406	Sueño interrumpido.	3	4
		000425	Dolor	3	4
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA					
INTERVENCION: Manejo de la energía		CODIGO: 0180	DOMINIO: Fisiológico: Básico	CLASE: Control de actividad y ejercicio	
ACTIVIDADES:			FUNDAMENTACION:		
1.- Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.			Lo trastornos del sueño pueden presentarse en el paciente, al haber sufrido un traumatismo craneoencefálico. ³⁵		
2.- Limitar la cantidad de visitas y las interrupciones por parte de estas, según corresponda.			Llevar a cabo las pautas de higiene del sueño, son las más adecuadas. ³⁵		
3.- Ofrecer ayudas para favorecer el sueño (p. ej., música o mediaciones).					
4.- Facilitar la alternación de periodos de reposo y actividad.					
5.- Ayudar al paciente a programar periodos de descanso.					



EVALUACIÓN

El resultado esperado sobre el sueño, se inició con una puntuación de 3 (moderado), en donde se logró obtener, que dos de los indicadores aumentaran su puntuación a 4 (leve) y un indicador con una puntuación de 5 que es ninguno.

Teniendo a los 3 indicadores que aumentaron su puntuación dejando presente que las actividades proporcionadas a la paciente fueron eficientes y se logró tener un mejor manejo de la energía.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-Herdman T, Kamitsuru S, López C, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023, 12ª Ed. 2021, Elsevier.

-Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), medición de resultados en salud, sexta edición, 2019, Elsevier,

-Butcher H., Bulechek G., Dochterman J., Wagner C., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), séptima edición, 2018, Elsevier.



DIAGNOSTICO ENFERMERO		RESULTADO ESPERADO			
DOMINIO: 11 seguridad/protección		RESULTADO: Curación de la herida: por primera intención	ESCALA DE MEDICION		
CLASE: 1 infección		DOMINIO: II Salud fisiológica	1.	Ninguno	
CÓDIGO: 00266		CLASE: L Integridad tisular	2.	Escaso	
		CODIGO: 1102	3.	Moderado	
			4.	Sustancial	
			5.	Extenso	
Riesgo de infección de la herida quirúrgica Relacionado con diabetes mellitus y procedimiento invasivo.				PUNTUACIÓN. DIANA	
		CODIGO	INDICADOR	MANT.	AUT.
		110201	Aproximación de los bordes de la herida	3	5
		110214	Formación de la cicatrización	3	5
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA					
INTERVENCION: Cuidados de las heridas	CODIGO; 3660	DOMINIO: Fisiológico: complejo	CLASE: I control de la piel/heridas		
ACTIVIDADES:			FUNDAMENTACION:		
1.- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.			En una herida común, sana y suturada es de aguardar cierto nivel de inflamación, hinchazón y enrojecimiento 2 o 3 días postoperatorio, estando en etapa inflamatoria de cicatrización, no obstante se tiene que continuar observando los signos de infección. ³⁶		
2.- Medir el lecho de la herida, según corresponda.					
3.- Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario.					
4.- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.					
5.- Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida.					
6.- Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.					
7.- Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos del cuidado de la					



herida.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN:	Cuidados del sitio de incisión	CODIGO;	3440	DOMINIO:	Fisiológico: complejo	CLASE:	I Control de la piel/heridas
ACTIVIDADES:				FUNDAMENTACION:			
1.- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión. 2.- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. 3.- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión. 4.- Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección.				El tiempo que una herida suturada tardará en cicatrizar, no solo depende de la salud general del individuo, sino además del área de la incisión. Una vez que el área suturada tiene un óptimo aporte de sangre, la cicatrización puede completarse en 3 días. ³⁶			

EVALUACIÓN

La paciente, empezó a mostrar mejoría, donde la herida quirúrgica, se tuvo los cuidados durante su estancia hospitalaria para disminuir el riesgo de infección en la herida quirúrgica, logrando así el resultado esperado de mantener íntegra y por primera intención la herida. La puntuación se inició con 3 (moderado), logrando aumentar esta puntuación a 5 (extenso), donde el resultado esperado que se maneja fue, curación de la herida por primera intención. Se logró educar a la paciente y familiar para los cuidados posteriores ya sea en su estancia hospitalaria y en casa, y como detectar los signos y síntomas en caso de infección.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-Herdman T, Kamitsuru S, López C, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023, 12ª Ed. 2021, Elsevier.
 -Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), medición de resultados en salud, sexta edición, 2019, Elsevier,



-Butcher H., Bulechek G., Dochterman J., Wagner C., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), séptima edición, 2018, Elsevier.

DIAGNOSTICO ENFERMERO		RESULTADO ESPERADO			
DOMINIO: 11 seguridad/protección	Riesgo de infección Relacionado con procedimiento invasivo, sonda vesical	RESULTADO: Eliminación urinaria	ESCALA DE MEDICION		
CLASE: 1 infección		DOMINIO: II Salud fisiológica	1.	Gravemente comprometido	
CÓDIGO: 00004		CLASE: F Eliminación	2.	Sustancialmente comprometido	
		CODIGO: 0503	3.	Moderadamente comprometido	
			4.	Levemente comprometido	
			5.	No comprometido	
		CODIGO	INDICADOR	PUNTUACIÓN. DIANA	
				MANT.	AUT.
		050303	Cantidad de la orina	3	5
		050302	Olor de la orina	4	5
		050304	Color de la orina	4	5
		050307	Ingesta de líquidos	3	5
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA					
INTERVENCION: Cuidados del catéter urinario	CODIGO; 1876	DOMINIO: Fisiológico:	básico	CLASE: B Control de la	evacuación
ACTIVIDADES:			FUNDAMENTACION:		
1.- Asegurarse de que la bolsa de drenaje urinario se sitúa por debajo del nivel de la vejiga.			Las pautas para la prevención de las infecciones de vías urinarias relacionada a sonda vesical, a partir de un marco de evidencia científica y reconociendo 4 momentos en el cuidado del paciente portador de una sonda vesical: instalación, mantenimiento, retiro y detección de caso. ³⁷		
2.- Mantener la permeabilidad del sistema del catéter urinario.					
3.- Realizar cuidados urinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño.					
4.- Limpiar la parte externa del catéter urinario a nivel del meato.					
5.- Observa las características del líquido drenado.					



6.- Usar un sistema de fijación para el catéter.

7.- Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos específicos.

EVALUACIÓN

Se tuvo los cuidados durante su estancia hospitalaria para disminuir el riesgo de infección urinaria, logrando obtener el resultado esperado de la eliminación urinaria, donde se inició los indicadores con una puntuación de 3 (moderadamente) y 4 levemente, y así logrando aumentar a una puntuación de 5 (no comprometido), logrando el objetivo del resultado.

Se logro educar a la paciente y familiar para sus cuidados del catéter urinario, en su estancia hospitalaria y como detectar los signos y síntomas en caso de infección.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-Herdman T, Kamitsuru S, López C, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023, 12ª Ed. 2021, Elsevier.

-Moorthead S, Swanson E, Johnson M, Maas M, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), medición de resultados en salud, sexta edición, 2019, Elsevier,

-Butcher H., Bulechek G., Dochterman J., Wagner C., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), séptima edición, 2018, Elsevier.



5.5 Ejecución

Dolor agudo, con las intervenciones de manejo del dolor agudo y administración de analgésicos; se realizó una valoración exhaustiva de dolor, la identificación, y se monitorizó el dolor, donde se debió de documentar los hallazgos obtenidos en la observación de dolor.

Patrón de sueño alterado, con las intervenciones de manejo de la energía y manejo ambiental: confort, en el cual se ejecutó en disminuir los estímulos ambientales, se apoyó en favorecer el sueño y alternando los periodos de reposo, descanso, en el manejo ambiental se evitaron las interrupciones innecesarias, creando así un ambiente tranquilo.

Disminución de la tolerancia a la actividad, con las intervenciones cuidado del paciente encamado y cambio de posición, colocando a la paciente en una posición cómoda, semi fowler, donde se le explica las razones del reposo en cama, alineación en la cama, donde también realizamos ejercicios de movimientos en miembros torácicos y miembros pélvicos.

Estreñimiento, con las intervenciones de manejo de estreñimiento y control intestinal; se vigiló los signos y síntomas de estreñimiento, el cual incluye la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, donde verificamos también la existencia del peristaltismo, y sobre la importancia de su dieta y de los alimentos que fomentan la función gastrointestinal.

Riesgo de infección en la herida quirúrgica,

Riesgo de infección en sonda vesical,



5.5 Evaluación

Se manejaron los siguientes diagnósticos e indicadores:

Dolor agudo, en el nivel de dolor, se vio presente durante su estadía en hospitalización, en el primer día el dolor fue soportable, con una puntuación Diana mantener 2 y aumentar a 5, en el transcurso de la estancia hospitalaria empezó a disminuir el dolor, de acuerdo a la dosis recibida y a su respuesta, así logrando nuestro resultado del nivel de dolor menor.

En el síndrome del anciano frágil, se tuvo en cuenta como resultado esperado el envejecimiento físico, donde se tomó el control intestinal, fuerza muscular, agudeza visual y auditiva, teniendo la mayoría una puntuación Diana de mantener a 3 y aumentar a 4, donde la mayoría de las actividades influyeron en la mejora y el poder aumentar a 4 es decir una desviación leve del rango normal, debido a que la paciente tiene miopía, hipoacusia en un oído.

El patrón del sueño alterado, donde dos de las intervenciones que son sueño interrumpido y dolor iniciaron con una puntuación Diana de 3 y se aumentó a 4, y la otra intervención que es dificultad para conciliar el sueño, inicio con una puntuación de 3 y aumento a 5, llevando sus intervenciones y obteniendo los resultados esperados.

Riesgo de infección del sitio quirúrgico, se obtuvo el resultado esperado, que es curación de la herida; por primera intención, teniendo una puntuación Diana de mantener a 3 y aumentar a 5, donde se llevó las intervenciones del cuidado de la



herida y el cuidado del sitio de incisión, evitando el riesgo de infección del sitio quirúrgico.

En el caso de riesgo de infección, donde lo enfatizamos con el catéter urinario, donde el resultado esperado, de eliminación urinaria se llevó a cabo con una puntuación Diana de 3 o 4 y se aumentó a 5, donde se llevó a cabo, las intervenciones del cuidado del catéter urinario, así disminuyendo y evitando el riesgo de infección.

Los diagnósticos y los indicadores empezaron a llevar una gran mejorar y evaluación para la paciente, mejorando su bienestar y cuidados durante su estancia hospitalaria, lográndose la mayoría de los resultados esperados, en la paciente.



5.7 Plan de alta

A. Signos y síntomas de alarma en herida quirúrgica: (véase anexo 2: tríptico “cuidados de una herida quirúrgica en casa.”)

- Calor en la zona de la herida quirúrgica
- Eritema
- Presencia de pus o secreción
- Fiebre y/o escalofríos
- Dolor o molestia al tocarse
- Sutura desprendida o abertura de la herida quirúrgica

B. Recomendaciones sobre la dieta:

Debe cumplir con la nutrición, para lograr el conjunto del platillo que conforme su alimentación diaria, deber de reunir las siguientes características:

- Completa: dieta que habitualmente contiene todos los nutrimentos.
- Equilibrada: porciones apropiadas, bajo en sal, no exceder en grasa, disminuir el consumo de azúcar y alto en fibra.
- Inocua: consumir alimentos que no impliquen riesgos para la salud.
- Suficiente: cantidad de alimentos que un individuo debe consumir para cubrir sus necesidades de nutrimentos.
- Variada: se incluye diferentes alimentos y platillos en la comida.

C. Recomendaciones sobre los medicamentos:

- Todo consumo de medicamento debe de haber sido prescrito por el médico, siguiendo los siguientes 5 pasos:



1. Medicamento correcto
2. Dosis correcta
3. Vía de administración correcta
4. Hora de administración correcta
5. Paciente correcto

- El medicamento solo debe de tomarse con agua natural.
- Lavarse las manos en cualquier momento de tomar medicamento por cualquier vía para evitar la propagación de infecciones.

D. Prevención de caídas:

La enfermedad neurológica, altera en ocasiones el nivel de conciencia, cognitiva, cuadros confusionales, crisis convulsivas, déficits de movilidad, haciendo susceptible a presentar caídas accidentales, por lo que se debe de mantener habitaciones iluminadas, en orden, utilizar calzado cerrado y antideslizante, uso de barandillas en cama, baño y pasillo.

E. Movilización del paciente:

Presentar dificultad en la movilidad, orientar a la familia y/o cuidadores para movilizar a su familiar de forma correcta, si generar molestias.



VI. CONCLUSIONES

El uso del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en una paciente femenina de 66 años de edad, con diagnóstico médico de Traumatismo craneoencefálico (TCE), se identificó los cuidados e intervenciones de enfermería, en base a las necesidades que presentaba alteradas la paciente con ello se formularon los diagnósticos de enfermería, me ayudo en la priorización de las intervenciones, así favorecí el resultado esperado, con un mejor pronóstico a futuro disminuyendo las posibles complicaciones que se puedan presentar a corto o a largo plazo.

En el diseño e implementación del plan de cuidados individualizado dirigido para un paciente con diagnóstico de Traumatismo craneoencefálico, realice la valoración con las 14 necesidades de Virginia Henderson y una exploración física céfalo-caudal, identificando las principales necesidades alteradas, priorizando las alteraciones en el confort con la presencia de dolor agudo, el cual se encuentra relacionado con el traumatismo y el procedimiento invasivo, manifestándose en el patrón del sueño alterado, la disminución de la tolerancia a la actividad y el estreñimiento.

Este proceso me permitió plasmar de manera ordenada la evidencia obtenida en el cuidado de esta paciente, reconociendo la importancia que tiene la enfermera en la atención y rehabilitación de una persona con traumatismo craneoencefálico.

La evidencia me lleva a validar el objetivo general y específico planteado, el uso del pensamiento crítico y el uso adecuado de los recursos como las taxonomías NNN, así como la evidencia científica obtenida de la búsqueda sistematizada de la bibliografía me lleva a reconocer las competencias adquiridas durante mis años de formación académica.



VII. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Cuidado:** A la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.
- **Diagnóstico de enfermería:** Al juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar.
- **Disciplina:** Doctrina, instrucción de una persona, especialmente en lo moral.
- **Enfermería:** A la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.
- **Escala de Coma de Glasgow:** Es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona.
- **Traumatismo craneoencefálico:** Alteración en la función cerebral u otra evidencia de patología cerebral, originada por una fuerza externa, como lo es el impacto directo sobre el cráneo, aceleración o desaceleración brusca, penetración de un objeto (arma de fuego) u ondas de choque de una explosión.
- **Síndrome de caídas:** Es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite una persona al suelo en contra de su voluntad, puede ser referida por el paciente o por un testigo.



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mohamed, Naima. Mohamed,Abdel- Lah. Mohand, Najat. Taali, Nadia., editor. La historia de la enfermería, origen y actualidad [Internet]. Vol. IV. Científico-Técnica Ocronos; 2021. Disponible en: <https://revistamedica.com/historia-enfermeria/>
2. Moreno Sánchez YM, Fajardo Daza M, Ibarra Acuña A, Restrepo SS, editores. Cronología de la profesionalización de la Enfermería [Internet]. Vol. 9. Revista Logos, Ciencia & Tecnología; 2017. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5177/517753268005/517753268005.pdf>
3. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2013 feb. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013#gsc.tab=0
4. Rae.es. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/disciplina>
5. Vivian Vílchez Barboza OSA, editor. Enfermería: una disciplina social. Vol. 32. Ciencias de la Enfermería, Área de Promoción de la Salud, Oficina de Bienestar y Salud, Escuela de Enfermería Universidad de Costa Rica; 2012.
6. Rodríguez JRS, Cuevas CPA, Cabrera LGG. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría critica. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2017 [citado el 10 de noviembre de 2022];33(3). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091/296>
7. Machín El. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2015 [citado el 11 de



noviembre de 2022];31(3). Disponible en:

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686/131>

8. Reyes Gómez E. Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. Hipodromo: El Manual Moderno, Editorial; 2015.
9. Rodríguez A, Enriquez C, García ME, Pérez Diana C, Hernández M, Rojas E, editores. Virginia Henderson, Cuidado paliativo desde una perspectiva hólística. Vol. V. Científico-Técnica Ocronos; 2022.
10. Míguez JM. Las 14 necesidades de Virginia Henderson [Internet]. ServiSalud. 2021 [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.servisalud.com.do/post/las-14-necesidades-de-virginia-henderson>
11. Chozas JMV. Necesidades básicas de Virginia Henderson [Internet]. Enfermería Actual. 2022 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/necesidades-basicas-de-virginia-henderson/>
12. Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Enferm Univ [Internet]. 2019 [citado el 11 de noviembre de 2022];16(4):374–89. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400374
13. Reina G. Nadia Carolina El Proceso de Enfermería: instrumento del cuidado. Umbral Científico [en línea]. 2010, (17), 18-23[fecha de Consulta 11 de noviembre de 2022]. ISSN: 1692-3375. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>



14. Elsevier. Proceso de Enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración [Internet]. Elsevier Connect. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/proceso-de-enfermeria-en-cinco-pasos-pensamiento-critico-y-valoracion2>
15. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: Fundamento del razonamiento clínico. 8a ed. La Villa y Corte de Madrid, España: Ovid Technologies; 2014.
16. Herdman T, Kamitsuru S, López C, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023, 12ª Ed. 2021, Elsevier.
17. Profesional P, Enf L, Laura O, Trujano J, Rosa M, Ostiguín Meléndez M, et al. El concepto de persona, como determinante del cuidado [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1028517/332-manuscrito-anonimo-642-1-10-20180416.pdf>
18. EA. Ser abuelo es la compensación de Dios por envejecer Edad: 64 [Internet]. Udlap.mx. [citado el 06 de marzo de 2023]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
19. Román J. Cambios Fisiológicos en el Adulto Mayor [Internet]. vlindercenter. 2020 [citado el 06 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.vlindercenter.com/single-post/cambios-adulto-mayor>
20. Acera M. Características de la Tercera Edad: conoce a nuestros mayores [Internet]. Deusto Salud. 2020 [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.deustosalud.com/blog/tercera-edad/caracteristicas-tercera-edad>
21. Vista de Diagnósticos de enfermería para pacientes con traumatismo craneoencefálico: revisión integradora [Internet]. Revistas.um.es. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/435321/311021>
22. puntuación [Internet]. Elsevier Connect. [citado el 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>



23. J. E. Muñana-Rodríguez AR-E, editor. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. Vol. 11. Enfermería e Investigación. La experiencia de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM; 2014.
24. Gómez P. Síndrome de Caídas ,+Salud FacMed [Internet]. +Salud FacMed.[citado el 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.massaludfacmed.unam.mx/index.php/sindrome-de-caidas/>
25. De Seguridad Social (IGSS) IG. Manejo del trauma craneoencefálico [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/images/gpc-be/cirugia/GPC-BE-No-69-Manejo-del-Trauma-Craneoencefalico.pdf>
26. Mao G. Traumatismo encefalocraneano [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismo-encefalocraneano/traumatismo-encefalocraneano-tec>
27. Intervenciones de enfermería en la atención inicial de pacientes con traumatismo craneoencefálico grave en urgencias. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018 [Internet]. Gob.mx. [citado el 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/604GER.pdf>
28. De Salubridad General C. Guía de Práctica Clínica Detección y manejo inicial de la lesión craneal traumática aguda en el Adulto en el Primer Nivel de Atención [Internet]. 2013. Disponible en: <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-016-08/RR.pdf>
29. TCE - Traumatismo craneoencefálico [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado el 10 de noviembre de



- 30.2022]. Disponible en: <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/areas-de-trabajo/grupo-red-fci/61-foros/consultas-becker/938-tce-traumatismo-craneoencefalico>
31. Moorthead S, Swanson E, Johnson M, Maas M, Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, medición de resultados en salud, sexta edición, 2019, Elsevier.
32. intervenciones de enfermería (NIC), séptima edición, 2018, Elsevier.
33. Netex. Evaluación del dolor [Internet]. Sergas.es. [citado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: https://escolasaude.sergas.es/Docs/EGSPC/pilula/02_evaluacion/index.html
34. Rafaela Rosa M, editor. Cambios en el ritmo intestinal. Etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento [Internet]. Vol. 29. Elsevier; 2010. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-cambios-el-ritmo-intestinal-etilogia-X0212047X10540698>
35. Lesión cerebral traumática [Internet]. MayoClinic.org. 2021 [citado el 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/traumatic-brain-injury/diagnosis-treatment/drc-20378561>
36. Irene.es. [citado el 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://irenea.es/blog-dano-cerebral/tratamiento-de-las-alteraciones-del-sueno-dano-cerebral-adquirido/>
37. Baquero Royo M del C, Soledad AP, Saiz Gracia A, Muñoz Enguita J, Bazaco S, Verónica, et al., editores. Cuidados de enfermería en la herida quirúrgica [Internet]. Vol. V. Científico-Técnica Ocronos; 2022. Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidados-enfermeria-herida-quirurgica>
38. Secretaria de Salud, Protocolo para la estandarización del cuidado al paciente con sonda vesical, enfocado a la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud [Internet]. 2013-2018. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/protocolo_sonda_vesical.pdf



ANEXOS

Cartel de “Prevención de caídas”

Prevención de caídas

La OMS define caídas como consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite una persona al suelo en contra de su voluntad, puede ser referida por el paciente o por un testigo.

Es considerado un problema de salud pública importante que afecta la calidad de vida de adultos mayores.



Consecuencias de una caída:

- Inflamación
- Dolor en la zona del golpe, de leve a moderado
- Inflamación que limite el movimiento o el caminar
- Lesiones en la piel (raspón o moretón)
- Lesiones graves como fracturas y pérdida del conocimiento.
- Hemorragia (sangrado).

Recomendaciones generales para evitar caídas:

- Apartar objetos que pueden interferir con el paso.
- Utilizar barreras de apoyo, en el baño, escaleras y otros lugares de difícil tránsito.
- Iluminar adecuadamente los ambientes.
- Utilizar calzado seguro y suela antideslizante.
- No levantarse rápidamente de la cama.
- Si es necesario, el uso de aparatos de apoyo como bastones o andaderas.
- Evitar caminar sobre suelo mojado.



Referencias:

1. Caídas en el Adulto Mayor [Internet]. Gob.mx. [citado el 23 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/caidas>
2. Gómez P. Síndrome de Caídas... - +Salud FacMed [Internet]. +Salud FacMed. +Salud; 2019 [citado el 23 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.massaludfacmed.unam.mx/index.php/sindrome-de-caidas/>



Anexo 2: Tríptico de “Cuidados de una herida quirúrgica en casa”

¿Qué es una herida quirúrgica?

Es un corte o una incisión en la piel que se hace durante una cirugía y llevada a cabo con objetivos terapéuticos y/o reparadores, efectuado por personal sanitario.



- El cuidado de las heridas postquirúrgicas implica limpieza y protección y control de la piel para prevenir complicaciones y permitir una rápida cicatrización.



Tras ser dado de alta tendrá que realizar unos cuidados de la herida en su domicilio.

¿Cómo realizar la curación de la herida?

1. Lavarse las manos con agua y jabón.
2. Retirar el apósito con cuidado, sujetando la piel.
3. Usar una solución salina o con agua embotellada.
4. Empapar la gasa con la solución y dar con movimientos suaves a la herida, no frotar y/o tallar.
5. Secar la herida con gasas estériles secas.
6. Al finalizar la curación, cubrir la herida con un apósito o gasa limpio como el médico o el personal de enfermería le enseñaron.
7. Al finalizar lavarse las manos con agua y jabón.



¿Cuáles son los signos de alarma?

- Malestar generalizado y quejas de no encontrarse bien
- Fiebre y taquicardia.
- La herida empieza con secreción.
- El sector que circunda la herida se vuelve roja, dolorida, hinchada e indurada y con presencia de calor.
- Abertura parcial de los bordes de la herida tras retirar las suturas.



Al presentar unos o varios de los signos de alarma, acudir al servicio de urgencias inmediatamente.





Anexo 3: Instrumento de valoración de enfermería con el modelo de Virginia Henderson

Evitar:

Limpiadores cutáneos como:

- Alcohol
- Peróxido
- Yodo
- Jabones con químicos antibacterianos



NO aplique:

- Loción
- Crema
- Ni remedios herbales en la herida ni a su alrededor.

Ya que pueden dañar el tejido de la herida y demorar su cicatrización



Recomendaciones

- Evitar realizar esfuerzos o movimientos bruscos.
- Alimentación equilibrada con aporte de proteínas adecuado.
- Tomar la medicación prescrita por el médico.
- Reducir el consumo de alcohol y tabaco.
- Evitar y/o disminuir la exposición solar.



Referencias:

1. Cuidado de heridas quirúrgicas abiertas [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 22 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000040.htm>
2. Heridas quirúrgicas: prevención de infecciones y tratamiento integral de la cicatriz [Internet]. Ulceras.net. [citado el 22 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://ulceras.net/articulo.php?id=193>



**Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús
Incorporada a la UNAM**




Cuidados de una herida quirúrgica en casa

Elaborado por: Martínez Ramírez Gisel

Diciembre 2022



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: M.C.A

Edad: 66 años Fecha de Nacimiento: _____

Genero: Femenino

Escolaridad: primaria

Ocupación: hogar

Lugar de nacimiento: Estado de México

Idioma: español

Estado civil: casada

Tipo de familia: monoparental

Domicilio: no proporciona

Teléfonos: no proporciona

Fuente de información: Directa (X) Indirecta ()

Quién: paciente y familiar

Cuál

VALORACIÓN DE NECESIDADES

I. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

1.1 ¿Refiere dificultad para respirar? SI () NO (X)

1.2 ¿Ha presentado sensación de falta de aire?

SI () NO (X)

1.3 ¿Ha presentado sensación de ahogo? SI () NO (X)

1.4 ¿Tiene dolor al respirar? Si ____ No X

Inspiración (X) Espiración (X)

1.5 ¿Al realizar esfuerzo físico presenta dificultad para respirar?

SI () NO (X)

Especificar _____

1.6 ¿Actualmente presenta "Tos"?

SI () NO (X) Productiva () Seca ()

1.7 ¿Acostumbra fumar? SI () NO (X)

¿Cuántos cigarrillos al día? _____

¿Hace cuánto tiempo? _____

1.8 ¿Presencia de varices en miembros inferiores?

SI () NO (X)

Características _____

DATOS OBJETIVOS

1.9 Toma de signos vitales: FR 19 x min. FC 100 X min.

T/A 117/64 mmHg T°C 36.4°C

1.10 Patrón respiratorio uniforme SI (X) NO ()

1.11 Dificultad al respirar: Sin esfuerzo (X)

Al esfuerzo físico () Acostado () Nocturna ()

1.12 Presenta Aleteo nasal: SI () NO (X)

Tiros intercostales SI () NO (X)

Depresión del Apéndice Xifoides SI () NO (X)

1.13 Auscultación de pulmones

Paso libre de aire en ambos campos pulmonares

SI (X) NO ()

Sibilancias () Crepitaciones durante la espiración ()

Roncus () Roces ()

1.14 Estado de conciencia:

Consciente (X) Desorientado () Somnoliento ()

Estuporoso () Inconsciente ()

1.15 Coloración de la piel: Rosada () Cianótica ()

Palidez (X) Marmórea ()

1.17 Coloración de los labios: Rosada (X) Cianótica ()

Palidez ()

1.16 Coloración de zona peribucal:

Cianótica () Palidez (X)

1.18 Llenado capilar:

(X) < ó = 2" () > 2"

1.19 Coloración de las uñas de las manos:

Rosadas (X) Cianóticas () Palidez ()

1.20 Presencia de edema en miembros inferiores

SI () NO (X) Grado I () II () III ()

1.21 Palpación de pulsos

Carótida (X) Branquia (X) Radia (X) Femoral (X)

Popíteo (X) Dorso /pie (X) Tibial posterior (X)

OBSERVACIONES: Con buen tono e intensidad.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



II.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

2.1 ¿Qué tipo de alimentos consume usualmente en 7 días?

ALIMENTO	1-3 DÍAS	3-5 DÍAS	5-7 DÍAS
CARNES		X	
LACTEOS	X		
FRUTAS		X	
VERDURAS		X	
LEGUMINOSAS		X	
CEREALES	X		
GRASAS	X		
AZÚCARES	X		

2.2 ¿Cuántas veces come al día?

Una () Dos () Tres (X) Mas de tres ()

2.3 ¿Su horario de alimentos es?

FIJO (X) IRREGULAR ()

2.4 ¿Come acompañado? SI (X) NO ()

2.5 ¿En un ambiente agradable? SI (X) NO ()

2.6 ¿Ha presentado falta de apetito últimamente?

SI () NO (X)

¿A que lo atribuye?

2.7 ¿Consumo en su dieta diaria algún alimento irritante?

(grasas, condimentos, café, té, picante, refresco)

SI (X) NO ()

Especifique: Café

2.8 ¿Cuándo está enojado o triste tiene preferencia por algún alimento en especial?

SI () NO (X)

Cuál _____

2.9 ¿Sigue alguna dieta especial? SI () NO (X)

TIPO DE DIETA: Normal

2.10 ¿Ha tenido pérdida involuntaria de peso mayor a cuatro kilogramos en los últimos tres meses?

SI () NO (X)

2.11 ¿Tiene periodos en los que le da mucha hambre?

SI () NO (X)

2.12 ¿Qué tipo de alimentos consume cuando le da mucha hambre? _____

2.13 ¿Ha tenido trastornos digestivos en los últimos tres días?

Vómito SI () NO (X) Náuseas SI () NO (X)

Distensión abdominal SI (X) NO ()

Diarrea SI () NO (X) Estreñimiento SI (X) NO ()

Ardor SI () NO (X) Agruras SI () NO (X)

2.14 ¿Tiene dificultad para masticar? SI (X) NO ()

A que lo atribuye usted: Prótesis dental

2.15 ¿Tiene dificultad para deglutir? SI () NO (X)

2.16 ¿Utiliza dentadura postiza para comer? SI (X) NO ()

2.17 ¿Le lastima la dentadura al momento de consumir sus alimentos?

SI () NO (X)

2.18 ¿Asea su dentadura? SI (X) NO ()

Cuántas veces al día: 2 veces al día

2.19 ¿Es alérgico a algún alimento? SI () NO (X)

Especifique _____

2.20 ¿Come fuera de casa? SI (X) NO ()

2.21 ¿Depende de otras personas para consumir sus alimentos? SI () NO (X)

2.22 ¿Cuánta agua consume al día?

0-1 Vaso () 2 - 3 Vasos () 3 - 4 Vasos (X)

4 - 6 Vasos () 6 - 8 Vasos () + 8 vasos ()

2.23 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI () NO (X)

¿Con que frecuencia? _____

2.28 ¿Actualmente toma algún medicamento?

SI (X) NO () Recetado _____

¿Cuál? Glibenclámda y metformina

2.29 ¿Realiza algún tipo de ejercicio? SI () NO (X)

¿Especifique? _____

2.30 ¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio?

0 -1 vez (X) 2 - 3 veces () 3 - 4 veces ()

4 - 5 veces () 5 - 7 veces ()

DATOS OBJETIVOS

2.31 ASPECTO CABELLO Abundante () Con brillo ()

Sedoso () Grueso () Delgado (X) Opaco (X)

Escaso () Quebradizo () Caída de cabello ()

Signo de bandera ()

2.32 OJOS
Conjuntivas

Rosadas Hidratadas (X) Pálidas () Deshidratadas ()

2.33 PIEL



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Rosada () Hidratada () Pálida (X) Seca ()

Otros _____

2.34 MUCOSA ORAL

Coloración () Rojo Rosado () Pálida (X) Húmeda ()

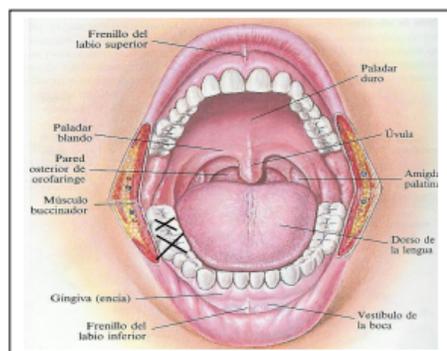
Otras _____

2.35 DIENTES

Caries SI (X) NO () Cuántas piezas: 2

Adoncia SI () NO (X) Cuántas piezas _____

2.36 CAVIDAD BUCAL



** Marque con una "X" Caries, Adoncia o lesión en cavidad bucal

2.37 UÑAS

Duras () Gruesas () Débiles (X) Delgadas (X)

Quebradizas () Descamadas () Rosadas ()

Pálidas ()

2.38 INDICE DE MASA CORPORAL (Peso kg. / (Talla m)²)

Peso Ideal 58- 60 kg Peso Real: 69 kg

Talla: 1.60 IMC: 26.9

BAJO PESO () NORMAL () SOBREPESO (X)

OBESIDAD () OBESIDAD MORBIDA ()

III.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

3.1 Frecuencia de la evacuación

Diario () 2 ó 3 veces por semana (X) Otros ()

Especifique.- _____

3.2 Describa las características de sus heces

Cantidad

Escaso (X) Abundante ()

Consistencia

Blandas formadas (X) Duras () Líquidas ()

Color

Marrón (X) Amarillas () Otros ()

Especifique _____

3.3 ¿Olor? Acre () Desagradable (X)

3.4 ¿Identifica elementos extraños en su defecación?

SI () NO (X)
Alimentos no digeridos () Sangre () Parásitos ()
Otros ()

Especifique. _____

3.5 ¿Requiere laxantes para evacuar?

SI () NO (X)

Especifique.- _____

3.6 ¿Bajo tensión emocional hay cambio en su defecación?

SI () NO (X)

Diarrea () Estreñimiento () Otros ()

Especifique.- _____

3.7 ¿Consumo medicamentos actualmente?

SI () NO (X)

Cuales. _____

3.8 ¿Con qué frecuencia orina?

2 ó 3 Veces al día () 4 a 6 Veces al día (X)

Especifique.- _____

3.9 ¿Qué color tiene su orina?

Transparente Ámbar (X) Otros ()

Especifique.- _____

3.10 ¿Bajo estado emocional hay cambio en su eliminación urinaria?

SI () NO (X)

Aumenta el deseo de orinar ()

Especifique.- _____

3.12 ¿Presenta alguna alteración urinaria? SI () NO (X)

Ardor () Disuria () Incontinencia ()

Especifique.- _____

3.13 ¿Cuál es el ritmo de su menstruación?

Cada 28 días () Cada 30 días () Otros (X)

Especifique: sin menstruación, de acuerdo a edad cronológica

3.14 Describa las características de su menstruación



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Cantidad
Escaso () Abundante ()

Duración
3 a 4 días () 5 a 6 días () Otros ()

Especifique.- _____
Color

Rojo brillante () Rojo oscuro () Otros ()

Especifique.- _____

3.15 ¿Presenta alguna alteración?

SI () NO (X)

Dolor () Sangrado Inter.-menstrual () Otros ()

Especifique _____

3.16 ¿La tensión emocional altera su ciclo menstrual?

SI () NO ()

Como. _____

DATOS OBJETIVOS

Inspección

3.17 Características de las heces

Observaciones: formada

3.16 Elementos extraños en las heces

Observaciones: _____

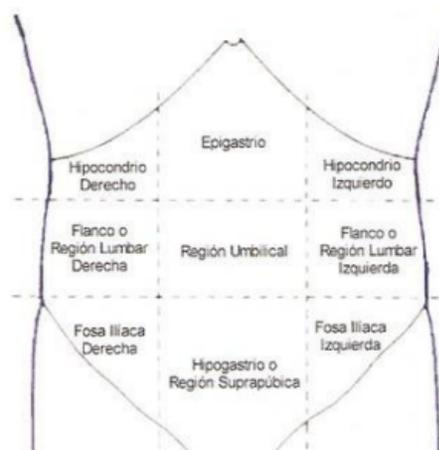
3.18 Simetría del abdomen

Liso, plano () Redondeado convexo () Distendido (X)

3.19. Presencia de ruidos intestinales

Audibles () Hipoactivos (X) Hiperactivos ()

Regiones Abdominales:



Observaciones:

3.20. Aéreas sensibles en abdomen

Abdomen relajado (X) Dolor e hipersensibilidad ()

Localizada () Generalizada () Masas superficiales ()

3.20. Características de la orina.

Observaciones: Ambar

3.21. Elementos extraños en la orina

Observaciones: ninguno

3.22 .Presencia de globo vesical

Palpable () No palpable (X)

3.23. Dolor en el bajo vientre:

SI () No (X)

Características del dolor: _____

3.24. Presencia de diaforesis

SI () No (X)

Observaciones _____

IV. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DATOS SUBJETIVOS

4.1 Antecedentes de Dolor:

Cervical () Lumbar () Ciática ()

De articulaciones de miembros superiores ()

De articulaciones de miembros inferiores ()

4.2 Tipo de trabajo que realiza:

Con esfuerzo físico (X) Sin esfuerzo físico ()

4.3 Actividad que realiza en el trabajo es:

Sentado de 2 – 3 hrs. () De 4 – 6 hrs. () De 7 – 8 h ()
De pie de 2 – 3 hrs. () De 4 -6 hrs(X)

De 7 – 8 h () De movimiento continuo ()

4.4 ¿Acostumbra tomarse algún tiempo de descanso durante el día?

SI (X) NO ()

4.5 ¿De cuanto tiempo?

De 10 min () 15 min () 20 min () + de 30 min (X)

4.6 ¿En que postura ? Sentado (X) Recostado ()

4.7 ¿Usted se considera una persona?

Activa (X) Sedentaria ()
Porque ? Realiza aseo del hogar

4.8 ¿Regularmente el calzado que usa es?

De tipo común (X) de algún arreglo ortopédico ()



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Observaciones: _____

4.9 Rol Social ¿Pertenece a algún grupo?

SI (X) NO ()

¿Cuál? Familia

4.10 ¿Practica algún deporte? SI () NO (X)

Frecuencia _____
Tiempo _____

DATOS OBJETIVOS

4.11 De acuerdo a la observación, ¿la alineación ósea es la adecuada?

SI (X) NO ()

Observación: _____

4.12 El tono, la resistencia y la flexibilidad son las que corresponden a la edad del paciente?

SI (X) NO ()

Observaciones: _____

4.13 De acuerdo a la exploración física ¿Consideras que el Estado emocional del paciente afecta la postura anatómica?

SI (X) NO ()

Porque? _____

4.14 Equilibrio sentado, ¿es firme y seguro?

SI (X) NO ()

4.15 ¿Al levantarse el paciente lo hace?

Con impulso normal y sin ayuda ()

Utiliza los brazos como ayuda ()

Con ayuda de otra persona (X)

4.16 ¿Para la deambulación observas si el paciente requiere de algún apoyo?

SI (X) NO ()

Bastón () Andadera () Muletas ()

De otra persona (X)

4.17 ¿Presenta facie de dolor?

SI () NO ()

Observaciones _____

4.18 La marcha al deambular es?

Con pasos continuos () Con pasos discontinuos ()

Observaciones: aun se mantiene en reposo

V. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DATOS SUBJETIVOS

5.1 ¿Tiene dificultada para conciliar el sueño?

SI (X) NO ()

5.2 ¿Cuántas horas duerme durante la noche?

Menos de 4hrs. () De 4 a 6 hrs. (X) De 7 a 9 hrs. ()

Más de 9 hrs. ()

5.3 ¿Tiene dificultad para mantenerse dormido?

SI (X) NO ()

Observaciones _____

5.4 ¿Cómo es su patrón de sueño?

Continuo () Discontinuo (X) Insomnio (X)

Observaciones _____

5.5 ¿Realiza alguna actividad para favorecer el sueño?

SI () NO (X)

¿Cuál? _____

5.6 ¿Toma medicamento para inducir el sueño?

SI () NO (X)

¿Cuál? _____

5.7 ¿Los medicamentos que toma lo mantienen despierto?

SI () NO (X)

5.8 ¿Su estado de ánimo le impide dormir?

SI () NO (X)

5.9 ¿Ronca o le han dicho que ronca mientras duerme?

SI () NO (X)

5.10 ¿Le han dicho que cuando duerme deja de respirar por periodos cortos?

SI () NO (X)

5.11 ¿Padece dolor de cabeza tras despertarse?

SI () NO (X)

5.12 ¿Tiene dificultad para mantenerse despierta durante el día?

SI () NO (X)

5.13 ¿Acostumbra a tomar una siesta?

SI (X) NO ()

½ hora (X) Una hora () Más de una hora ()

5.14 ¿Se queda dormido en momentos inapropiados?

SI () NO (X)

5.15 ¿Durante el día se siente cansado?

SI () NO (X)



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



DATOS OBJETIVOS

5.16 Inspección en el paciente:

- | | | |
|------------------------------------|--------|--------|
| 1. Presencia de ojeras. | Si (X) | No () |
| 2. Cambio de posición varias veces | Si () | No (X) |
| 3. Bostezos frecuentes | Si () | No (X) |
| 4. Visión borrosa | Si (X) | No () |
| 5. Tipo de respuesta es lenta | Si () | No (X) |
| 6. Se observa fatigado | Si () | No (X) |
| 7. Irritabilidad | Si () | No (X) |
| 8. ¿Se encuentra apático? | Si () | No (X) |
| 9. ¿Presenta somnolencia excesiva? | Si () | No (X) |

VI. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

DATOS SUBJETIVOS

6.1 ¿Su estado de ánimo es determinante para elegir las prendas de vestir que usará?

SI () NO (X)
Cómo _____

6.2 ¿Considera que la manera de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales?

SI () NO (X)
Cómo _____

6.3 ¿Puede decidir por si solo (a) la ropa que se pone?

SI (X) NO ()

6.4 ¿Necesita ayuda para vestirse o desvestirse?

SI () NO (X)

6.5 ¿Tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significado especial para usted?

SI () NO (X)

Cuál? _____

6.6 ¿Su modo de vestir esta relacionado con sus valores y creencias?

SI () NO (X)

DATOS OBJETIVOS

6.7 Solicitar se retire una prenda de vestir, presenta alguna dificultad.

SI () NO (X)

VII. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

7.1 ¿Experimenta frío frecuentemente?

SI () NO (X)

7.2 ¿Experimenta calor?

SI () NO (X)

7.3 ¿Temperatura ambiental que le es agradable?

Templado (X) Caluroso () Frío ()

7.4 ¿Habitación y vivienda adecuada al clima de la zona?

SI () NO (X)

DATOS OBJETIVOS

7.5 ¿Vestido adecuado a la estación?

SI (X) NO ()

7.6 Características de la piel

Rubicunda () Diaforesis ()

Frialdad de la piel () Transpiración normal (X)

Escalofríos () Palidez (X) Pilo erección ()

Entumecimiento del llenado capilar ()

Palidez de los lechos unguiales () Piel caliente al tacto ()

7.7 Temperatura

Hipotérmica () Febrícula ()

Hipertérmica () Normo termia (X)

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Datos Subjetivos

8.1 ¿Cuenta con recursos públicos para practicar su higiene?

SI (X) NO ()

8.2 ¿Baño?

Diario (X) Cada tercer día () Una vez por semana ()

Otro _____

8.3 ¿Lavado de manos

Antes de comer () Antes de ir al baño ()

Después de ir al baño (X)

Otro _____

8.4 ¿Cepillado de dientes y/o prótesis?

Después de cada alimento () 2 veces al día (X)

1 vez al día () no lo practica ()

8.5 ¿Necesita ayuda para practicar su higiene?

SI () NO (X) Parcial () Total ()

Datos Objetivos

8.6 ¿Aspecto general?

Correcto (X) Incorrecto ()

8.7PIEL

(X) Integra / hidratada () Heridas

Localización _____



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Ictericia Verrugas
Localización _____

Cianosis Lunares
Localización _____

Otros _____ Manchas
Localización _____

Decoloración
Localización _____

Exudados
Localización _____

8.8 CABELLO
Fino (X) Grueso () Brillante () Seco ()

¿Presencia de parásitos?
SI () NO (X)

Especifique _____

8.9 NARIZ
Mucosa Nasal
Coloración:
Rosa intenso () Otro: Palidez

Secreción
Transparente (X) Amarilla () Verdosa ()
Otra _____

Presencia de:
Sangre () Costras () Perforaciones ()
Otros _____

8.10 BOCA Y OROFARINGE

Labios
Aspecto:
Secos (X) Grietas () Edema ()
Otro _____

Coloración:
Rozados (X) Palidez () Cianosis ()
Otra _____

Mucosa Bucal
Color:
Rojo Rosado (X) Otro _____
Húmeda (X) Otro _____

Presencia de:
Manchas () Lesiones () Ulceras ()
Otras _____

Dientes
Completos () Incompletos (X)

Prótesis: SI (X) NO ()

Presencia de:
Placa dentobacteriana () Sarro (X)
Localización: dientes inferiores

8.8 Cavidad oral
(X) Halitosis () Lesiones
Localización _____
() Ulceras

Localización _____

Manchas
Localización _____

Sangrado
Localización _____

Dolor
Localización _____

Criptas
Localización _____

Inflamación
Localización _____

Induraciones
Localización _____

8.11 OIDOS:

Dolor	SI	()	NO	(X)
Inflamación	SI	()	NO	(X)
Cerumen	SI	(X)	NO	()
Derrames	SI	()	NO	(X)
Cuerpos Extraños	SI	()	NO	(X)

Presencia de:
() Nódulos
Localización _____

() Lesiones
Localización _____



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



IX. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

DATOS SUBJETIVOS

9.1 Se ha presentado alguna defunción en su familia, en los últimos 5 años? Si () No (X)

9.2 ¿Con que periodicidad lleva su control médico?

Cada año () sólo cuando se enferma (X)

Otros ()

9.3 Presenta alguna enfermedad o padecimiento?

Si (X) No ()

¿Cuál? Diabetes mellitus tipo 2

9.4 ¿Se enferma frecuentemente?

Si () No (X)

9.5 ¿Cuenta con cartilla de vacunación?

SI (X) NO ()

9.6 La Cartilla de vacunación está:

Completa () incompleta (X)

9.7 ¿Se ha aplicado otras vacunas?

SI (X) NO ()

Cuáles Covid-19

9.8 ¿Conoce las medidas para prevenir enfermedades?

SI (X) NO ()

Cuáles _____

9.9 ¿Ha padecido alguna alteración?

Física (X) Psicológica () Social ()

¿Cuál? Traumatismo craneo encefálico y contusión en rodilla derecha

Este padecimiento altera su autoconcepto o su imagen

Si () No (X)

Porqué _____

9.10 ¿Actualmente requiere de algún tipo de ayuda?

SI (X) NO ()

¿Cuál? Apoyo de familiar

La utiliza SI (X) NO ()

Porqué _____

9.8 ¿Cómo reacciona ante una situación de peligro?

Se estresa SI () NO (X)

Pierde el control SI () NO (X)

Porqué _____

¿Cómo lo manifiesta? _____

La familia le apoya SI (X) NO ()

Porqué _____

9.9 ¿Asiste a algún centro de ayuda para manejar sus emociones?

SI () NO (X)

¿Quién? _____

9.10 ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su casa?

SI () NO (X)

¿Cuáles? _____

9.11 ¿Actualmente identifica riesgos de accidentes en su casa?

SI (X) NO ()

¿Cuáles? Escaleras y azotea

9.12 ¿Conoce las medidas de prevención en su trabajo?

SI (X) NO ()

¿Cuáles? Escaleras y azotea

9.13 ¿En su trabajo identifica áreas o factores de riesgo de accidente?

SI () NO (X)

¿Cuáles? _____

9.14 Suele consumir Alcohol () Tabaco () Medicamentos no prescritos o alguna droga

Especifique _____

9.15 ¿Conoce los efectos del consumo de estas sustancias?

SI (X) NO ()

¿Cuáles? _____

¿Se fija metas para el futuro? SI () NO (X)

En cuanto tiempo _____

¿Toma provisiones económicas?

SI () NO (X)

Le apoya algún familiar SI (X) NO ()

¿Quién? Esposo e hijos

DATOS OBJETIVOS

9.5 Escucha bien SI () NO (X)

Porqué: hipoacusia izquierdo

Tipo de apoyo que utiliza: ninguno

9.6 Ve bien SI () NO (X)

¿Porqué? Miopía

Qué apoyo utiliza: lentes



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



9.7 Lenguaje claro SI (X) NO ()

¿Porqué? _____

9.8 Presenta sensibilidad en su cuerpo

SI () NO (X)

¿Porqué? _____

9.9 Se le dificulta caminar SI (X) NO ()

¿Porqué? Aun en reposo por TCE y contusión en rodilla derecha.

X. NECESIDADES DE COMUNICACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

10.1 ¿Tiene relaciones armónicas con su familia?

SI (X) NO ()

¿Porqué? _____

10.2 ¿Pertenece o asiste a algún grupo de ayuda?

SI () NO (X)

¿Cuál? _____

10.3 ¿Utiliza mecanismos de defensa al comunicarse como?

Sentimientos de negación () Inhibiciones ()

Agresividad () Hostilidad () Desplazamiento ()

10.4 ¿Tiene alguna limitación física que le impide comunicarse?

SI () NO (X)

¿Cuál? _____

10.5 ¿Habla con alguien de su familia cuando tiene problemas?

SI () NO (X)

¿Con quien? _____

10.6 ¿Cuánto tiempo pasa solo? Muy poco tiempo

10.7 ¿Tiene contactos sociales satisfactorios?

SI (X) NO ()

¿Porqué? _____

10.8 ¿Se siente a gusto con su forma de comunicarse con los demás?

SI (X) NO ()

¿Por qué? Buena relación con los miembros de la familia

10.9 ¿Se considera de buen humor?

SI (X) NO ()

¿Porqué? _____

10.10 ¿Cuándo está estresado se le dificulta comunicarse con los demás?

SI () NO (X)

¿Porqué? _____

10.11 En su núcleo familiar o grupo cree que tiene que competir con otra persona?

SI () NO (X)

¿Con quien? _____

10.12 Cree que sus necesidades sexuales están cubiertos en forma satisfactoria?

SI () NO (X)

¿Porqué? Siente que por la edad ya no debe tener relaciones.

DATOS OBJETIVOS

10.13 Según edad se encuentra orientado en:

Persona (X) espacio (X) lugar (X) tiempo (X)

10.14 ¿Al hablar establece contacto visual? SI (X) NO ()

Especificar _____

10.15 ¿Se relaciona con su familia? SI (X) NO ()

Especificar: esposo e hijos

10.16 ¿Qué persona de su familia es más importante para usted? Esposo

10.17 ¿Cómo lo consideran a usted dentro del núcleo familiar? Parte importante

10.17 ¿Recibe visitas de su familia? SI (X) NO ()

¿De quién? Hijos

10.18 ¿Utiliza alguna prótesis para escuchar?

SI () NO (X)

Especificar _____

XI. PRACTICAR SU RELIGION. ACTUAR DE ACUERDO A CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos

11.1 ¿Religión? Católica

11.2 ¿Practica su religión? SI (X) NO ()

11.3 ¿Su religión le prohíbe?

Alimentos () Practicas higiénicas ()

Tratamientos médicos ()

¿Cuáles? _____

11.4 ¿Necesita del algún objeto, imagen religiosa que le ayude en su tratamiento médico?

SI () NO (X)

11.5 ¿De acuerdo a sus creencias y valores como responde a la enfermedad?

Angustia () Temor () Ansiedad (X)

Depresión () Enojo () Culpa ()

Vergüenza () Desesperanza () Resignación ()



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



SI (X) NO ()

14.2 ¿Sabe leer?

SI (X) NO ()

14.3 ¿Le cuesta trabajo aprender?

SI (X) NO ()

14.4 ¿Considera que su memoria es buena?

SI () NO (X)

¿Por qué? Poca dificultad para retener información.

14.5 ¿Usted considera que necesita adquirir nuevos conocimientos?

SI () NO (X)

¿Por qué? _____

14.6 ¿Conoce el motivo de su ingreso?

SI (X) NO ()

14.7 ¿Le gustaría aumentar sus conocimientos respecto a su salud?

SI (X) NO ()

14.8 ¿De qué fuente adquiere sus conocimientos?

Lecturas () De sus semejantes (X) Televisión (X)

Radio () Cursos () Otros ()

¿Cuáles? _____

14.9 ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud?

SI (X) NO ()

¿Cómo? Disminuir el consumo de azúcar.

DATOS OBJETIVOS

14.9 Identifica alguna alteración en:

Vista (X) SI (X) NO ()

¿Cuál? Ambos

14.10 Oído (X) SI (X) NO ()

¿Cuál? Hipoacusia izquierdo

14.11 Pídale al usuario que repita la siguiente serie de números:

7.4.1 (memoria inmediata)

14.12 Dificultad para repetir Si (X) No ()

14.13 El paciente recuerda con facilidad hechos del día anterior (memoria reciente)

SI (X) NO ()

14.14 Recuerda con facilidad números telefónicos importantes (memoria reciente)

SI () NO (X)

14.15 Recuerda con facilidad hechos de la infancia (memoria remota)

SI (X) NO ()

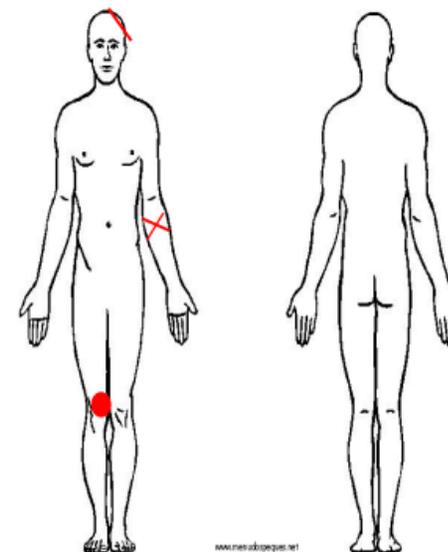
14.16 Manifiesta interés por aprender

SI (X) NO ()

14.17 Se muestra receptivo

SI (X) NO ()

14.18 Marque y explique los hallazgos detectados



OBSERVACIONES:

Equimosis en miembro torácico derecho.

X - Acceso vascular periférico en miembro izquierdo.

O-Contusión en rodilla derecha.

/-Herida quirúrgica en fronto parietal izquierdo.

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:

Gasometría arterial