



**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 (PAE):

**EN ADOLESCENTE CON ALTERACIÓN RESPIRATORIA
SECUNDARIO A TRAUMA MÚLTIPLE, BASADO EN EL
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
NORMA ANGÉLICA GUZMÁN MOSCO

ASESOR:
LEO. LUIS FERNANDO GALLARDO LUNA



CIUDAD DE MEXICO, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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



L.E.O. SILVIA BALDERAS BARRANCO
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN ESCUELA
DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS
P R E S E N T E:

Adjunto a la presente me permito a enviar a usted el Trabajo Profesional:

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA (PAE):
EN ADOLESCENTE CON ALTERACIÓN RESPIRATORIA SECUNDARIO A TRAUMA
MÚLTIPLE, BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Elaborado por:

NORMA ANGÉLICA GUZMÁN MOSCO

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



AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN Y
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS (UNAM)
PRESENTE:

Me permito informar a usted que el trabajo escrito:

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA (PAE):
EN ADOLESCENTE CON ALTERACIÓN RESPIRATORIA SECUNDARIO A TRAUMA
MÚLTIPLE, BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Elaborado por:

<u>GUZMÁN</u>	<u>MOSCO</u>	<u>NORMA ANGÉLICA</u>	<u>413516998</u>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Núm. De Cuenta

Alumno de la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Reúne los requisitos académicos para su impresión.

Ciudad de México a junio 14 de 2023


LEO. Luis Fernando Gallardo Luna
Nombre y Firma del Asesor


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





DEDICATORIA:

Dedico con todo mi corazón este trabajo de investigación que me permitirá alcanzar el título de licenciada en enfermería y obstetricia, principalmente a mi madre, que siempre estuvo conmigo apoyándome y nunca me negó su apoyo, siempre estuvo motivando, y siempre buscaba la forma de ayudarme y poder lograr mis metas, también quiero agradecer a mis hermanos Ricardo y Abigail, ya que ellos fueron la pieza fundamental para poder iniciar con este trabajo, simplemente, sin su apoyo, no hubiera podido seguir superándome, siempre me apoyaron y lo hacen a diario para que yo pueda seguir creciendo como hasta el día de hoy.

Agradezco también a mi padre, por su apoyo durante la carrera y por la motivación que me daba día con día.

A mi mejor amigo Rodrigo, ya que fue mi compañero durante este viaje desde el primer día de formación académica, hasta el último y con el que podré recibir también de manera conjunta nuestro título.



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	2
III. OBJETIVOS	3
3.1 GENERAL.....	3
3.2 ESPECIFICOS.....	3
IV. MARCO TEORICO	4
4.1 ENFERMERIA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR	4
4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO	4
4.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	6
4.4 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA	10
4.5 LA ADOLESCENCIA (PERSONA)	14
4.6 DESCRIPCION DEL PADECIMIENTO.....	16
4.6.1 Politraumatismo	17
4.6.3 Etiología	17
4.6.6 Tratamiento	19
4.7 Anatomía aparato reproductor masculino.....	20
4.8. Heridas agudas.....	20
V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION ENFERMERÍA.....	22
5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO.....	22
5.7 EJECUCIÓN.....	44
5.8 EVALUACIÓN.....	45
5.9 PLAN DE ALTA.....	46
CONCLUSIONES	47
GLOSARIO DE TERMINOS.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	50
ANEXOS.....	54
<i>Anexo 2: Anatomía del aparato reproductor masculino</i>	<i>55</i>
<i>Anexo 3: Fases del proceso de cicatrización</i>	<i>56</i>
<i>Anexo 4: Escala de RASS:</i>	<i>57</i>



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



<i>Anexo 5: Escala de Braden:</i>	58
<i>Anexo 6: Escala de Downton:</i>	59
<i>Anexo 7: Escala CPOT:</i>	60
.....	64
<i>Anexo: Triptico informativo para curación de herida.</i>	76



I. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación tiene como finalidad, dar a conocer un Proceso de Atención Enfermería (PAE), implementado en un paciente de 16 años de edad, que ingreso al Hospital General Xoco, específicamente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con un diagnóstico médico de trauma múltiple ocasionado por un accidente vial en motocicleta, dando como consecuencia un paciente poli traumatizado, al cual se decide abordarlo y tratarlo con base al Modelo Teórico de Virginia Henderson considerando que contaba con todas sus necesidades básicas, totalmente alteradas, es por eso, que se decide brindarle los cuidados de enfermería ideales y adecuados para una mejoría en su estado de salud.

Este trabajo se encuentra integrado por distintos subtemas como son: enfermería como una profesión disciplinar, tocando también el tema que es el principal objeto de estudio que es el cuidado, se describe el modelo teórico de Virginia Henderson, el cual fue el modelo elegido para realizar este trabajo de investigación, se aborda el proceso enfermero como una herramienta metodológica .

La aplicación del proceso que es la parte práctica de enfermería, consta de la presentación del caso clínico para así conocer a la persona en estudio, y más adelante se desarrollan cada una de las etapas, que lo conforman como es la valoración clínica de enfermería bajo el modelo antes mencionado, la identificación de diagnósticos enfermeros y la elaboración de planes de cuidado así como su aplicación para finalmente realizar la evaluación y así poder detectar si se cumplieron con los objetivos planteados desde el inicio.

El desarrollo de este Proceso de Atención Enfermería, fue realizado en la unidad de segundo nivel de atención “Hospital General Xoco”, para alcanzar el grado académico de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.



II. JUSTIFICACIÓN

Los traumatismos craneoencefálicos en México ocupan la tercera causa de muerte en nuestro país, antes de esta causa, encontramos las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Se estima que de estas muertes tiene una mortalidad de 38.8 por 100 mil habitantes ⁶ y de estas muertes se presentaron con mayor prevalencia en hombres de un rango de edad de entre 15 a 45 años de edad.

En los traumatismos craneoencefálicos, también se clasificaron como es que se presentó el trauma, y tuvo mayor índice los accidentes automovilísticos o en motocicleta, afectando aquí principalmente a los jóvenes.⁶

Es de gran trascendencia conocer que los traumatismos son una patología que trae consigo múltiples complicaciones que pueden llevar hasta la muerte del paciente, si no se da un tratamiento correcto y se detecta desde el principio el principal órganos afectado en un trauma múltiple, ya que todo se desencadena si no se trata a tiempo.

La realización de este trabajo de investigación beneficiará a saber cómo por medio del proceso enfermero podemos abordar la problemática del estado de salud que la persona presenta, sobretodo buscando una pronta recuperación y así evitar complicaciones y/o la muerte.

Este proyecto es de gran interés particular debido a que en el hospital donde se realizó el estudio y donde se aplicó el Proceso de Atención Enfermería (PAE), fue en un hospital de segundo nivel de atención especializado en trauma y ortopedia, un hospital que es recurrido por su mayoría por pacientes con traumatismos y que nos brinda al personal de enfermería la oportunidad de aplicar las intervenciones y cuidados en pacientes con esta patología.



III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

- Implementar un Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con trauma múltiple en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con base a las 14 necesidades de Virginia Henderson y así brindar intervenciones y cuidados que potencialicen sus recursos personales para una rápida rehabilitación.

3.2 ESPECIFICOS

- Identificar las necesidades alteradas del modelo teórico de Virginia Henderson.
- Elaborar diagnósticos enfermeros en base a las necesidades alteradas de la persona en estudio.
- Realizar planes de cuidado integrando las taxonomías NANDA, NOC y NIC.
- Ejecutar las intervenciones establecidas en la persona y conseguir mejoría en su estado de salud.
- Evaluar los resultados obtenidos posterior a la aplicación del proceso enfermero.



IV. MARCO TEORICO

4.1 ENFERMERIA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR

La enfermería el día de hoy se considera y se respalda como una profesión, en la cual es ejercida por una persona que cuenta con los conocimientos previos enfocados en el área de la salud y que ya tiene experiencias, ya cuenta con conocimientos y técnicas que se aprenden durante toda la carrera y así poder ejercer y proporcionar cuidados a las personas que así lo requieran.

La enfermera, es una persona totalmente apta y capacitada para ejercer su profesión en el campo laboral que sea del interés de una la enfermera, ya sea los cuidados intensivos, la obstetricia, la pediatria, etc.... Al hablar de enfermería como una disciplina, quiere decir, que llevamos una teoría o un modelo que hemos aprendido con anterioridad durante el proceso de aprendizaje y que debemos de ejercer y llevar acabo, como por ejemplo el modelo del cuidado de enfermería.

Como sabemos, anteriormente, la enfermería no se consideraba como una profesión, ya que únicamente se creía que debían de proporcionar un cuidado y sanar a las personas, actualmente y con el paso de los años, enfermería cuenta ya con la preparación, con los estudio y sobretodo con las capacidades, para si bien seguir proporcionando cuidados, pero todos estos, que sean de una manera fundamentada, racional y científica.

4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

El cuidado remonta desde la época de nuestra pionera en enfermería Florence Nigthingale, en el que ella, a pesar de que su madre negaba a que fuera enfermera, debido a que esta profesión se consideraba que era únicamente para mujeres que tenían clase humilde y sin reputación.



Durante sus viajes, en su afán de aprender el arte del cuidado, sistematizó sus notas, analizó informes de hospitales y revisó publicaciones oficiales referidas a la sanidad pública. Experiencias que la formaron en responsabilidad para con los demás y reforzaron su decisión firme, de servir a los enfermos. ¹

En el año de 1853, durante la guerra surgida en Crimea, un grupo de enfermeras, entre ellas Florence Nigthingale organizaron servicios hospitalarios para los heridos de esa misma guerra, de ahí nació el cuidado de enfermería. Este cuidado no era especializado tal y como lo conocemos el día de hoy, era un cuidado general, en el que únicamente se evitaban la muerte de los soldados, dejando a un lado los factores que conocemos hoy y que conforman el cuidado.

Cuando hablamos del cuidado, podemos hablar de la meta paradigma de enfermería, y los factores que lo integran que son:

- Cuidado de enfermería
- Salud
- Persona
- Entorno / medio ambiente

Específicamente en el cuidado de enfermería se define como: “Acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por si 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 vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar a través de la ciencia y arte humanístico, decidida al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, visión integral de la persona, familia y comunidad con una serie de conocimientos, principio, 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”.²

Por lo cual, para nuestra profesión de enfermería el cuidado pasa a ser nuestro principal objetivo y debemos aplicarlo con los técnicas y procedimientos a los cuales ya fuimos totalmente capacidades que ahora debemos de aplciar en una persona, en la familia o en la comunidad.

4.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Para brindar cuidado a una persona, es importante efectuar una serie de pasos que nos llevarán a una mejoría de su estado de salud, mejor conocido como Proceso Atención Enfermería (PAE), del que hablaremos a detalle más adelante, pero para efectuar este cuidado sistemático, es necesario conocer las afectaciones de la persona en estudio.

La valoración de enfermería permite determinar las respuestas humanas a situaciones de salud, por lo que se debe de adoptar un marco que guíe y oriente la actuación del profesional, es decir necesita aplicar un marco conceptual teórico-metodológico fundamentado en una filosofía, una teoría o un modelo de enfermería.³

Para ello hablaremos de Virginia Henderson, una filosofa en el que su modelo de cuidado lo basa en 14 necesidades específicas que se centran en abordar el meta paradigma de enfermería que es el cuidado, la salud, la persona y el entorno.

Virginia Henderson considera que el papel principal de la enfermera es ayudar a que la persona enferma recupere o conserve su estado de salud, o apoye en funciones de asistente compañera, en caso de que la persona no sea capaz de realizar sus necesidades por sí mismo si el tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento para realizarlo por sí mismo.



Con la fuerza hacemos referencia a que la persona sana o enferma no pueda realizarlo, es decir son personas que no tienen la capacidad física para levantarse, para moverse y/o para realizar alguna otra actividad, la voluntad es saber si la persona quiere hacer sus actividades diarias para poder cumplir sus necesidades básicas según V. Henderson y finalmente el conocimiento, la persona ¿sabe cómo realizar su propio cuidado?, ¿sabe que debe hacer para tener satisfechas sus necesidades y tener un buen estado de salud?, estas cuestiones nos hace mención Virginia Henderson para que podamos así como personal de enfermería favorecer y obtener la independencia total de una persona sana o enferma.

Respecto al modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

- Salud: “La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios”.¹⁷
- Persona: “Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales”.¹⁷
- Entorno: Virginia Henderson hacía referencia al entorno en el que habita una persona, ya que según ella, este tendrá una gran influencia en la pronta recuperación del estado de salud de una persona. El entorno no solo hace referencia al medio físico, si no a las personas que rodean a nuestro paciente y la relación que existe entre ellas.
- Enfermera (cuidados o rol profesional): “La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o



el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible”.¹⁷

Virginia Henderson establece 14 necesidades básicas que se consideran de gran importancia para cualquier persona y son:

1. Respirar normalmente: La respiración es esencial para el ser humano, es por eso que Virginia considera esta necesidad como primera, y esta debe ser correcta sin ninguna alteración.
2. Comer y beber adecuadamente: Cada persona debe tener una excelente nutrición y cubrir con sus requerimientos nutricionales para tener un estado correcto de salud, es importante que la persona no sufra ni tenga ninguna alteración que altere esta necesidad.
3. Eliminar por todas las vías corporales: Para que un organismo funcione correctamente debe existir una eliminación de todo aquello que ingresa a nuestro cuerpo, eliminación por medio de heces, orina, sudor.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas: Es importante que la persona pueda moverse por sí solo y así cubrir con sus necesidades de manera independiente. También es importante que la persona sepa y pueda realizar actividad física de acuerdo a su edad.
5. Dormir y descansar: El descanso es de suma importancia para cada persona, se debe tener un buen hábito del descanso y detectar si la persona tiene alguna dificultad para conciliar el sueño.
6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse: Una persona se siente bien consigo misma, si usa las prendas adecuadas de acuerdo al momento y lugar donde se encuentre. También es importante que una persona tenga la capacidad de realizar esta función por sí misma sin depender de alguien más.



7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales: La termorregulación debe siempre mantenerse dentro de los parámetros normales y así evitar los cambios que puedan existir en este.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: La imagen corporal es un factor que hace que la persona se sienta sana, debe estar limpia y mantener una higiene buena, en caso de que la persona no tenga esta autonomía, la enfermera deberá sustituir esta función y brindarle una excelente higiene.

9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas: Es importante conocer si la persona está rodeada de peligros, tanto con personas o en el entorno en el que está habitando y así evitar algún daño o peligro.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones: La persona deberá ser motivada a comunicarse con su entorno y así tener un buen estado emocional.

11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores: Se debe respetar valores y creencias que la persona tenga, y ejercerlas libremente sin presión social de ninguna índole.

12. Ocuparse en algo para realizarse: Si una persona se siente útil y productivo tendrá un sentido de realización personal que influirá en su autoestima y salud mental.

13. Participar en actividades recreativas: Es importante que la persona mantenga su mente ocupada desarrollando habilidades, destrezas, y adquiriendo nuevos conocimientos en el entorno en el que sea que se encuentre.

14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad: Mantener a la persona desarrollando habilidades, destrezas y conocimientos es favorable para la salud.³

Virginia Henderson, hace referencia a que para que un individuo se encuentre sano y una vez la enfermera haya valorado las necesidades, es como se tomaran



decisiones, es decir, si la persona en estudio no puede o tiene la capacidad de dependencia para satisfacer alguna de sus 14 necesidades, es importante priorizar el cuidado en la necesidad que requiera apoyo de la enfermera.

Para realizar esta valoración de necesidades, enfermería se centra en las técnicas de recolección con las que disponemos que son: la observación, entrevista (directa y/o indirecta) y el examen físico, una vez valorada las necesidades de una persona, accionamos a los cuidados que brindaremos por medio de un proceso planificado y sistemático, como lo es un Proceso de Atención Enfermería.

4.4 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA

El proceso de atención enfermería (PAE) es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. ²

Como se hace mención, se requiere que el PAE sea sistematizado, es decir que se lleve una serie de pasos que el personal de enfermería pueda llevar a cabo para la atención y el cuidado de la persona de manera oportuna.

El PAE está conformado por 5 etapas que son:

1. Valoración
2. Diagnóstico de enfermería
3. Planificación de resultados
4. Ejecución de intervenciones
5. Evaluación de resultados

1. La valoración es la primera etapa de nuestro proceso y resulta la más importante ya que aquí se va a reunir y organizar toda la información del paciente y así poder detectar las necesidades que tiene la persona. La valoración consta de una serie de fases que la enfermera debe considerar como son:



- Identificación de claves y formulación de inferencias: Este es el primer contacto con la persona, es decir vamos a recopilar información de manera directa o indirecta. De manera directa es cuando el paciente nos proporciona la información en cuanto a su estado de salud. De manera indirecta es cuando recabaremos la información por tercera personas, es decir familiares y/o conocidos del paciente.
- Validación (verificación) de datos: una vez que obtuvimos la información del paciente, es importante que validemos el grado de veracidad que tiene esta información y verificar que no estemos omitiendo ningún dato importante.
- Agrupación de los datos relacionados: Una vez validados los datos, debemos organizarlos con el fin de comenzar a jerarquizar las necesidades que se encuentran en alteración y clasificar los problemas reales de los potenciales del paciente.
- Identificación de patrones / comprobación de las primeras impresiones: Una vez que tenemos agrupados nuestros datos, comenzaremos a decidir qué es lo realmente importante abordar en nuestro paciente y así tomar decisiones para actuar en él.
- Información y registro: debemos registrar todos los datos que obtuvimos del paciente para poder continuar con el proceso sistemático que debemos seguir en el proceso atención enfermería.

2. El diagnóstico de enfermería consiste en que la enfermera pueda identificar los problemas que presenta la persona y poder así clasificar los diagnósticos de enfermería según la metodología se define como un juicio clínico sobre las respuestas humanas 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 desea alcanzar.



Para poder realizar un diagnóstico de enfermería certero y concreto, el personal de enfermería recurrirá y hará uso de sus experiencias, de los conocimientos adquiridos durante su formación académica y así poder llegar a una conclusión sobre el estado de salud de la persona en estudio y poder así actuar oportunamente.

Una vez que la enfermera tenga un diagnóstico, podrá llevar cabo un plan de cuidados con ayuda de herramientas que son nuestro actuar diario en nuestra profesión, las herramientas que tenemos a nuestro alcance son el uso de las taxonomías de enfermería NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification), herramientas que son adaptables para la condición de salud de una persona.

Según la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para la formulación de un diagnóstico de enfermería existen cuatro tipos:

- Diagnóstico centrado en el problema: “Un juicio clínico sobre una respuesta humana indeseable a una condición de salud / proceso de vida que existe en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad”.⁷
- Diagnóstico de riesgo: La persona se encuentra vulnerable, es decir es detectar factores que pueden ocasionar que la persona sufra alguna lesión.
- Diagnóstico de promoción de la salud: Se pretenda aumentar o mejorar el bienestar de salud de la persona.
- Diagnóstico de síndrome: “Es un juicio clínico sobre un grupo específico de diagnósticos de enfermería que ocurren juntos, y por lo tanto se aborda mejor a través de intervenciones similares”.⁷

3. Planeación: En esta etapa, se comenzaran a planear los cuidados a ejecutar en la persona después de haber priorizado o jerarquizado las necesidades con mayor



problema que se presenta en una persona. En la etapa de la planeación también hay que seguir una serie de pasos que son:

- Establecer prioridades: Es importante que se prioricen con orden de importancia o por medio de preguntas como: ¿Qué problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar?, ¿Qué problemas son responsabilidad exclusiva del profesional de enfermería? .⁴
- Elaborar objetivos: una vez que priorizamos nuestras necesidades, ahora si planearemos que pretendemos lograr en el paciente, cual es nuestro objetivo a cumplir por medio de la Taxonomía NOC, con el fin de encontrar los resultados a los cuales queremos llevar a nuestro paciente.
- Determinar los cuidados de enfermería: Una vez establecidos nuestros objetivos por medio y con ayuda de la taxonomía NIC, se identificarán las intervenciones que el personal de enfermería llevara a cabo en la persona en estudio por medio de un fundamento científico.
- Documentar el plan de cuidados: una vez que identificamos las intervenciones que realizaremos el plan de cuidados que llevaremos a cabo con el paciente y en este mismo integrar los objetivos que queremos alcanzar, así como los diagnósticos de enfermería que establecimos con anterioridad.

4. Ejecución: Una vez jerarquizados las necesidades de la persona que debemos abordar de manera inmediata, debemos ejecutar los cuidados e intervenciones que planeamos anteriormente con la finalidad de encontrar una mejoría en su estado de salud. En esta etapa, aplicaremos todo tipo de procedimientos científicos y técnicas adquiridas anteriormente en el ejercicio de nuestra profesión. Como las etapas anteriores del proceso atención enfermería, la ejecución también consta de fases que deben seguir como:



- Preparación: debemos estar preparados y saber qué es lo que vamos a hacer con la persona y por qué lo vamos a hacer.
- Intervención: En esta fase vamos a implementar el plan de cuidados que anteriormente planeamos. En esta etapa por medio de los conocimientos que durante nuestra preparación como enfermeras adquirimos, ahora debemos aplicar dichos conocimientos por medio de las intervenciones de enfermería que adaptamos a nuestra persona en estudio.
- Documentación: Después de nuestras intervenciones, documentaremos en nuestra hoja de enfermería todas aquellas actividades que realizamos con nuestro paciente para poder posteriormente evaluar las respuestas que nuestro paciente muestre.

5. Evaluación: Finalmente, una vez que ejecutamos intervenciones y cuidados de enfermería a la persona, evaluaremos, si los cuidados que realizamos fueron eficaces o mejoraron el estado de salud de la persona. En esta última etapa también debemos valorar dos fases:

- Evaluación del logro de objetivos: si la respuesta que nuestro paciente nos brindó al evaluar fue satisfactoria, podemos decir que logramos conseguir el objetivo planteado desde el inicio de este proceso.
- Medidas y fuentes de evaluación: “Mientras el propósito de la valoración es identificar si existe algún problema, la intención de la evaluación trata de determinar si los problemas conocidos han mejorado, empeorado o experimentado algún tipo de cambio”.¹⁸

4.5 LA ADOLESCENCIA (PERSONA)

“La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.



No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social”.¹⁹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a la adolescencia en dos etapas, la adolescencia temprana que va desde los 10 a 14 años de edad, y la adolescencia tardía que abarca desde los 15 a 19 años de edad.

Las características de la adolescencia tardía se entienden como que su desarrollo ya fue terminado pero es ahora donde el adolescente tendrá que tomar decisiones importantes en su vida. Ha alcanzado un mejor control de impulsos y ya tiene fija su identidad, en esta etapa también tiene totalmente definida su sexualidad.

4.5.1 La pubertad

“La pubertad es un término empleado para identificar los cambios somáticos dados por la aceleración del crecimiento y desarrollo, aparición de la maduración sexual y de los caracteres sexuales secundarios! no es un proceso exclusivamente biológico, sino que está interrelacionado con factores psicológicos y sociales”.¹⁹

4.5.2 Características generales de la adolescencia

- Es la etapa en donde se van a presentar mayores cambios como son en la sexualidad, cambios físicos, en esta etapa también se busca una autonomía y una identidad y el adolescente comienza a tener más relaciones sociales, como son familia, amigos, entre otros.
- “Se produce un aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcado en el varón, acompañado de un aumento en la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores



de la sangre, que permiten neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular, también se produce un incremento y maduración de los pulmones y el corazón, teniendo por tanto un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico”.¹⁹

- Se hace el desarrollo de los órganos sexuales y se da comienzo a la capacidad de reproducción.

4.5.3 Características psicosociales:

- Tienden a ser parte de un grupo social, es decir, buscan un grupo de amigos o conocidos a quien pertenecer y por consiguiente comenzar a actuar como el grupo elegido.
- “Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos”.¹⁹
- Suelen tener una evolución de su pensamiento, sus ideas son más concretas y son capaces de utilizar su conocimiento.
- En esta etapa suelen ser más analíticos para conseguir sus propias conclusiones.

4.6 DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO

Para conocer más sobre este Proceso de Atención Enfermería, es importante conocer a la persona, es decir a quien le vamos a brindar los cuidados de enfermería.

Específicamente este proceso está basado en un paciente que acudió a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con un diagnóstico médico de trauma múltiple, ocasionado por un accidente en motocicleta, por lo cual, primero comenzaremos



hablando de los traumatismos craneoencefálicos, que de esta patología, se derivan las demás alteraciones que sufrió nuestra persona en estudio.

4.6.1 Politraumatismo

La definición de poli traumatizado hace mención a aquella persona que sufre un traumatismo múltiple y que este afecta una o varios órganos y/o regiones anatómicas del cuerpo humano.

4.6.2 Historia del trauma

Se tienen varias teorías sobre cómo surge el trauma, entre ellas podemos encontrar que: “En un lugar desértico, dos grupos de primates disputan un pequeño acúmulo de agua estancada, lo hacen con gritos y aullidos, súbitamente uno de ellos con lo que parece un fémur y de modo intencional golpea al rival en la cabeza, en repetidas ocasiones, sumándose otros hasta que muere... levanta el instrumento de manera amenazante, esta escena quizá haya sucedido hace miles de años, es un fragmento de la película 2001 Odisea del Espacio de Stanley Kubrick, estrenada en 1968, describe la evolución mental de un animal instintivo a un ser consciente, que se aprovecha de un objeto para dañar”.²⁰

4.6.3 Etiología

La etiología más frecuente son los accidentes de tránsito (70%), seguidos de hechos violentos mejor conocido como “violencia urbana” y/o caídas desde su propia altura dependiendo del área geográfica en el que se encuentre.⁵

Según la OMS, las muertes por violencia urbana en los años 2000 fue de 16,000,000 personas a nivel mundial y el grupo más afectado fue el de adolescentes y adultos jóvenes.

“Con base en datos aportados por la OMS, se ha revelado que el promedio de muertes por accidentes viales a nivel mundial es de $6.7 \times 100\,000$ habitantes. Por desgracia, esta es una cifra que ha ido en aumento y se prevé que, de mantenerse



esta tendencia, en 2030 alcanzarán la cifra de 2 000 000 de fallecimientos anuales.

México ocupa el tercer lugar en fallecimientos a causa de eventos de tránsito: 14.7 x 100 000 habitantes, por encima de Estados Unidos y Canadá, países de alto flujo vehicular. Se ha dado a conocer que la mitad de los fallecidos por este tipo de accidentes la constituyen peatones, ciclistas y motociclistas”.²⁰

4.6.4 Mecanismos básicos del trauma

Para que se genere un trauma debemos entender la fuerza con la que este se ocasiona y el daño que causa al paciente, estas fuerzas se clasifican como fuerzas de trauma cerrado y traumas penetrantes.

- Trauma cerrado: Este trauma regularmente es generado por accidentes automovilísticos, caídas o atropellamientos.
- Trauma penetrante: Lesiones por proyectil de arma de fuego, por instrumento punzocortante.

4.6.5 Fisiopatología

La distribución de la mortalidad en los pacientes politraumatizados es trimodal:

- Inmediata: Ocurre en el momento del accidente.
- Precoz: Ocurre en las primeras 24-48 horas después del accidente y suele ser ocasionada por un traumatismo craneoencefálico grave.
- Diferida: Es de más de 7 días después del accidente y ocurre por “fallo multiorgánico o sepsis, secundarios a alteraciones en el sistema inmunológico del paciente (SRIS y Síndrome de depresión inmune postraumática)”.²¹



4.6.6 Tratamiento

Para el tratamiento de un paciente politraumatizado las lesiones se deben tratar por orden de importancia, por lo cual se lleva a cabo el “ABCDE” de la atención al paciente politraumatizado:

- **“A - Mantenimiento de la vía aérea con control de la columna cervical:** Se verifica la permeabilidad de la vía aérea protegiendo la columna cervical, ya que en todo paciente politraumatizado se debe sospechar el daño de la misma, sobre todo si está inconsciente”.²¹
- **“B - Respiración y ventilación con oxigenación:** Todo paciente traumatizado debe recibir oxígeno suplementario. Las principales causas de deterioro agudo de la ventilación son: neumotórax a tensión, tórax inestable con contusión pulmonar, neumotórax abierto y hemotórax masivo”.²¹
- **“C- Circulación con control de hemorragias:** Si existe hipotensión se descartará la presencia de shock hipovolémico, controlando la hemorragia externa mediante presión directa sobre la herida, sin olvidar la posibilidad de que haya hemorragias mayores ocultas. La reposición de volumen debe realizarse de forma precoz infundiendo soluciones isotónicas, calentadas previamente para evitar la hipotermia, a través de 2 vías de calibre suficiente. Si la pérdida sanguínea continúa, ésta debe ser controlada mediante una intervención quirúrgica”.²¹
- **“D - Déficit neurológico:** Evaluación mediante la escala de coma de Glasgow”.²¹
- **“E- Exposición y control ambiental:** Se retira la ropa del paciente para completar la exploración, evitando siempre la hipotermia”.²¹



4.7 Anatomía aparato reproductor masculino

Los órganos que componen el aparato reproductor masculino son los testículos, un sistema de conductos (que incluyen el epidídimo, el conducto deferente, los conductos eyaculadores y la uretra), glándulas sexuales accesorias (las vesículas seminales, la próstata y las glándulas bulbo uretrales) y varias estructuras de sostén como el escroto y el pene.¹²

El escroto (bolsa), la estructura de sostén para los testículos, está compuesta por piel laxa y la fascia superficial que cuelga de la raíz (porción fija) del pene. Exteriormente, el escroto se ve como una única bolsa de piel separada en dos porciones laterales por un surco medio llamado rafe. En su interior, el septo o tabique escrotal divide al escroto en dos sacos cada uno con un testículo (**Anexo 2**).¹²

4.8. Heridas agudas

Se define la herida aguda como aquella que es causada generalmente por un traumatismo o por una intervención quirúrgica. Sigue un proceso de cicatrización ordenado y predecible en el tiempo, con restablecimiento anatómico y funcional. Se caracteriza por ser de corta duración, no tener patología subyacente que modifique o altere su cicatrización y no presenta complicaciones.¹³

La clasificación de las heridas tiene una amplia gama de clasificaciones:

A. Según aspecto de herida:

1. Contusa: sin bordes netos.
2. Cortante: con bordes netos.
3. Contuso cortantes.
4. Punzante: arma blanca.



5. Atrición: aplastamiento de un segmento corporal, habitualmente una extremidad.

6. Avulsión, arrancamiento o amputación: extirpación de un segmento corporal como es el caso de la pérdida de una falange.

7. A colgajo: tangencial a piel y unida a ésta sólo por su base.

8. Abrasiva o erosiva: múltiples áreas sin epidermis, pero con conservación del resto de las capas de la piel.

9. Quemadura.

B. Según mecanismo de acción.

1. Por arma blanca.

2. Por arma de fuego.

3. Por objeto contuso.

4. Por mordedura de animal.

5. Por agente químico.

6. Por agente térmico.

C. Según si compromete otras estructuras no cutánea

1. Simples (sólo piel).

2. Complicadas (complejas): compromiso de vasos, nervios, cartílagos y/o músculos. ¹³

Para valorar a detalle una herida es importante primero identificar la etapa en la que se encuentra según las fases del proceso de la cicatrización (**Anexo 3**), y así, poder proceder al manejo que le daremos a la herida que se encuentra en estudio.



V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION ENFERMERÍA

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

1 de marzo 2022.

Paciente de 16 años de edad que ingresa al área de trauma-choque del Hospital General Xoco, con escala de Glasgow de 7 puntos (O=1, V=1, M=5), que es traído por ambulancia del ERUM, refieren haber encontrado a paciente en vía pública después de referir un accidente en motocicleta.

A la visualización se valoran múltiples dermoabrasiones con presencia de sangrado en cara y brazos. Se realiza la instalación de catéter periférico funcional en miembro torácico derecho. Abdomen blando depresivo a la palpación.

En la región perianal se visualiza una herida abierta con abundante sangrado por lesión mecánica ocasionada por llanta trasera de la motocicleta que al caer de la misma ocasiono herida en la parte escrotal.

En pelvis y miembro pélvico izquierdo por medio de imágenes de rayos X, se visualiza fractura en pelvis y miembro pélvico izquierdo por lo que se decide pasar de manera urgente a quirófano.

En quirófano se realiza la colocación de fijadores externos en pelvis y miembro pélvico izquierdo posterior a dicho procedimiento pasa al área de cuidados intensivos para estabilización y mantenimiento de su estado de salud.



ANAMNESIS

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS (AFP)

- Padre con diabetes mellitus tipo 2 controlada, vive actualmente.
- Abuelos paternos finados por muerte natural.
- Abuelo materno finado, desconoce la causa.

MEDIO

- Originario y residente de la Ciudad de México, es estudiante de bachillerato.
- Actualmente depende económicamente de sus padres.
- Su último grado de estudios concluido es secundaria.
- Habita en casa propia de dos niveles, 3 recamaras y cuenta con todos los servicios.
- Niega tener mascotas.

HABITOS

- Realiza 3 comidas al día, información que es referida por su madre.
- Realiza baño diario, cambio de ropa diario y realiza higiene bucal después de cada comida.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS (APP)

- Niega haber tenido hospitalizaciones previas
- Toxicomanías negadas.
- Crónico degenerativos negados.
- Alergias negadas.



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



VALORACION CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON									
NOMBRE: J.A.F			FECHA: 14/ marzo/ 2022 HORA: 9:00 hrs						
Diagnostico medico: Trauma múltiple			Tipo de valoración: Marque con (X)			General X			Focalizada X
NECESIDADES	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	GRADO DE AFECTACIÓN.			CAUSA.			ANTECEDENTES
			D	I	PD	F	V	C	
			X			X			
			D	I	PD	F	V	C	
			X			X			
OXIGENACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> •Apoyo mecánico ventilatorio. •Secreciones endotraqueales espesas blanquecinas. Valoración focalizada: El día 21/03/22, el paciente vuelve a ser intubado por tapón de moco.		D	I	PD	F	V	C	
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> •Presencia de sonda orogastrica. •Dieta polimérica por gastroclisis. 		D	I	PD	F	V	C	
			X			X			



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



ELIMINACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> •Sonda vesical con urensis amarilla. •Estreñimiento. 		D X	I	PD	F X	V	C	
MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA	<ul style="list-style-type: none"> •Requiere movilización por personal de enfermería mínimo cada 2 hrs. •Fijadores externos en pelvis y miembro pélvico izquierdo. •Se valora con 12 puntos según Escala de Braden (Anexo 5). 		D X	I	PD	F X	V	C	
DESCANSO Y SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> •Paciente bajo estado de sedación. •Es valorado con Escala de RASS con puntaje de -4. (Anexo 4). 		D X	I	PD	F X	V	C	
VESTIRSE	<ul style="list-style-type: none"> •Usa prendas de vestir proporcionadas por la institución hospitalaria (bata de tela). 		D X	I	PD	F X	V	C	



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



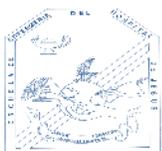
TERMORREGULACIÓN	•Picos febriles de hasta 37.9°C.		D X	I	PD	F X	V	C	
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	<ul style="list-style-type: none"> •Destrucción tisular en escroto por lesión mecánica. •No realiza baño por sí mismo, se realiza en cama. •Uso de apósitos en prominencias óseas para evitar lesiones por presión. •Herida quirúrgica en pelvis y miembro pélvico izquierdo derivado de la colocación de fijadores externos. 	<ul style="list-style-type: none"> •Riesgo de infección en la herida quirúrgica. •Riesgo de lesión por presión. 	D X	I	PD	F X	V	C	
EVITAR PELIGROS	• Se valora con Escala de Downton de 8 puntos (Anexo 6).		D X	I	PD	F X	V	C	
COMUNICACIÓN	•No se puede comunicar por estado de salud.		D X	I	PD	F X	V	C	
VALORES Y CREENCIAS	Paciente inconsciente	•Sus familiares (padre) refiere que son de religión católica.	D X	I	PD	F X	V	C	
TRABAJAR Y REALIZARSE	Paciente inconsciente	•Actualmente estudia la preparatoria.	D X	I	PD	F X	V	C	



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



		(Información referida por el padre).							
PARTICIPA EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Paciente inconsciente	•Pertenece a un club de futbol. (Información referida por el padre del paciente).	D X	I	PD	F X	V	C	
APRENDIZAJE	Paciente inconsciente	•Actualmente cursa la preparatoria.	D X	I	PD	F X	V	C	



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



ANÁLISIS DE VALORACION 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		•Abundantes secreciones	•Riesgo de aspiración		X		X		
2	Nutrición e hidratación		•Sonda orogástrica •Dieta polimérica por gastroclisis.	•Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales		X		X		
3	Eliminación		•Estreñimiento •Sonda vesical			X		X		
4	Moverse y mantener una buena postura		•Requiere ser movilizado por personal de enfermería.	•Riesgo de lesión por presión		X		X		
5	Descanso y sueño		•Paciente en estado de sedación valorado por Escala RASS -4			X		X		
6	Vestirse y elegir prendas adecuadas		•Prendas de vestir acorde a la institución hospitalaria.			X		X		
7	Termorregulación		•Picos febriles	•Termorregulación ineficaz.		X		X		
8	Higiene y protección de la piel		•Baño en cama por personal de enfermería. •Protección en prominencias óseas.	•Riesgo de lesión por presión. •Riesgo de infección en herida quirúrgica.		X		X		



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



			<ul style="list-style-type: none"> •Lesión en escroto •Herida quirúrgica por fijadores externos en pelvis y miembro pélvico izquierdo. 							
9	Evitar peligros			•Riesgo de caídas.		X		X		
10	Comunicación		•Paciente inconsciente.			X		X		
11	Vivir de acuerdo a sus creencias y valores		•Paciente inconsciente.			X		X		
12	Trabajar y realizarse participar en actividades recreativas		•Paciente inconsciente.			X		X		
14	Aprendizaje		•Paciente inconsciente.			X		X		



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



PRIORIZACION 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
Oxigenación	Apoyo mecánico ventilatorio por medio de cánula endotraqueal. Incapacidad para eliminar secreciones.	X				
Nutrición e hidratación	Dieta polimérica de 1800 kcal dividida en tercios por gastroclisis.	X				
Eliminación	Estreñimiento. Presencia de sonda vesical.	X				
Moverse y mantener una buena postura.	El paciente requiere ser movilizado por parte del personal de enfermería como mínimo cada 2 horas según el reloj de cambios posturales. Fijadores externos en pelvis y miembro pélvico izquierdo.	X				
Descanso y sueño	Paciente que se encuentra bajo estado de sedación valorado con una Escala de RASS -4.	X				
Vestirse	Usa prendas adecuadas a las proporcionadas por la institución hospitalaria.			X		
Termorregulación	Paciente ha mostrado variaciones en la temperatura corporal, llegando a picos febriles de 37.9°.	X				
Higiene y protección de la	Se realiza baño en cama. Se realiza protección con apósitos en prominencias		X			



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



piel	óseas. Lesión en escroto. Fijadores externos en pelvis y miembro pélvico izquierdo.					
Evitar peligros	Se valora con Escala de Dowton con 8 puntos		X			
Comunicación	•Paciente inconsciente.			X		
Valores y creencias	•Paciente inconsciente.			X		
Trabajar y realizarse	•Paciente inconsciente.					X
Participar en actividades recreativas	•Paciente inconsciente.			X		
Aprendizaje	•Paciente inconsciente.					X



ESQUEMA RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO				
Datos relevantes	Agrupación de datos	Deducción	Diagnostico enfermería	Problema interdependiente
Oxigenación	Abundantes secreciones	Mucosidad excesiva.	•Limpieza ineficaz de las vías respiratorias	
		Retención de secreciones.		
		Cuerpo extraño en la vía aérea.		
		Tapón de moco		
Higiene y protección de la piel	Exposición del tejido debajo de la epidermis	Fricción con la superficie	•Deterioro de la integridad tisular	
Movilidad	Dificultad para cambiar entre la posición prona y la posición supina.	Disfunción cognitiva Mala condición física	•Deterioro de la movilidad en la cama	
Eliminación	Evacua menos de 3 veces por semana	Disfunción cognitiva Deterioro de la movilidad física	•Estreñimiento	
Oxigenación	Abundantes secreciones	Mucosidad excesiva, retención de secreciones, cuerpo extraño en vía aérea.	•Riesgo de aspiración.	

NOTA: EL paciente cuenta con todas sus necesidades alteradas pero en este cuadro únicamente se presentan las más afectadas.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO			
DOMINIO: 11: Seguridad / protección CLASE: 2: Lesión física CÓDIGO: 00031 Limpieza ineficaz de las vías aérea r/c mucosidad excesiva, cuerpo extraño en las vías aéreas, tapón de moco, retención de secreciones e/p ausencia de tos, cantidad excesiva de esputo, eliminación ineficaz de esputo.	RESULTADO: Estado respiratorio DOMINIO: 2: Salud fisiológica CLASE: E: Cardiopulmonar CODIGO: 0415	ESCALA DE MEDICION 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal		
	CODIGO	INDICADOR	PUNTUACIÓN. DIANA	
	041508	Saturación de oxígeno	MANT. 4	AUT. 5
	041520	Acumulación de esputo	2	4
	041532	Vías aéreas permeables	2	5
	041519	Deterioro cognitivo	2	4
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA				
INTERVENCION: Aspiración de las vías aéreas	CODIGO: 3160	DOMINIO: 2: Fisiológico: Complejo	CLASE: K. Control respiratorio	
ACTIVIDADES:		FUNDAMENTACION:		
1.- Realizar el lavado de manos. 2.- Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas, mascarilla), que sea adecuado. 3.- Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal. 4.- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. 5.- Hiperoxigenar con oxígeno al 100% durante al menos 30 segundos. 6.- Utilizar aspiración de sistema cerrado según este indicado. 7.- Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SpO2). 8.- Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.		La frecuencia de la aspiración debe valorarse continuamente, si por inspección o auscultación se identifican secreciones debe efectuarse la aspiración. El esputo no se produce de forma continua sino como respuesta a una situación patológica, por lo tal no se justifica que se realice la aspiración cada 1-2 hrs. La aspiración se debe realizar para despejar las secreciones, pero puede llegar a dañar la mucosa de la vía aérea y deteriorar la acción de los cilios. ²²		



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



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

INTERVENCION: Precauciones para evitar la aspiración. CODIGO: 3200 DOMINIO: 2: Fisiológico: CLASE: K. Control respiratorio
Complejo

ACTIVIDADES:

- 1.- Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.
- 2.- Controlar el estado pulmonar
- 3.- Colocación erguida a más de 30° (alimentación por SNG) a 90°, o lo más incorporado posible.
- 4.- Mantener la cabecera de la cama elevada de 30 a 45 minutos después de la alimentación.
- 5.- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- 6.- Comprobar la colocación de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.

FUNDAMENTACION:

Con la presencia de la cánula endotraqueal, por lo general, es necesario aspirar las secreciones del paciente debido a la menor eficacia del mecanismo de la tos. Con los signos vitales estables, debemos colocar al paciente en posición semisentada y ayudar a facilitar la ventilación.²²

EVALUACIÓN

Se logró parcialmente ya que la puntuación Diana se inicia con un 2 desviación sustancial del rango normal y se logró elevar a un 4 desviación leve del rango normal, esto debido a que por falta de compromiso del personal de enfermería, en una ocasión el paciente volvió a ser reintubado por presentar tapón de moco en vía aérea, finalmente, el paciente mejoro y logro tener una puntuación diana de 4.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, Camila Takao Lopes. Diagnosticos Enfermeros Definición y Clasificación 2021-2023. 12ª. Edición. La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2021.
- Sue Moorhead, Elizabeth Swanson, Marion Johnson, Meridean L. Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Sexta Edicion. La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2013.
- Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Gloria M. Bulechek, Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2013.



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



DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO																							
DOMINIO: 11: Seguridad / protección <hr/> CLASE: 2: Lesión física <hr/> CÓDIGO: 00031 <hr/> Deterioro de la integridad tisular r/c fricción con la superficie e/p exposición del tejido debajo de la epidermis.	RESULTADO: Curación de la herida: por segunda intención <hr/> DOMINIO: 2: Salud fisiológica <hr/> CLASE: L: Integridad tisular <hr/> CODIGO: 1103 <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">CODIGO</th> <th style="width: 50%;">INDICADOR</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">PUNTUACIÓN. DIANA</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th style="text-align: center;">MANT.</th> <th style="text-align: center;">AUT.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">110305</td> <td style="text-align: center;">Secreción serosanguinolenta</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">110304</td> <td style="text-align: center;">Secreción serosa</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">110317</td> <td style="text-align: center;">Mal olor de la herida</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table>	CODIGO	INDICADOR	PUNTUACIÓN. DIANA				MANT.	AUT.	110305	Secreción serosanguinolenta	5	2	110304	Secreción serosa	4	2	110317	Mal olor de la herida	3	1	ESCALA DE MEDICION <hr/> 1. Ninguno <hr/> 2. Escaso <hr/> 3. Moderado <hr/> 4. Sustancial <hr/> 5. Extenso		
CODIGO	INDICADOR	PUNTUACIÓN. DIANA																						
		MANT.	AUT.																					
110305	Secreción serosanguinolenta	5	2																					
110304	Secreción serosa	4	2																					
110317	Mal olor de la herida	3	1																					
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA																								
INTERVENCION: Cuidados de las heridas <hr/> ACTIVIDADES:	CODIGO 3660 <hr/> CODIGO	DOMINIO: 2. Fisiológico: Complejo.	CLASE: L. Control de la piel / heridas.																					
1.- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. 2.- Extraer el material incrustado, según corresponda. 3.- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no toxico, según corresponda. 4.- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. 5.-Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. 6.- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.	FUNDAMENTACION: Deben utilizarse únicamente apósitos absorbentes que eliminen la humedad de las heridas con el fin de absorber todo el líquido drenado. El desbridamiento puede acompañarse de cambio de apósitos y la aplicación de preparaciones enzimáticas prescritas para que puedan disolver el tejido necrótico de la herida. ²²																							



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



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

INTERVENCION: Cuidados perineales CODIGO: 1750 DOMINIO: 1.Fisiologico: CLASE: F. Facilitación
 del autocuidado
 básico

ACTIVIDADES:

- 1.- Ayudar con la higiene.
- 2.- Mantener el periné seco.
- 3.- Inspeccionar el estado de desgarro.
- 4.- Limpiar el periné exhaustivamente con regularidad.
- 5.- Aplicar compresas para absorber el drenaje, según se precise.
- 6.- Documentar las características del drenaje.

FUNDAMENTACION:

La humedad continua sobre la piel debe evitarse a través de medidas higiénicas meticulosas. Deben eliminarse rápidamente de la piel, el sudor, la orina, las heces, y exudados y lavar inmediatamente con jabón suave y agua y secar con una toalla suave.²²

EVALUACIÓN

Se logró el resultado esperado de este diagnóstico, según los indicadores seleccionados, ya que durante el tiempo que se estuvo trabajando con el paciente hubo una excelente mejoría en su herida que presentaba en el área escrotal, minimizando la presencia de secreción y/o que presentara algún dato de infección, logrando así tener una puntuación diana de 2 escaso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, Camila Takao Lopes. Diagnosticos Enfermeros Definición y Clasificación 2021-2023. 12ª. Edición. La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2021.

Sue Moorhead, Elizabeth Swanson, Marion Johnson, Meridean L. Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Sexta Edición. La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2013.

Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Gloria M. Bulechek, Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2013.



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



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA					
INTERVENCION:	Cuidados del paciente encamado	CODIGO:	0740	DOMINIO:	1. Fisiológico: Básico.
				CLASE:	C. Control de la inmovilidad.
ACTIVIDADES:			FUNDAMENTACION:		
1.- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.			Se requieren cambios frecuentes de posición para aliviar y redistribuir la presión sobre la piel del paciente con el propósito de favorecer el flujo sanguíneo hacia la piel y los tejidos subcutáneos. ²²		
2.- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.					
3.- Vigilar el estado de la piel.					
4.- Realizar ejercicios de rango de movimientos pasivos.					
5.- Vigilar la piel y las prominencias óseas para ver si hay signos de úlceras por decúbito.					
6.- Vigilar la aparición de complicaciones del reposo en cama (hipotonía muscular, dolor, estreñimiento).					
EVALUACIÓN					
No se logró el resultado esperado, ya que al ser un paciente inconsciente no puede movilizarse por sí mismo, pero aun así el personal de enfermería realizaba múltiples actividades para evitar aún más complicaciones en su estado de salud como son las lesiones por presión, ya que no se presentó ninguna de estas durante el tiempo que estuve trabajando con el paciente. El paciente se mantiene con una puntuación diana de 2 sustancialmente comprometido.					

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, Camila Takao Lopes. Diagnosticos Enfermeros Definición y Clasificación 2021-2023. 12ª. Edición. La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2021.
Sue Moorhead, Elizabeth Swanson, Marion Johnson, Meridean L. Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Sexta Edición. La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2013.
Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Gloria M. Bulechek, Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2013.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO			
DOMINIO: 3. Eliminación e intercambio CLASE: 2: Función gastrointestinal CÓDIGO: 00011 Estreñimiento r/c disfunción cognitiva, deterioro de la movilidad física, e/p evacuar menos de tres deposiciones a la semana.	RESULTADO: Eliminación intestinal DOMINIO: 2: Salud fisiológica CLASE: F: Eliminación CODIGO: 0501	ESCALA DE MEDICION 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido		
	CODIGO	INDICADOR	PUNTUACIÓN. DIANA	
	050101	Patrón de eliminación	MANT. 1	AUT. 1
	050104	Cantidad de heces en relación a la dieta	1	1
	050129	Ruidos abdominales	1	2
	050110	Estreñimiento	1	1
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA				
INTERVENCION: Control intestinal CODIGO: 0430	DOMINIO: 1. Fisiológico: Básico.	CLASE : B. Control de la eliminación.		
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACION:			
1.- Anotar la fecha de la última defecación 2.- Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen, color. 3.- Monitorizar los sonidos intestinales. 4.- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales. 5.- Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales	El personal de enfermería deberá valorar los patrones intestinales normales del paciente, los planes nutricionales, el uso de laxantes, los padecimientos del tubo digestivo, los ruidos intestinales, el reflejo y el tono anal y las capacidades funcionales y así determinar el origen del problema intestinal. ²²			



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



agudos.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA					
INTERVENCIÓN:	Manejo del estreñimiento	CODIGO:	0450	DOMINIO:	1. Fisiológico: Básico.
				CLASE:	B. Control de la eliminación.
ACTIVIDADES:			FUNDAMENTACION:		
1.- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.			La ingesta de líquidos diarios debe ser de 2-3 lts, a menos que esta contraindicada. Se debe revisar el registro de eliminación intestinal, características de las heces, ingesta de alimentos y líquidos, nivel de actividad, ruidos intestinales, fármacos y otros datos de evaluación. ²²		
2.- Vigilar la existencia de peristaltismo.					
3.- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuya al mismo.					
4.- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos de que este contraindicado.					
5.- Evaluar el registro de entradas para el contenido nutricional.					
EVALUACIÓN					
No se logró una mejoría en cuanto a este diagnóstico, ya que el paciente durante el tiempo que se trabajó en él, no mostró ninguna evacuación y/o tampoco mostro indicios de una de estas. Se daba aviso durante y al finalizar el turno al médico tratante a cargo sobre la situación. Paciente que continua tal cual se encontró en la puntuación diana 1 gravemente comprometido.					

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, Camila Takao Lopes. Diagnosticos Enfermeros Definición y Clasificación 2021-2023. 12ª. Edición. La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2021.
Sue Moorhead, Elizabeth Swanson, Marion Johnson, Meridean L. Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Sexta Edición. La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2013.
Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Gloria M. Bulechek, Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2013.



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



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO			
DOMINIO: 11. Seguridad / protección <hr/> CLASE: 2. Lesión física <hr/> CÓDIGO: 00039 <hr/> Riesgo de aspiración e/p tos ineficaz.	RESULTADO: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. <hr/> DOMINIO: 2: Salud fisiológica <hr/> CLASE: E: Cardiopulmonar <hr/> CODIGO: 0410	ESCALA DE MEDICION 1. Grave <hr/> 2. Sustancial <hr/> 3. Moderado <hr/> 4. Leve <hr/> 5. Ninguno		
	CODIGO	INDICADOR	PUNTUACIÓN. DIANA	
	041020	Acumulación de esputo	MANT. 2	AUT. 4
	041019	Tos	1	3
	041012	Capacidad de eliminar secreciones	1	2
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA				
INTERVENCION: Precauciones para evitar la aspiración.	CODIGO: 3200	DOMINIO: 2: Fisiológico: Complejo	CLASE: K. Control respiratorio	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACION:			
1.- Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. <hr/> 2.- Colocación erguida a más de 30° (alimentación por SNG) a 90°, o lo más incorporado posible. <hr/> 3.- Mantener la cabecera de la cama elevada de 30 a 45 minutos después de la alimentación. <hr/> 4.- Comprobar la colocación de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.	Con la presencia de la cánula endotraqueal, por lo general, es necesario aspirar las secreciones del paciente debido a la menor eficacia del mecanismo de la tos. Con los signos vitales estables, debemos colocar al paciente en posición semisentada y ayudar a facilitar la ventilación. ²²			



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



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
INTERVENCIÓN: Manejo de las vías aéreas artificiales	CODIGO: 3180 DOMINIO: 2. Fisiológico: Complejo CLASE: K. Control respiratorio.
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACION:
1.- Realizar aspiración endotraqueal según corresponda.	La aspiración traqueal se lleva a cabo si se detectan ruidos extraños o cuando es evidente la presencia de secreciones. Todo el equipo en contacto directo con las vías respiratorias inferiores del enfermo debe ser estéril para prevenir la septicemia. Un dispositivo de succión en la vía permite aspirar al paciente sin desconectarlo del circuito del ventilador.
2.- Comprobar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.	
3.- Realizar cuidados orales (lavado de dientes, gasas húmedas, humectante bucal)	
4.- Proporcionar cuidados a la tráquea cada 4-8 hrs: limpiar la cánula interna, limpiar y secar la zona alrededor del estoma.	
5.- Instituir medidas que impidan la extubación accidental: fijar la vía aérea artificial.	
EVALUACIÓN	
Se logró parcialmente ya que se partió con una puntuación diana de 2 sustancial y se logró llegar a un 4 leve, después de que el paciente fue reintubado, el personal de enfermería valoraba continuamente la necesidad de aspirar, logrando dejar la vía aérea permeable. Paciente que se mantiene en una puntuación de 4 leve.	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, Camila Takao Lopes. Diagnosticos Enfermeros Definición y Clasificación 2021-2023. 12ª. Edición. La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2021.	
Sue Moorhead, Elizabeth Swanson, Marion Johnson, Meridean L. Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Sexta Edición. La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2013.	
Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Gloria M. Bulechek, Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima Edición La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2013.	



5.7 EJECUCIÓN

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas: Se realizaron actividades como la aspiración de la vía aérea artificial, valorando al inicio de turno la necesidad de realizar esta acción por medio de la visualización y de la auscultación de los campos pulmonares. Se contaba con equipo estéril y se realizaba la técnica con circuito cerrado y con todas las precauciones universales pertinentes.
- Deterioro de la integridad cutánea: Con apoyo del servicio de clínica de heridas, se realizaba diariamente después del baño del paciente, la curación de todas sus heridas, por medio de apósitos especiales y con los principios de asepsia, se valoraba continuamente la necesidad de cambiar apósitos y/o gasas para mantener la herida constantemente limpia.
- Deterioro de la movilidad en la cama: Debido a que el paciente no podía moverse por sí mismo, el personal de enfermería realizaba en el todas las funciones de autocuidado, se realizaba diariamente baño en cama y cambio de la ropa de cama, también se hacían cambios de posición según el reloj de cambios posturales como mínimo cada 2 horas y se colocaban protección en prominencias óseas para disminuir el riesgo de lesiones por presión.
- Estreñimiento: Continamente se valoraba la presencia de ruidos intestinales, también se realizaba la ingesta de líquidos para ayudar a que el paciente pudiera defecar.
- Riesgo de aspiración: Antes de proporcionar la alimentación por medio de la sonda orogastrica, se verificaba que esta estuviera bien colocada y se mantenía al paciente en una posición semifowler para evitar el riesgo de aspiración por la alimentación, también se prevenía el riesgo por aspiración por medio de las secreciones, por lo cual se valoraba y se realizaba la aspiración de la vía aérea.

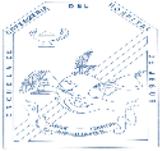


5.8 EVALUACIÓN

Con el paciente en estudio, se priorizaron sus 14 necesidades por orden de mayor importancia y se considera como la primera la oxigenación, esta necesidad mostro una gran mejoría ya que al conocer al paciente presentaba abundantes secreciones por la vía aérea artificial ocasionando esto que debido a la falta de capacidad para expectorar por sí mismo, se formara un tapón de moco, lo cual ocasionó que se volviera a reintubar al paciente; después, por medio de las múltiples actividades que el personal de enfermería realizaba como mantener la vía aérea permeable, se logró conseguir una mejoría en esta necesidad que se consideró como la más importante. En cuanto a las demás necesidades, como la integridad cutánea y la movilidad se evaluaron de manera satisfactoria, ya que aunque él no podía movilizarse por sí solo y enfermería realizaba estas funciones por él, se evitaron la presencia de lesiones por presión y sus heridas no mostraban ningún dato de infección, ya que se realizaba diariamente la limpieza y la curación de las mismas.

Las necesidades que involucraban la comunicación no tuvieron mayor influencia ya que al ser un paciente que se encontraba en estado inconsciente, no desarrollaba ni mostraba un avance o un retroceso en estas necesidades.

El proceso de atención enfermería aplicado a un paciente con trauma múltiple, se desarrolló de manera exitosa, ya que se pudieron abordar las necesidades alteradas del paciente en estudio por jerarquización, esto fue aplicado y demostrado de manera positiva en la mejoría en su estado de salud que se consiguió trabajando de manera conjunta con todo el equipo multidisciplinario del Hospital General Xoco que trabajamos con el paciente.



5.9 PLAN DE ALTA

El plan de alta se da en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ya que es donde al paciente se le realiza el PAE y posteriormente, pasará a piso según sea la mejoría que el paciente presente. El plan de alta se proporciona y se brinda de manera conjunta entre personal de enfermería y familiares del paciente.

COMUNICACIÓN: Comunicar y enseñar a los familiares del paciente sobre cómo hacer las curaciones de su herida perineal, así como enseñarles a hidratar la piel del paciente con la finalidad de evitar lesiones por presión.

URGENTE: En caso de desaturación de oxígeno, Hiperoxigenar al paciente al 100% y realizar la aspiración de secreciones por parte del personal de enfermería.

Monitorizar continuamente si el paciente presenta alguna evacuación.

INFORMACIÓN: Informar oportunamente a los familiares, el estado de salud del paciente, así como los cambios que se realizan farmacológicamente y/o en las mejorías de sus heridas y fracturas.

DIETA: Se continúa con dieta polimérica por sonda gastrointestinal de 1500 kcal dividido en tercios, también se proporcionan 500 ml de agua.

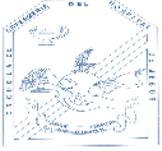
AMBIENTE: Se mantiene un ambiente limpio para evitar algún tipo de infección a nuestro paciente.

RECREACIÓN Y USO DE TIEMPO LIBRE: No aplicable

MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS:

- Omeprazol 40 mg c/24h IV
- Clindamicina 600 mg c/8h IV
- Ceftriaxona 1 gr c/8h IV
- Metoclopramida 10 mg c/8h IV
- Tramadol 100 mg c/8h IV

ESPIRITUALIDAD: Los familiares realizan oraciones, así como en el entorno del paciente se cuenta con imágenes religiosas según creencias.



CONCLUSIONES

Con este trabajo se consigue el logro de los objetivos planeados de manera satisfactoria, y se logra alcanzar una mejoría en el estado de salud del paciente en estudio en base al Proceso Atención Enfermería (PAE) que se planeó.

Debido a como se realizó la priorización de las necesidades, según las primeras necesidades alteradas se logró obtener una mejoría en ellas, con algunas situaciones que pudieron evitarse por parte del personal que estuvo a cargo del paciente, pero que gracias a todo el equipo multidisciplinario, se logaron corregir errores y conseguir mejoras en su estado de salud.

La elaboración de este Proceso de Atención Enfermería (PAE), aplicado a un paciente con diagnóstico de trauma múltiple, me deja más que claro el compromiso que todo el personal de enfermería debe tener con el paciente, ya que como sabemos, enfermería trabaja en equipo por distintos turnos, es importante que se comprometa todo el personal en conseguir el mismo objetivo, que es una mejoría en el estado de salud del paciente que nos sea asignado.

Con la elaboración de este PAE, se demuestra que debido a la gravedad del paciente se puede lograr una gran mejoría en el estado de salud, gracias al cuidado de enfermería y a las intervenciones aplicadas por el Proceso de Atención de Enfermería.



GLOSARIO DE TERMINOS

- Analgesia: Que suprime la sensación dolorosa, sin pérdida de los restantes modos de la sensibilidad.
- Catéter venoso central (CVC): Al conducto tubular largo y suave, elaborado con material biocompatible y radio opaco, que se utiliza para infundir solución intravenosa directamente a la vena cava.
- Catéter venoso periférico (CVP): Al conducto tubular corto y flexible, elaborado con material biocompatible y radio opaco, que se utiliza para la infusión de la solución intravenosa al organismo a través de una vena distal.
- Diaforesis: Sudor. Líquido que segregan las glándulas sudoríparas de la piel.
- Edema: Hinchazón blanda de una parte del cuerpo, que cede a la presión y es ocasionada por la serosidad infiltrada en el tejido celular.
- Eritema: Inflamación superficial de la piel, caracterizada por manchas rojas.
- Escala de Braden: Escala para la valoración del riesgo de úlceras por presión.
- Escala de Glasgow: La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, verbal y motora.
- Escala de RASS: Es una herramienta de evaluación de la agitación o la sedación de los pacientes críticos.
- Espujo: Flema que se arroja de una vez en cada expectoración.
- Estreñimiento: Acción y efecto de estreñir o estreñirse.
- Exudado: Producto de la exudación, generalmente por extravasación de la sangre en las inflamaciones.
- Hiperoxigenación: Hace referencia a un aumento en la fracción de oxígeno inspirado (FIO₂).



- Hipertermia: Aumento de la temperatura del cuerpo por encima de lo normal.
- Hipotermia: Descenso de la temperatura del cuerpo por debajo de lo normal.
- Isocoria: Igualdad en el tamaño de ambas pupilas.
- Meta paradigma: Cumple con características de neutralidad y universalidad, enfocados a los aspectos disciplinares que la enfermería requiere para definir su esencia en virtud de su naturaleza.
- Midriasis: Dilatación de la pupila del ojo.
- Miosis: Contracción de la pupila del ojo.
- Nutrición parenteral total (NPT): La nutrición parenteral (NP) es una intervención nutricional especializada (INE) que se caracteriza por el aporte de nutrimentos de manera directa en el torrente sanguíneo a través de una vena periférica o central, cuando no se pueden satisfacer los requerimientos nutricionales de forma enteral, vía oral o por sonda enteral, por disfunción del tubo gastrointestinal.
- Proceso atención enfermería (PAE): A la herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada e integral, cuyo objetivo principal es atender las respuestas humanas individuales o grupales, reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas interrelacionadas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.
- Reflejo tusígeno: Es una acción combinada del sistema respiratorio cuya función es proteger y facilitar la expulsión del moco
- Roncus: Secreciones abundantes en los bronquios de gran calibre.
- Secreción: Producción y liberación de una sustancia como hormonas, enzimas, etc., por una glándula.



- Vasopresor: Se entiende como agente vasopresor el que induce vasoconstricción aumentando el tono vascular y, consecuentemente, elevando la presión arterial media (PAM).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. de Almeida MA, Gama de Sousa PG, Gómez Cantarino S. El modelo teórico enfermero de Florence Nightingale: una transmisión de conocimientos [Internet]. 42.^a ed. 2020 [citado 8 enero 2023]. Disponible en:file:///C:/Users/PAVILION/Downloads/revista,+2020-0228+-+PREPRINT%20(1).pdf
2. Posos González M de J. Modelo del cuidado de enfermería [Internet]. 1.^a ed. México: Secretaria de salud ; 2018 [citado 8 enero 2023]. Disponible en:http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf
3. Correa Argueta E, Verde Flota EE, Rivas Espinosa JG. Valoración de enfermería: Basada en la filosofía de Virginia Henderson [Internet]. 1.^a ed. Ciudad de México : DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD; 2016 [citado 8 enero 2023]. Disponible en: https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf
4. Cisneros F, Enfermera Especialista G. UNIVERSIDAD DEL CAUCA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA AREA DE FUNDAMENTOS PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PAE) [Internet]. Edu.co. [citado el 08 de enero de 2023]. Disponible en: http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf



5. Charry JD, Cáceres JF, Salazar AC, López LP, Solano JP. Trauma craneoencefálico. Revisión de la literatura. Rev Chil Neurocir [Internet]. 2019 [citado el 09 de enero de 2023]; Disponible en: https://www.neurocirugiachile.org/pdfrevista/v43_n2_2017/charry_p177_v43n2_2017.pdf
6. M. Sanchez. ASPECTOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DEL TRAUMA CRANEO ENCEFÁLICO EN MÉXICO. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica [Internet]. 2008 [citado 9 enero 2022];(26). Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/13606/2008_sem26.pdf
7. T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, Camila Takao Lopes. Diagnosticos Enfermeros Definición y Clasificación 2021-2023. La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2021.
8. Sue Moorhead, Elizabeth Swanson, Marion Johnson, Meridean L. Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Sexta Edicion. La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2013.
9. Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Gloria M. Bulechek, Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier Espana; 2013.
10. Manual Clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas [Internet]. a Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal. 2018 [citado 11 enero 2022]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Manual_Clinico_Heridas.pdf
11. Mencía Bartolomé S, Tapía Moreno R. Escalas de sedoanalgesia en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos [Internet]. Madrid: SECIP; 2020 [citado 16 enero 2022]. Disponible en:



- https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05_escalas_sedoan_algesia.pdf
12. J. Tortora G, H. Derrickson B. Anatomía y fisiología. 13.^a ed. Panamericana; 2013.
 13. [Internet]. Real Academia Española. 2022 [citado 15 enero 2022]. Disponible en: <https://www.rae.es/>
 14. NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. [Internet]. Diario Oficial de la Federación. 2012 [citado 15 enero 2022]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012#gsc.tab=0
 15. Nutrición Parenteral: Prevención de complicaciones metabólicas, orgánicas y relacionadas a las mezclas de nutrición parenteral [Internet]. Guía de práctica clínica. 2018 [citado 15 enero 2022]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/556GER.pdf>
 16. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Diario Oficial de la Federación. 2012 [citado 15 enero 2022]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013#gsc.tab=0
 17. Hernandez Martin C. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera [Trabajo de fin de grado]. España: Universidad de Valladolid; 2015/16. Recuperado a partir de : <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf;jsessionid=3CEEEF44BBB3FAD61BFE8C5D7865451A?sequence=1>



18. Reyes Gomez Eva. Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología. Segunda edición. México: Manual Moderno; 2015.
19. Pineda D, Dra P, Miriam A, Santiago. El concepto de adolescencia [Internet]. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20I.pdf>
20. Antonio Díaz M, Ponce L, Basilio A, Felipe O, Vega C, Carlos J, et al. Trauma UN PROBLEMA DE SALUD EN MÉXICO [Internet]. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/T RAUMA.pdf
21. M^a A, Fuentes M, Ángela M, Romero Coordinador M, Peinado M. CAPÍTULO 49 -EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO [Internet]. Disponible en: https://unitia.secot.es/web/manual_residente/CAPITULO%2049.pdf
22. Janice L. Hinkle KHC. Enfermería medicoquirúrgica [Internet]. 14a. Edición. Baltimore, MD, Estados Unidos de América: Wolters Kluwer Health; 2018. Disponible en: <file:///C:/Users/PAVILION/Downloads/Correos%20electr%C3%B3nicos%20Brunner%20y%20Suddarth.%20Enfermer%C3%ADa%20medicoquir%C3%BArgica.pdf>

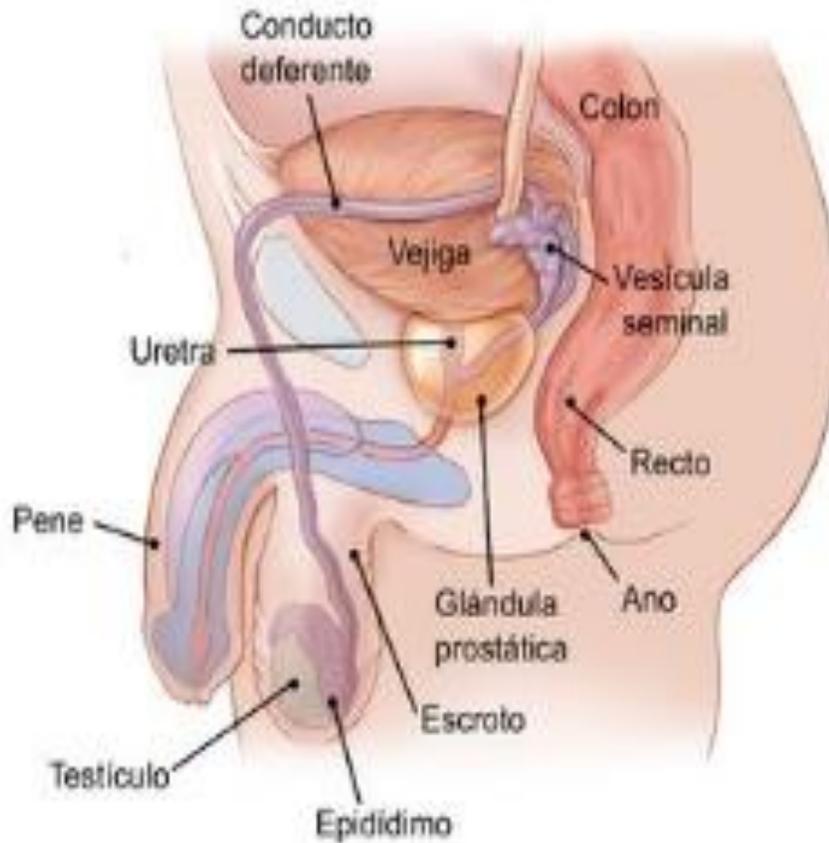


ANEXOS

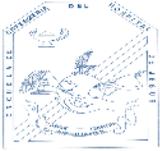
La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la **respuesta verbal**, la **respuesta ocular** y la **respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

	4	3	2	1		
OCULAR	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
VERBAL	5 ORIENTADO Y CONVERSANDO	4 DESORIENTADO Y HABLANDO	3 PALABRAS INAPROPIADAS	2 SONIDOS INCOMPRESIBLES	1 NINGUNA RESPUESTA	
MOTORA	6 ORDEN VERBAL OBEDECE	5 LOCALIZA EL DOLOR	4 RETIRADA Y FLEXIÓN	3 FLEXIÓN ANORMAL	2 EXTENSIÓN	1 NINGUNA RESPUESTA
			(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)		

Anexo 1: Escala de coma de Glasgow: Permite medir el nivel de conciencia de una persona



Anexo 2: Anatomía del aparato reproductor masculino

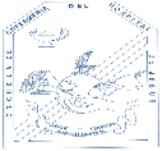


FASES DEL PROCESO DE CICATRIZACIÓN	MANIFESTACIONES CLÍNICAS
INFLAMATORIA Hemostasia Inflamación	Blanqueamiento de la piel circundante, formación de un coágulo, cese del sangrado. Dolor Calor Eritema Edema
PROLIFERATIVA Migración Producción de la matriz extracelular Angiogénesis Epitelización	Ocurre a los 4 días aproximadamente Formación de tejido de granulación Restablecimiento de la epidermis
REMODELACIÓN	Puede durar 1 año o más Remodelación y alineación de las fibras de colágeno

Anexo 3: Fases del proceso de cicatrización



Anexo 4: Escala de RASS: La Escala RASS está validada como instrumento de monitorización de la sedación en adultos en estado crítico.¹²



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



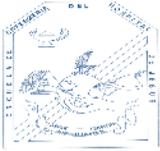
ESCALA BRADEN						
ESCALA BRADEN	PUNTOS	1	2	3	4	
	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>	
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>	
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia	
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>	
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>	
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>		
	NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤12			
	RIESGO MODERADO	≤14				
	RIESGO BAJO	≤16				

Anexo 5: Escala de Braden: Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente.



ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.HLDOWNNTON) Alto riesgo: Mayor a 2 puntos		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores(no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
	Ninguno	0
DEFICITS SENSITIVO-MOTORES	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis, paresia...)	1
	Ninguno	0
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
EDAD	< 70 años	0
	> 70 años	1

Anexo 6: Escala de Downtown: Es una herramienta que se utiliza para valorar el motivo de riesgo mediante un sistema de puntos sobre cinco dimensiones: caídas previas, déficits sensoriales, estado mental, deambulación y medicamentos



Escala Critical-Care Pain Observation Tool - CPOT	Puntaje
EXPRESIÓN FACIAL	
Relajado, neutral (<i>sin tensión muscular</i>)	0
Tenso (<i>ceño fruncido, arrugas en la frente, tensión en orbiculares y elevadores de párpados</i>)	1
Mueca de dolor (<i>idem, mas párpados cerrados fuertemente</i>)	2
MOVIMIENTOS DE LOS MIEMBROS	
No realiza movimientos	0
Protección (<i>movimientos lentos, cautelosos, se toca o frota las zonas de dolor</i>)	1
Agitación (<i>tracciona del tubo, intenta sentarse o tirarse de la cama, mueve los miembros, no responde órdenes</i>)	2
TENSIÓN MUSCULAR (<i>evaluado por flexo-extensión de MS</i>)	
Relajado (<i>no se resiste a los movimientos pasivos</i>)	0
Tenso, rígido (<i>se resiste a los movimientos pasivos</i>)	1
Muy tenso o rígido (<i>resistencia muy fuerte a los movimientos pasivos, imposibilidad de completar el rango</i>)	2
ADAPTACIÓN AL VENTILADOR (<i>intubados</i>)	
Bien adaptado al ventilador (<i>alarmas no activadas, fácilmente ventilable</i>)	0
Tose pero tolera la ventilación (<i>las alarmas se detienen espontáneamente</i>)	1
Lucha con el ventilador (<i>asincronía, impide la ventilación, alarmas frecuentemente activadas</i>)	2
VOCALIZACIÓN (<i>extubados</i>)	
Habla en normal tono o no habla	0
Suspiros, gemidos.	1
Gritos, sollozos	2

Anexo 7: Escala CPOT: Escala utilizada para la valoración del dolor en los pacientes con ventilación mecánica invasiva en los que no se podía utilizar la Escala Visual Analógica (EVA).



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



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: G.F.J. A
 Edad: 16 años Fecha de Nacimiento. 13/05/2005
 Genero: Masculino
 Escolaridad: Secundaria
 Ocupación: Estudiante
 Lugar de nacimiento: Ciudad de México
 Idioma: Español
 Estado civil: Soltero
 Tipo de familia _____
 Domicilio: Se desconoce
 Teléfonos: Se desconoce
 Fuente de información: Directa () Indirecta (X)
 Quién: Madre y padre
 Cuál _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES

I. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

- 1.1 ¿Refiere dificultad para respirar? SI (X) NO ()
 1.2 ¿Ha presentado sensación de falta de aire?
 SI (X) NO ()
 1.3 ¿Ha presentado sensación de ahogo? SI () NO (X)

1.4 ¿Tiene dolor al respirar? SI _____ NO X
 Inspiración () Espiración ()

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 cuanto tiempo? _____

1.8 ¿Presencia de varices en miembros inferiores?

SI () NO (X)

Características _____

DATOS OBJETIVOS

1.9 Toma de signos vitales: Fr: 16 x min. FC: 54 X min.

T/A: 153/84 mmHg T°C: 35.5°

1.10 Patrón respiratorio uniforme SI (X) NO ()

1.11 Dificultad al respirar: Sin esfuerzo ()

Al esfuerzo físico () Acostado () Nocturna ()

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

Tiros intercostales SI (X) NO ()

Depresión del Apéndice Xifoides SI () NO (X)

1.13 Auscultación de pulmones

Paso libre de aire en ambos campos pulmonares

SI () NO (X)
 Sibilancias () Crepitaciones durante la espiración ()
 Roncus (X) Roces ()

1.14 Estado de conciencia:

Conciente () Desorientado () Somnoliento ()

Estuporoso () Inconsciente (X)

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

Palidez (X) Marmórea ()

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

Palidez (X)

1.16 Coloración de zona peribucal:

Cianótica () Palidez (X)

1.18 Llenado capilar:

() < 6 = 2" (X) > 2"

1.19 Coloración de las uñas de las manos:

Rosadas () Cianóticas () Palidez (X)



1.20 Presencia de edema en miembros inferiores

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

1.21 Palpación de pulsos

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

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

OBSERVACIONES: _____

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 () IRREGULAR (X)

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 (X) NO ()

¿A que lo atribuye?

ESTADO DE SALUD

2.7 ¿Consumes en su dieta diaria algún alimento irritante?

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

SI (X) NO ()

Especifique: REFRESCOS

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 _____

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 () Náuseas SI () NO ()

Distensión abdominal SI (X) NO ()

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

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

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

A que lo atribuye usted _____

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

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

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

SI () NO ()

2.18 ¿Asea su dentadura? SI (X) NO ()

Cuántas veces al día : TRES VECES

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 ()

2.22 ¿Cuánta agua consume al día?



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



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 () NO (X) Recetado _____

¿Cuál? _____

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

¿Especifique? GIMNASIO

2.30 ¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio?

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

4 – 5 veces (X) 5 – 7 veces ()

DATOS OBJETIVOS

2.31 ASPECTO CABELLO Abundante (X) Con brillo ()

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

Escaso () Quebradizo () Caída de cabello ()

Signo de bandera ()

2.32 OJOS

Conjuntivas

Rosadas Hidratadas (X) Pálidas () Deshidratadas ()

2.33 PIEL

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

Otros _____

2.34 MUCOSA ORAL

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

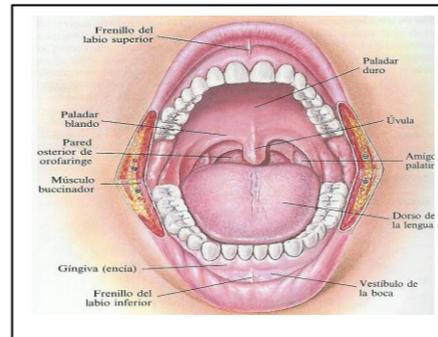
Otras _____

2.35 DIENTES

Caries SI () NO (X) Cuántas piezas _____

Adoncia SI () NO () Cuántas piezas _____

2.36 CAVIDAD BUCAL



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

2.37 UÑAS

Duras () Gruesas () Débiles Delgadas ()
Quebradizas () Descamadas () Rosadas (X)

Pálidas ()

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

Peso Ideal _____ Peso Real 70

Kg _____

Talla 1.70 IMC: 24.2

BAJO PESO () NORMAL (X) SOBREPESO ()

OBESIDAD () OBESIDAD MORBIDA ()

III.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

3.1 Frecuencia de la evacuación

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

Especifique.: NO HA EVACUADO DESDE INGRESO A UCI

3.2 Describa las características de sus heces

Cantidad

Escaso () Abundante ()

Consistencia

Blandas formadas () Duras () Líquidas ()



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



Color
Marrón () Amarillas () Otros ()

Especifique _____

3.3 ¿Olor? Acre () Desagradable ()

3.4 ¿Identifica elementos extraños en su defecación?

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

Especifique _____

3.5 ¿Requiere laxantes para evacuar?

SI () NO ()

Especifique.- _____

3.6 ¿Bajo tensión emocional hay cambio en su defecación?

SI () NO ()

Diarrea () Estreñimiento () Otros ()

Especifique.- _____

3.7 ¿Consume medicamentos actualmente?

SI () NO ()

Cuales. _____

3.8 ¿Con qué frecuencia orina?

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

Especifique: CONTINUAMENTE, CUENTA CON SONDA VESICAL

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 ()
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 ()

Especifique.- _____

3.14 Describa las características de su menstruación

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 ()

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

Especifique _____

3.16 ¿La tensión emocional altera su ciclo menstrual?

SI () NO ()

Como. _____

DATOS OBJETIVOS

Inspeccione

3.17 Características de las heces

Observaciones: SIN EVALUACION

3.16 Elementos extraños en las heces

Observaciones: _____

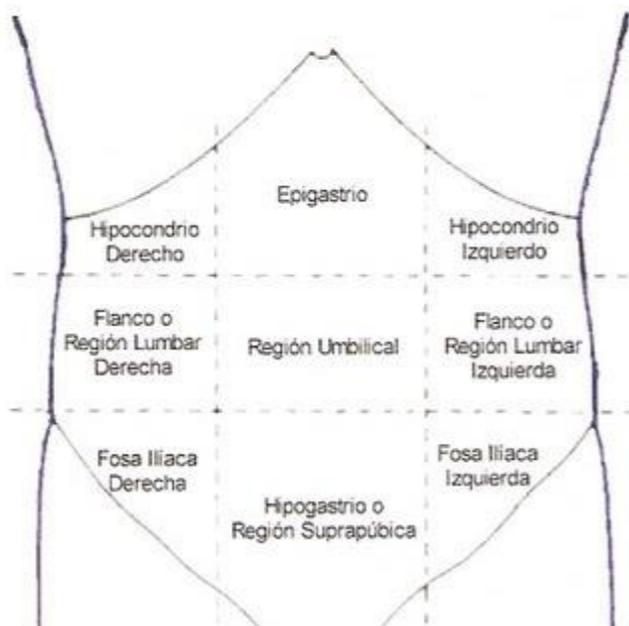
3.18 Simetría del abdomen

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 () Dolor e hipersensibilidad ()

Localizada () Generalizada () Masas superficiales ()

3.20. Características de la orina.

Observaciones: _____

3.21. Elementos extraños en la orina

Observaciones: _____

3.22 .Presencia de globo vesical

Palpable () No palpable ()

3.23. Dolor en el bajo vientre:

Si () No ()

Características del dolor: _____

3.24. Presencia de diaforesis

Si (X) No ()

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 () Sin esfuerzo físico ()

4.3 Actividad que realiza en el trabajo es:

Sentado de 2 – 3 hrs. () De 4 – 6 hrs. (X)

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

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 () Recostado (X)

4.7 ¿Usted se considera una persona?

Activa () Sedentaria ()

Porque? _____

4.8 ¿Regularmente el calzado que usa es?

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

Observaciones: _____

4.9 Rol Social ¿Pertenece a algún grupo?

Si () No (X)

¿Cuál? _____

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

Frecuencia: DIARIO

Tiempo: 2 HORAS DIARIAS

DATOS OBJETIVOS

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

SI () NO (X)

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 () 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 ()

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

SI () NO ()

Bastón () Andadera () Muletas ()

De otra persona ()

4.17 ¿Presenta facie de dolor?

SI (X) NO ()

Observaciones: _____

4.18 La marcha al deambular es?

Con pasos continuos () Con pasos discontinuos ()

Observaciones: _____

V. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DATOS SUBJETIVOS

5.1 ¿Tiene dificultada para conciliar el sueño?

SI () NO ()

5.2 ¿Cuántas horas duerme durante la noche?

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

Más de 9 hrs. ()

5.3 ¿Tiene dificultad para mantenerse dormido?

SI () NO ()

Observaciones: _____

5.4 ¿Cómo es su patrón de sueño?

Continuo () Discontinuo () Insomnio ()

Observaciones: _____

5.5 ¿Realiza alguna actividad para favorecer el sueño?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

5.6 ¿Toma medicamento para inducir el sueño?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

5.7 ¿Los medicamentos que toma lo mantienen despierto?

SI () NO ()

5.8 ¿Su estado de ánimo le impide dormir?

SI () NO ()

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

5.11 ¿Padece dolor de cabeza tras despertarse?

SI () NO ()

5.12 ¿Tiene dificultad para mantenerse despierta durante el día?

SI () NO ()

5.13 ¿Acostumbra a tomar una siesta?

SI () NO ()

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

5.14 ¿Se queda dormido en momentos inapropiados?

SI () NO ()

5.15 ¿Durante el día se siente cansado?

SI () NO ()

DATOS OBJETIVOS

5.16 Inspeccione en el paciente:



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



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

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 (X) NO ()

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 ()

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 () Caluroso (X) Frío ()

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

SI (X) NO ()

DATOS OBJETIVOS

7.5 ¿Vestido adecuado a la estación?

SI () NO ()

7.6 Características de la piel

Rubicunda () Diaforesis (X)

Frialdad de la piel () Transpiración normal ()

Escalofríos () Palidez (X) Pilo erección ()

Enlentecimiento del llenado capilar ()

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

7.7 Temperatura

Hipotérmica (X) Febrícula ()

Hipertérmica (X) 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 (X) Antes de ir al baño ()



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



Después de ir al baño (X) Otro _____

8.4 ¿Cepillado de dientes y/o prótesis?

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

1 vez al día () no lo practica ()

8.5 ¿Necesita ayuda para practicar su higiene?

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

Datos Objetivos

8.6 ¿Aspecto general?

Correcto () Incorrecto ()

8.7 PIEL

() Integra / hidratada (X) Heridas

Localización: PERINEAL

() 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 ()

Especifique _____

8.9 NARIZ

Mucosa Nasal

Coloración:

Rosa intenso () Otro _____

Secreción

Transparente () Amarilla () Verdosa ()

Otra: BLANQUECINA

Presencia de:

Sangre () Costras () Perforaciones ()

Otros _____

8.10 BOCA Y OROFARINGE

Labios

Aspecto:

Secos (X) Grietas () Edema ()

Otro _____

Coloración:

Rozados () Palidez (X) Cianosis ()

Otra _____

Mucosa Bucal

Color:

Rojo Rosado () Otro _____

Húmeda () Otro _____

Presencia de:

Manchas () Lesiones (X) Ulceras ()

Otras _____

Dientes

Completos (X) Incompletos ()

Prótesis: SI () NO (X)

Presencia de:

Placa dentobacteriana () Sarro ()

Localización _____

8.8 Cavity oral

() Halitosis () Lesiones

Localización _____

() Ulceras

Localización _____



Manchas

Localización _____

Sangrado

Localización _____

Dolor

Localización _____

Criptas

Localización _____

Inflamación

Localización _____

Induraciones

Localización _____

8.11 OIDOS:

Dolor SI NO

Inflamación SI NO

Cerumen SI NO

Derrames SI NO

Cuerpos Extraños SI NO

Presencia de:

Nódulos

Localización _____

Lesiones

Localización _____

IX. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

DATOS SUBJETIVOS

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

9.2 ¿Con que periodicidad lleva su control médico?

Cada año sólo cuando se enferma

Otros

9.3 Presenta alguna enfermedad o padecimiento?

Si No

Cuál? _____

9.4 ¿Se enferma frecuentemente?

Si No

9.5 ¿Cuenta con cartilla de vacunación?

SI NO

9.6 La Cartilla de vacunación está:

Completa incompleta

9.7 ¿Se ha aplicado otras vacunas?

SI NO

Cuáles: COVID

9.8 ¿Conoce las medidas para prevenir enfermedades?

SI NO

Cuáles _____

9.9 ¿Ha padecido alguna alteración?

Física Psicológica Social

¿Cuál? _____

Este padecimiento altera su autoconcepto o su imagen

Si No

Porqué _____

9.10 ¿Actualmente requiere de algún tipo de ayuda?

SI NO

¿Cuál? ESTADO DE SALUD: INCONSCIENTE

La utiliza SI NO

Porqué _____

9.8 ¿Cómo reacciona ante una situación de peligro?

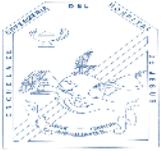
Se estresa SI NO

Pierde el control SI NO

Porqué _____

¿Cómo lo manifiesta? _____

La familia le apoya SI NO



Porqué _____

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

SI () NO (X)

¿Quien? _____

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

SI (X) NO ()

¿Cuáles? _____

9.11 ¿Actualmente identifica riesgos de accidentes en su casa?

SI () NO (X)

¿Cuáles? _____

9.12 ¿Conoce las medidas de prevención en su trabajo?

SI (X) NO ()

¿Cuáles? _____

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

SI (X) NO ()

¿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 (X) NO ()

En cuanto tiempo _____

¿Toma provisiones económicas?

SI () NO (X)

Le apoya algún familiar SI (X) NO ()

¿Quién? _____

DATOS OBJETIVOS

9.5 Escucha bien SI (X) NO ()

Porqué: _____

Tipo de apoyo que utiliza _____

9.6 Ve bien SI (X) NO ()

¿Porqué? _____

Qué apoyo utiliza _____

9.7 Lenguaje claro SI (X) NO ()

¿Porqué? _____

9.8 Presenta sensibilidad en su cuerpo

SI () NO ()

¿Porqué? _____

9.9 Se le dificulta caminar SI () NO ()

¿Porqué? _____

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? _____

10.7 ¿Tiene contactos sociales satisfactorios?



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



SI (X) NO ()

¿Porqué? _____

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

SI (X) NO ()

¿Por qué? _____

10.9 ¿Se considera de buen humor?

SI (X) NO ()

¿Porqué? _____

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

SI (X) NO ()

¿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 ()

¿Porqué? _____

DATOS OBJETIVOS

10.13 Según edad se encuentra orientado en:

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

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

Especificar _____

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

Especificar _____

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

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

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

¿De quién: PADRES, TIOS, NOVIA

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? CATOLICA

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 ()

Depresión () Enojo () Culpa ()

Vergüenza () Desesperanza () Resignación ()

11.6 ¿Requiere de servicios religiosos?

SI () NO (X)

Observaciones _____

11.7 ¿En su hogar cuenta con un área específica para comunicarse?

SI () NO ()

Especificar _____

DATOS OBJETIVOS

En su hogar existe algún objeto relacionado con su religión?

SI (X) NO ()

Especificar _____

XII. NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

DATOS SUBJETIVOS



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



12.1 ¿Tiene actividad remunerada?

SI () NO (X)

12.2 ¿Tipo de trabajo?

Eventual () Permanente ()

12.3 ¿Sus ingresos económicos cubren sus necesidades básicas personales y las de su familia?

SI () NO ()

12.4 ¿Le resulta difícil cubrir sus ingresos?

SI () NO ()

12.5 ¿Esta usted satisfecho con su trabajo?

SI () NO ()

12.6 ¿Esta usted molesto por su trabajo y no lo puede cambiar por otro?

SI () NO ()

12.7 ¿Su trabajo lo realiza de buen humor la mayor parte del tiempo?

SI () NO ()

12.8 ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia en el trabajo?

SI () NO ()

DATOS OBJETIVOS

12.9 Estado Emocional

Inquieto () Tranquilo () Eufórico ()

Ansioso () Decepcionado de su trabajo ()

Irritable () Deprimido ()

12.10 ¿Expresiones de desesperanza e inutilidad?

SI () NO ()

¿Por qué? -----

XIII. NECESIDAD DE JUEGO Y RECREACION

DATOS SUBJETIVOS

13.1 ¿Dedica tiempo para realizar actividades deportivas, recreativas o de ocio?

SI (X) NO ()

Tipo _____

13.2 ¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre?

Leer	(X)	Actividades Lúdicas	()
Ver televisión	(X)	Actividades Culturales	()
Actividades Deportivas	(X)	Juegos de mesa	()
Cine	(X)	Teatro	()

13.3 ¿Las situaciones de estrés y emociones intensas le impiden realizar actividades recreativas y deportivas?

SI () NO (X)

De que modo _____

13.4 ¿Considera que el tiempo que usted dedica a la recreación es suficiente en proporción al tiempo y energía que dedica a su trabajo?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

13.5 ¿Conoce los lugares de recreación que tiene a su alcance en la comunidad?

SI (X) NO ()

13.6 ¿Cuenta con los recursos económicos para poder realizar actividades recreativas?

SI (X) NO ()

DATOS OBJETIVOS

13.7 Integridad del Sistema Neuro muscular

Elasticidad () Flexión () Extensión ()

XIV. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DATOS SUBJETIVOS

14.1 ¿Sabe escribir?

SI (X) NO ()

14.2 ¿Sabe leer?



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



SI (X) NO ()

14.3 ¿Le cuesta trabajo aprender?

SI () NO (X)

14.4 ¿Considera que su memoria es buena?

SI (X) NO ()

¿Por qué? _____

14.5 ¿Usted considera que necesita adquirir nuevos conocimientos?

SI (X) NO ()

¿Por qué? _____

14.6 ¿Conoce el motivo de su ingreso?

SI () NO ()

14.7 ¿Le gustaría aumentar sus conocimientos respecto a su salud? SI () NO ()

14.8 ¿De qué fuente adquiere sus conocimientos?

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

Radio () Cursos () Otros ()

¿Cuáles? _____

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

SI () NO ()

¿Cómo? _____

DATOS OBJETIVOS

14.9 Identifica alguna alteración en:

Vista () SI () NO ()

¿Cuál? _____

14.10 Oído () SI () NO ()

¿Cuál? _____

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

7.4.1 (memoria inmediata)

14.12 Dificultad para repetir Si () No ()

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

SI () NO ()

14.14 Recuerda con facilidad números telefónicos importantes (memoria reciente)

SI () NO ()

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

SI () NO ()

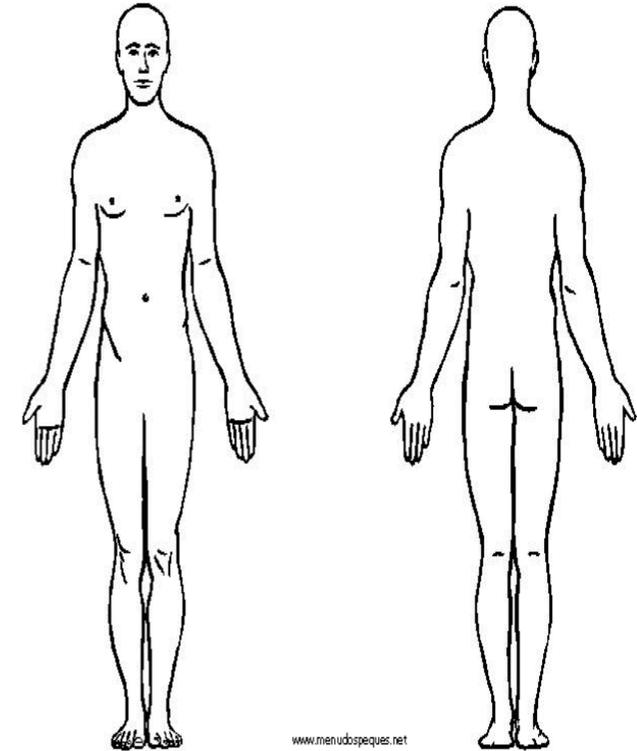
14.16 Manifiesta interés por aprender

SI () NO ()

14.17 Se muestra receptivo

SI () NO ()

14.18 Marque y explique los hallazgos detectados



OBSERVACIONES: _____



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



ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE



ANEXO: TRIPTICO INFORMATIVO PARA CURACIÓN DE HERIDA.

¿Cuándo debo recurrir con un especialista?

Presentese a urgencias si la herida presenta alguno de los siguientes datos de infección:

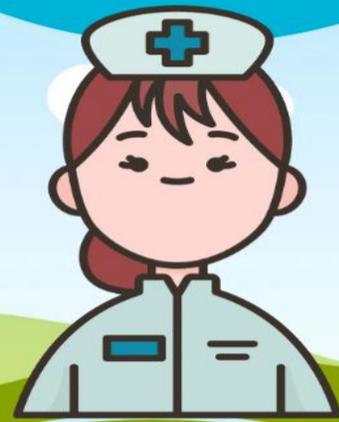
- Secrecion abundante
- Piel caliente al tacto
- Enrojecimiento
- Enrojecimiento alrededor de la herida
- Sangrado
- Fiebre
- Mal olor de la herida



Visítanos

- 5542-6501 AL 07
- info@hospitaldejesus.com.mx
- <https://www.hospitaldejesus.com.mx/index.php/escuela-de-enfermeria>
- 20 de Noviembre no. 82, Col. Centro C.P. 06090

Escuela de enfermería del Hospital de Jesus



¿COMO HACER LA CURACION DE UNA HERIDA?

Recomendaciones:

- Limpie la herida inicialmente.
- Use una presión efectiva para facilitar el arrastre de bacterias pero, sin capacidad para producir traumatismos en el tejido sano.
- No limpie la herida con antisépticos locales (povidona, clorhexidina, agua oxigenada, solución de hipoclorito) o limpiadores cutaneos.
- Secar perfectamente la herida, con el fin de evitar la humedad.
- Cubra con gasas esteriles y cambie cuando note exudado en la herida.



¿Que es una herida?

Se define la herida aguda como aquella que es causada generalmente por un traumatismo o por una intervención quirúrgica.

TU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD





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

