



**Mi Universidad**

**Nombre del Alumno: Solis Bonifaz Zurisadai**

**Nombre del tema: PAE**

**Nombre de la Materia: FUNDAMENTOS**

**Nombre del profesor: MARIA DEL CARMEN LOPEZ SILBA**

**Nombre de la Licenciatura: ENFERMERIA**

**Cuatrimestre: 3 SEMESTRE**

**CAUSAS:** Una alergia comienza cuando tu sistema inmunitario confunde una sustancia normalmente inofensiva con un invasor peligroso. El sistema inmunitario produce anticuerpos que permanecen alertas con respecto a ese alérgeno en particular. Cuando vuelves a estar expuesto al alérgeno, estos anticuerpos pueden liberar una cantidad de químicos del sistema inmunitario, como la histamina, que causan síntomas de alergia.

**SINTOMAS:** Los síntomas de la alergia, que dependen de la sustancia involucrada, pueden afectar las vías respiratorias, los senos y fosas nasales, la piel y el aparato digestivo. Las reacciones alérgicas pueden ir de leves a graves. En algunos casos graves, las alergias pueden desencadenar una reacción que puede poner en riesgo la vida, la cual se conoce como «anafilaxia».

La **fiebre del heno**, también llamada «rinitis alérgica», puede provocar:

- Estornudos
- Picazón en la nariz, en los ojos o el paladar
- Mocos, nariz congestionada
- Ojos llorosos, irritados o hinchados (conjuntivitis)



**CONSECUENCIAS:** Las alergias aparecen cuando el sistema inmunitario reacciona ante una sustancia extraña (como el polen, el veneno de abejas o la caspa de las mascotas) o un alimento que no provoca una reacción en la mayoría de las personas.

Tu sistema inmunitario produce sustancias conocidas como «anticuerpos». Cuando tienes alergias, tu sistema inmunitario produce anticuerpos que identifican a un alérgeno en particular como dañino, incluso si no lo es. Cuando entras en contacto con el alérgeno, la reacción de tu sistema inmunitario puede hacer que la piel, los senos paranasales, las vías respiratorias o el aparato digestivo se inflamen.

---

## FACTORES DE RIESGO

Es más probable tengas una alergia si ocurre lo siguiente:

- **Tienes antecedentes familiares de asma o alergias**, como rinitis alérgica (fiebre del heno), urticaria o eccema
- **Eres un niño**

- **Tienes asma** u otra afección alérgica
- 

## Alergia

### Factores de riesgo y detonantes



Factores de riesgo controlables:	Factores de riesgo no controlables:	Detonantes:
<ul style="list-style-type: none"><li>● Obesidad</li><li>● Tabaquismo</li><li>● Drogas de prescripción médica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Genética</li><li>● Ser hijo/a primogénito/a</li><li>● Sexo</li><li>● Falta de exposición a alérgenos comunes durante la infancia</li></ul>	Nueces, legumbres, productos lácteos, mariscos, huevos, polen, caspa de mascotas, polvo, heces de ácaros, penicilina.

**SheCares**

## COMPLICACIONES

Tener alergia aumenta el riesgo de padecer otros problemas médicos como los siguientes:

- **Anafilaxia.** Si tienes alergias graves, tienes un riesgo mayor de tener esta reacción grave inducida por la alergia. Los alimentos, los medicamentos y las picaduras de insectos son los detonantes más comunes de la anafilaxia.
- **Asma.** Si tienes alergia, tienes mayor probabilidad de tener asma, una reacción del sistema inmunitario que afecta las vías respiratorias y la respiración. En muchos casos, el asma se desencadena por la exposición a un alérgeno en el entorno (asma inducido por la alergia).
- **Sinusitis e infecciones de los oídos o pulmones.** El riesgo de contraer estas afecciones es mayor si tienes fiebre del heno o asma.

---

## PREVENCIÓN

La prevención de las reacciones alérgicas depende del tipo de alergia que tengas. Algunas medidas generales son las siguientes:

- **Evita los desencadenantes conocidos.** Aun si estás en tratamiento de los síntomas de la alergia, procura evitar los desencadenantes. Por ejemplo, si eres alérgico al polen, durante las épocas de mayor polinización, permanece en lugares cerrados, con las puertas y las ventanas cerradas. Si eres alérgico a los ácaros del polvo, limpia el polvo, pasa la aspiradora y lava la ropa de cama con frecuencia.
- **Lleva un diario.** Para tratar de identificar lo que origina o empeora los síntomas de alergia, lleva un registro de tus actividades y tus comidas, de los momentos en que se presentan los síntomas y de las medidas que parecen aliviarlos. Esto puede ayudarlos a ti y al proveedor de atención médica a identificar los desencadenantes.
- **Usa un brazalete de alerta médica.** Si tuviste alguna reacción alérgica grave, un brazalete (o collar) de alerta médica sirve para advertir a los demás que sufres una alergia grave, en el caso de que tengas una reacción que te impida comunicarte.

## VALORACION:

Para valorar si tienes alguna alergia, es probable que el proveedor de atención médica haga lo siguiente:

- Te haga preguntas detalladas sobre los signos y síntomas.
- Te haga una exploración física.
- Te pida que lleves un registro detallado de los síntomas y los posibles factores desencadenantes.

Si tienes una alergia alimentaria, es probable que el proveedor de atención médica haga lo siguiente:

- Te pida que lleves un registro detallado de los alimentos que consumes.
- Te pregunte si dejaste de comer el alimento del que se sospecha que ocasiona tus síntomas durante la evaluación de la alergia.

El proveedor de atención médica también puede recomendar una o ambas de las siguientes pruebas. Sin embargo, ten en cuenta que estas pruebas para la detección de alergias pueden arrojar resultados falsos positivos o falsos negativos.

- **Prueba cutánea.** Se te punzará la piel con pequeñas cantidades de las proteínas que se encuentran en alérgenos comunes. Si eres alérgico, probablemente se te formará un bulto elevado (roncha) en el lugar de la piel donde se hizo la prueba.
- **Análisis de sangre.** El análisis de sangre de inmunoglobulina E específica, comúnmente llamado “prueba de radioalergoadsorción” o “ImmunoCAP”, mide la cantidad de anticuerpos que provocan alergias, conocidos como “anticuerpos de inmunoglobulina E”, que se encuentran en el torrente sanguíneo. Se envía una muestra de sangre a un laboratorio médico, donde se podrá evaluar si hay indicios de sensibilidad a posibles alérgenos.

---

## Tratamiento

Los tratamientos para las alergias incluyen los siguientes:

- **Evitación de la exposición a alérgenos.** El proveedor de atención médica te ayudará a tomar medidas para identificar y evitar los factores desencadenantes de la alergia. En general, este es el paso más importante para prevenir las reacciones alérgicas y disminuir los síntomas.
- **Medicamentos.** Según el tipo de alergia, los medicamentos pueden ayudar a reducir la reacción del sistema inmunitario y aliviar los síntomas. El proveedor de atención médica puede sugerir medicamentos de venta libre o con receta (en forma de pastilla o líquido), atomizadores nasales o gotas para los ojos.
- **Inmunoterapia.** Para las alergias graves o que no se alivian por completo con otro tratamiento, el proveedor de atención médica puede recomendar la inmunoterapia con alérgenos. Este tratamiento consiste en una serie de inyecciones de extractos de alérgenos purificados, que generalmente se administran en un período de pocos años.

Otro tipo de inmunoterapia viene en forma de comprimido que se coloca debajo de la lengua (sublingual) hasta que se disuelve. Los medicamentos sublinguales se usan para tratar algunas alergias al polen.

- **Epinefrina de emergencia.** Si tienes una alergia grave, es posible que debas llevar contigo una inyección de epinefrina de emergencia en todo momento. Para reacciones alérgicas graves, una inyección de epinefrina (Auvi-Q, EpiPen u otros) reduce los síntomas mientras esperas el tratamiento de emergencia.

I. HISTORIA DE ENFERMERÍA (Datos subjetivos): Fecha: 21/03/24 Hora: 11:25hrs Datos básicos de ingreso: Nombre: (siglas) z.s.s.b Edad: 20 Fecha de nacimiento: 31/05/2003 Sexo: F Persona para contactar (siglas): R.J.S.R Procedente de (lugar de origen): FRAC. TENAM Reside en (ciudad): \_\_\_\_\_ Domicilio (señalar geográficamente el punto) \_\_\_\_\_ Vive Solo: \_\_\_\_\_ Con familia: \_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_ Persona para contactar: \_\_\_\_\_ Llegada por su propio pie: si no, motivo de hospitalización y/o solicitud de atención: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso previo al hospital \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ Antecedentes Personales: Patológicos y tratamientos recibidos (desde su infancia tanto médicos y/o quirúrgicos indicados)

\_\_\_\_\_ No patológicos como: (Inmunizaciones, acontecimientos de importancia del nacimiento y/o su crecimiento)

\_\_\_\_\_ Heredo familiares: de los padres, hermanos, abuelos, (sobre todo enfermedades padecidas y/o causas de defunción o relacionados con el motivo de su hospitalización o solicitud de atención de enfermería y especificar edades si hay defunciones)

\_\_\_\_\_ 3 Instrucciones: colocar en las líneas una X de acuerdo a los datos que se encuentren presentes en la valoración. Ampliar o describir en aquellos que requieren especificar. Patrones de Salud: 1. Patrón de Mantenimiento y Percepción de la Salud • Historia de su salud: Sano \_\_\_\_\_ regular \_\_\_\_\_ enfermizo \_\_\_\_\_ (especifique): \_\_\_\_\_ Cómo la percibe en éste momento: bien \_\_\_\_\_ regular \_\_\_\_\_ mal \_\_\_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ • Hábitos de cuidado bucodental: 3 veces al día \_\_\_\_\_ 2 o menos \_\_\_\_\_ nunca \_\_\_\_\_ • Hábitos de higiene general: baño diario \_\_\_\_\_ cada tercer día \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_ • Cambio de ropa al bañarse \_\_\_\_\_ cambio de ropa sin baño \_\_\_\_\_ Lavado de manos: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ a veces \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ • Ha consumido tabaco alguna vez en su vida: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Fuma actualmente: : No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Tiempo de consumo: \_\_\_\_\_ Cantidad (número de cigarrillos) al día: \_\_\_\_\_ a la semana \_\_\_\_\_, al mes \_\_\_\_\_ Lo dejo (fecha) \_\_\_\_\_ • Ha consumido bebidas con contenido alcohólico alguna vez en su vida: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Consume alcohol actualmente: : No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Tiempo de consumo: \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ cantidad al día, \_\_\_\_\_ a la semana \_\_\_\_\_, al mes \_\_\_\_\_ Lo dejo (fecha) \_\_\_\_\_ • Ha utilizado drogas alguna vez en la vida: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Consume drogas actualmente : No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Tiempo de consumo: \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ cantidad al día \_\_\_\_\_ a la semana \_\_\_\_\_, al mes \_\_\_\_\_ Lo dejo (fecha) \_\_\_\_\_ • Presencia de alergias: : No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ especifique la causa: \_\_\_\_\_ tipo de reacción: \_\_\_\_\_ • Asistencia a revisión médica (aunque no se sienta enfermo): Sí \_\_\_\_\_ periodicidad \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ especifique motivos:



\_\_\_\_\_ • Revisión dental: Sí \_\_\_\_\_  
periodicidad \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ especifique motivos: \_\_\_\_\_ • Realización de  
ejercicio: : No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique tipo y horas a la semana) \_\_\_\_\_ • Tratamientos  
que ha utilizado: médicos \_\_\_\_\_ remedios caseros \_\_\_\_\_ Otro  
(especifique): \_\_\_\_\_ Actualmente utiliza alguno de estos  
(especifique): \_\_\_\_\_ • Conoce la causa de su hospitalización: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ (especifique  
cuál) \_\_\_\_\_ • Concluye con el tratamiento y/o recomendaciones médicas o de  
enfermería prescritas: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Motivos: \_\_\_\_\_  
\_ Condiciones de la Vivienda • Material de construcción: concreto \_\_\_\_\_ lámina \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_  
(especifique): \_\_\_\_\_ Usos (especifique)

\_\_\_\_\_ • Ventilación  
natural \_\_\_\_\_ artificial \_\_\_\_\_ No. de habitaciones \_\_\_\_\_ • Iluminación: natural \_\_\_\_\_ artificial \_\_\_\_\_  
otros (especifique) \_\_\_\_\_ • Mobiliario acorde a las necesidades  
básicas. Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_ • Disposición de excretas en  
vivienda. Sanitario a drenaje \_\_\_\_\_ fosa séptica \_\_\_\_\_ letrina \_\_\_\_\_ pozo negro \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_ •  
Ubicación del sanitario: afuera de vivienda No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_, distancia de la toma de agua o de la  
vivienda \_\_\_\_\_ mts. • Aseo diario de la vivienda: : No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique  
frecuencia) \_\_\_\_\_ • Presencia de vectores (moscas, cucarachas, roedores,  
etc.): No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_ • Medidas de control de vectores: No \_\_\_\_\_  
Sí \_\_\_\_\_ (especifique método y frecuencia)

\_\_\_\_\_ • Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_  
(especifique) \_\_\_\_\_ 4 2. Patrón Nutricional Metabólico. • Uso de complementos o  
suplementos alimenticios (especifique) \_\_\_\_\_, número de comidas al día \_\_\_\_\_,  
menú día típico: (especificar tipo y cantidad): Desayuno hora: \_\_\_\_\_ Comida hora: \_\_\_\_\_ Cena  
hora: \_\_\_\_\_ Entre Horas • Alimentos que  
desagradan: \_\_\_\_\_ • Ingesta de  
líquidos al día (especificar tipo y cantidad) \_\_\_\_\_ • Apetito:  
normal \_\_\_\_\_ aumentado \_\_\_\_\_ disminuido \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ •  
Presencia de: náuseas \_\_\_\_\_ vómitos \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_  
• Variaciones de peso en los últimos 6 meses: ninguno \_\_\_\_\_ aumentó \_\_\_\_\_ disminuyó  
\_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ kg. ¿A qué lo atribuye? \_\_\_\_\_ • Dificultades para la  
deglución: ninguna \_\_\_\_\_ a sólidos \_\_\_\_\_ a líquidos \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ • Problemas en la  
piel y/o en la cicatrización: ninguno \_\_\_\_\_ anormal \_\_\_\_\_ (exantemas, sequedad, exceso de  
transpiración, etc.) especifique \_\_\_\_\_ • Cuero  
cabelludo y cabello, cambios: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ • En  
uñas cambios: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ •  
Referencia de dolor abdominal: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ presencia de agruras \_\_\_\_\_ distensión \_\_\_\_\_ otras  
(especifique) \_\_\_\_\_ 3. Patrón de Eliminación • Hábitos de evacuación intestinal:  
frecuencia al día \_\_\_\_\_ fecha de última defecación \_\_\_\_\_ Describa  
características \_\_\_\_\_ utiliza algún apoyo (especificar) \_\_\_\_\_ •  
Presencia de estreñimiento \_\_\_\_\_ diarrea \_\_\_\_\_ hemorroides \_\_\_\_\_ sangrado \_\_\_\_\_  
Incontinencia \_\_\_\_\_ flatulencia \_\_\_\_\_ ostomías: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ •  
Hábitos de evacuación urinaria: Frecuencia aproximada al día: \_\_\_\_\_ Describa  
características \_\_\_\_\_ catéter urinario: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Fecha de instalación: \_\_\_\_\_  
Refiere presencia de distensión vesical \_\_\_\_\_ dolor \_\_\_\_\_ ardor \_\_\_\_\_ prurito \_\_\_\_\_

retención\_\_\_ incontinencia\_\_\_ incontinencia al esfuerzo \_\_\_\_\_ urgencia diurna\_\_\_\_\_  
urgencia nocturna\_\_\_\_\_ fuerza y/o cambios en la continuidad de la emisión: : No \_\_\_ Si \_\_\_  
especifique:\_\_\_\_\_ ostomías: No \_\_\_ Si \_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ Motivo:\_\_\_\_\_ •

Referencia de sudoración habitual y/o cambios en ella: Si \_\_\_ No \_\_\_ especifique

\_\_\_\_\_ 4. Patrón de Actividad y Ejercicio • Referencia de cambios en función  
cardíaca al realizar actividades cotidianas: No \_\_\_ Si \_\_\_ especificar (palpitaciones, lipotimias,  
necesidad de detener la acción que realiza):

\_\_\_\_\_ •  
Presencia de marcapaso: No \_\_\_ Si \_\_\_ Fecha de instalación:\_\_\_\_\_ • Ha sentido cambios  
en patrón respiratorio: No \_\_\_ Si \_\_\_ especificar (fatiga, disnea al caminar, al comer, al subir  
escalera, al estar acostado, y a qué distancia)\_\_\_\_\_ 5 •

Referencia de cambios en estado vascular periférico: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique (distensión  
venosa yugular, equimosis, hematomas, varicosidades, red venosa alterada, parestesias, edema de  
miembros inferiores,  
etc.)\_\_\_\_\_ • Referencia de

cambios neuromusculares: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique (calambres, disminución de la sensibilidad,  
dolor, limitación del movimiento, antecedentes de fracturas,  
etc.)\_\_\_\_\_

• Dificultad para movilizarse: No \_\_\_ Si \_\_\_

especifique \_\_\_\_\_ • Que actividades realiza en los tiempos  
libres: recreativas \_\_\_ domésticas \_\_\_ especificar (salida, paseo, ver televisión,  
etc.)\_\_\_\_\_ • ESCALA PARA

VALORAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL: Valorar capacidad funcional para la realización de  
actividades de autocuidado con los siguientes valores que al ser detectados marcará con una X en  
la casilla que corresponda: 0 = Independiente 1 = Con aparato auxiliar 2 = Ayuda de otros 3 =

Ayuda de otros y equipo 4 = Dependiente/incapacitado 5. Patrón de Sueño y Descanso • Hábito:  
Número de horas de sueño nocturno \_\_\_ horario de sueño \_\_\_\_\_ Siesta: No \_\_\_ Si \_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_ especifique tiempo \_\_\_\_\_ Apoyo y/o rutina para dormir (medicamentos,  
música, luz, etc.) especifique \_\_\_\_\_ • Calidad del  
sueño: dificultad para conciliar el sueño No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ sueño  
interrumpido No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ Se siente descansado al iniciar el

día: si \_\_\_ no \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ • Referencia de cambios de humor(en relación al  
sueño) \_\_\_ bostezos \_\_\_ ojeras \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ 6.

Patrón Cognitivo-Perceptivo • Dificultad para oír: no \_\_\_ si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_  
presencia de zumbidos no \_\_\_ si \_\_\_ Vértigo: no \_\_\_ si \_\_\_ dolor No \_\_\_ Sí \_\_\_ ¿a que se lo  
atribuye? \_\_\_\_\_ auxiliares auditivos \_\_\_\_\_ (especifique oído derecho o izquierdo Y  
tiempo de uso)\_\_\_\_\_ • Dificultad para ver no \_\_\_ si \_\_\_ ceguera

no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ prótesis no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ Auxiliares  
externos no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ (especifique tipo y derecho - izquierdo) \_\_\_\_\_  
última revisión \_\_\_\_\_ tiempo de uso \_\_\_\_\_ • Problemas para distinguir olores  
no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 Baño/Higiene

Comer/beber Vestirse/arreglarse Evacuación Intestinal Vesical Caminar Limpieza/Arreglo del hogar  
Ir de compras Cocinar Subir escaleras Movilizarse en cama Trabajar 6 • Tiene dificultad al

identificar los sabores (salado, agrio, amargo y dulce) no \_\_\_ si \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ • Algún  
cambio en su memoria: no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ • Algún cambio

en su concentración: no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ • Algún cambio en

la orientación: no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ • Lenguaje hablado:

cambios en el tono de la voz no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_, cambios en la fluidez en el discurso: no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ • Cambios en la sensibilidad (al tacto, frío, calor y/o dolor) Sí \_\_\_ No \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ • Manera de aprender (leyendo, escuchando, con dibujos, etc.) especificar \_\_\_\_\_ Nota: Sí se observa desorientado: reporte y considere "riesgos de lesiones o accidentes" 7. Patrón Autopercepción y Concepto de sí Mismo • Descripción como persona: alegre \_\_\_ seria \_\_\_ temerosa \_\_\_ optimista \_\_\_ irritable \_\_\_ Otros (especificar) \_\_\_\_\_ • Como percibe su imagen corporal: positiva \_\_\_ negativa \_\_\_ en ambos casos especifique \_\_\_\_\_ • Conformidad con lo que es: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ • Pérdida de interés por las cosas: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ • Dificultad para tomar decisiones: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ • Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ • Pérdidas y/o cambios importantes en el último año: Sí \_\_\_ No \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

- Ha experimentado períodos de: desmotivación \_\_\_ apatía \_\_\_ depresión \_\_\_ adinamia \_\_\_ Ninguno de los anteriores \_\_\_ especifique tiempo y describa la situación: \_\_\_\_\_
- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión: No \_\_\_ Si \_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_
- Qué le ayudaría a sentirse mejor en éste momento (especifique) \_\_\_\_\_

8. Patrón de Rol-relaciones • Estado civil: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Profesión y/u ocupación \_\_\_\_\_ situación actual: estudiante \_\_\_ empleado \_\_\_ desempleado \_\_\_ incapacidad \_\_\_ pensionado \_\_\_ jubilado \_\_\_ empleos temporales \_\_\_\_\_ • Sistema de apoyo: cónyuge \_\_\_ familia \_\_\_ vive solo \_\_\_ vecinos \_\_\_ amigos \_\_\_ • Conformación de Familia que vive en el hogar: No. de miembros \_\_\_\_\_ Describir de mayor a menor, incluyendo al usuario Nombre (iniciales) Parentesco Edad Sexo Ocupación • Como considera la relación familiar: especifique \_\_\_\_\_ • Existe vínculo estrecho con algún miembro de su familia o persona externa a esta: (especifique) \_\_\_\_\_ • Papel que desempeña en la familia: dependiente \_\_\_ proveedor \_\_\_ cuidador principal \_\_\_ • Algún problema por el papel que desempeña No \_\_\_ Si \_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_ ingreso económico mensual aproximado \_\_\_\_\_ 7 • Idioma/dialecto (especifique) \_\_\_\_\_ Dificultad para comunicarse: No \_\_\_ Si \_\_\_ (especifique con quién, y a qué lo atribuye) \_\_\_\_\_ • Pertenece algún grupo, asociación, club, etc. No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ • Referencia de amistad con vecinos: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

9. Patrón de Sexualidad-Reproducción • Tiene pareja sexual actualmente: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ IVSA (edad): \_\_\_ • Expresa algún cambio en las respuestas sexuales: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ • Menarquia (edad) \_\_\_\_\_ ciclo menstrual: regular \_\_\_ irregular \_\_\_ Duración y periodicidad \_\_\_\_\_ • Gesta \_\_\_ Partos \_\_\_ Abortos \_\_\_ Cesáreas \_\_\_ Embarazada actualmente No \_\_\_ Sí \_\_\_ especifique tiempo de embarazo y fecha probable de parto \_\_\_\_\_ • Satisfecho con el número de hijos procreados: Sí \_\_\_ No \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ No aplica \_\_\_\_\_

- Prácticas de autoexamen mamario mensual: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ • Mamografías: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ fecha de la última \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_ No aplica \_\_\_\_\_
- Examen cérvico-vaginal/prostático anual: Sí \_\_\_

No \_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ fecha del último \_\_\_ Resultados  
\_\_\_\_\_ • Examen Testicular mensual: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
Motivo: \_\_\_\_\_ fecha del último y  
resultados \_\_\_\_\_ No aplica \_\_\_ • Presencia de flujos: No \_\_\_ Sí \_\_\_ características  
(color, olor, cantidad, etc.) \_\_\_\_\_ • Menopausia \_\_\_ Andropausia \_\_\_ •  
Prácticas de sexo seguro: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especifique uso de condón, una sola pareja, abstinencia  
total) \_\_\_\_\_ Uso de algún método de planificación familiar: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
especificar \_\_\_\_\_ 10. Patrón de Afrontamiento-Tolerancia al Estrés • Preocupaciones  
fundamentales en relación a: hospitalización y/o enfermedad \_\_\_ económicas \_\_\_ de autocuidado \_\_\_  
de empleo \_\_\_ imagen corporal \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ • Formas en  
las que expresa el estrés: llanto \_\_\_ ira \_\_\_ molestias físicas \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ • Acciones que  
realiza para controlar el estrés o la ira: beber alcohol \_\_\_ fumar \_\_\_ comer \_\_\_ beber café \_\_\_  
leer \_\_\_ medicamentos \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ • Frecuencia con  
la que presenta estas respuestas al estrés: 1-2 veces al mes \_\_\_ 1-2 veces a la semana \_\_\_  
diariamente \_\_\_ Especifique a que lo atribuye: \_\_\_\_\_ 11. Patrón  
de Valores y Creencias • Prácticas de alguna religión: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar  
cuál) \_\_\_\_\_ • Existen restricciones por parte de su religión para  
seguir indicaciones médicas y/o de enfermería: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
cuáles \_\_\_\_\_ • ¿Tiene algún sistema de creencias  
que le proporcionen consuelo y fuerza? Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar  
cuál) \_\_\_\_\_ • ¿Qué es lo que le da sentido a su vida?  
Especificar \_\_\_\_\_ Esto ha cambiado desde que está  
enfermo \_\_\_\_\_ • Siente preocupación acerca de morir Sí \_\_\_ No \_\_\_  
especifique \_\_\_\_\_ • Solicitud de ayuda para cumplir con su religión  
dentro del hospital/domicilio: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar cuál) \_\_\_\_\_ • Valores morales  
más importantes (describa lo que considera más valioso en su vida) \_\_\_\_\_ 8 II.  
EXAMEN FÍSICO (datos objetivos) Aspecto General • Edad aparente: igual \_\_\_ mayor \_\_\_ menor \_\_\_ a la  
cronológica ( ) años, complexión física: robusta \_\_\_ media \_\_\_ delgada \_\_\_; estatura: alta \_\_\_ media \_\_\_  
baja \_\_\_; aliñado: Si \_\_\_ No \_\_\_; Facies: dolor \_\_\_ angustia \_\_\_ aprensión \_\_\_ relajada \_\_\_ (otra,  
describa) \_\_\_\_\_; tes: morena \_\_\_ morena clara \_\_\_ clara \_\_\_ , orientado en tiempo, lugar, persona: si \_\_\_  
no \_\_\_ actitud hacia la enfermedad,  
especifique \_\_\_\_\_ • Estado de ánimo: decaído \_\_\_  
irritable \_\_\_ euforia \_\_\_ indiferente \_\_\_ (describa) \_\_\_\_\_ • Estado de conciencia:  
alerta \_\_\_ obnubilación \_\_\_ somnolencia \_\_\_ inconsciencia \_\_\_ Responde a preguntas  
(colaborador) Sí \_\_\_ No \_\_\_ Postura adoptada: Libre \_\_\_ erguida \_\_\_ semi erguida \_\_\_ movimiento  
repetitivos \_\_\_\_\_ Otros (especifique) \_\_\_\_\_ 1. Patrón Nutricional Metabólico • Tipo de dieta  
actual durante la estancia hospitalaria \_\_\_\_\_ ayuno: No \_\_\_ Sí \_\_\_ No. de días \_\_\_\_\_  
motivo \_\_\_\_\_ Temperatura corporal \_\_\_\_\_ °C. Peso \_\_\_ kg. talla \_\_\_ IMC  
\_\_\_\_\_ • Piel (características): \_\_\_\_\_ presencia de heridas  
Qx. \_\_\_\_\_ (describir características) presencia de drenes No \_\_\_ Sí \_\_\_ (especificar tipo y  
condiciones de la piel circundante) \_\_\_\_\_ sondas \_\_\_\_\_ (especificar tipo y condiciones  
de la piel circundante) \_\_\_\_\_ otro tipo de lesiones  
(especificar) \_\_\_\_\_ características \_\_\_\_\_ estado de uñas \_\_\_\_\_  
Mucosas \_\_\_\_\_ Edema (áreas): Si \_\_\_ No \_\_\_ Godette: NO \_\_\_ Sí (señalar sitio y  
profundidad) \_\_\_\_\_ • Cabeza: Forma \_\_\_\_\_, tamaño \_\_\_\_\_, Simetría Sí \_\_\_ No \_\_\_ , cuero  
cabelludo: Color \_\_\_\_\_ hidratación Si \_\_\_ No \_\_\_ prurito Sí \_\_\_ No \_\_\_ cicatrices sí \_\_\_ no \_\_\_  
zonas dolorosas no \_\_\_ Sí \_\_\_ • Cabello: cantidad, implantación, color, textura (especificar si

hay alteraciones; protuberancias, hundimiento, heridas, escasez, desprendimiento etc.) \_\_\_\_\_ • Cara: Piel (describir características) \_\_\_\_\_ simetría Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ lesiones No \_\_\_ Sí \_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ (par craneal V y VII) • Labios: forma \_\_\_ tamaño \_\_\_ Mucosa bucofaríngea íntegra Sí \_\_\_ No \_\_\_ color \_\_\_ lesiones No \_\_\_ Sí \_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ hidratación Sí \_\_\_ No \_\_\_ reflejo nauseoso (par craneal X) No \_\_\_ Sí \_\_\_ obstrucción \_\_\_ presencia de cánulas, mascarillas, sondas (especificar) \_\_\_\_\_ disfagia (par craneal XII) \_\_\_ Piezas dentarias. Número \_\_\_\_\_ integridad Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar piezas, sitio y tipo de alteración) \_\_\_\_\_ Higiene adecuada: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar presencia de detritus, halitosis, etc.) \_\_\_\_\_ caries \_\_\_ sarro \_\_\_ placa dentobacteriana \_\_\_ • Cuello: Estado de la piel (características): \_\_\_\_\_ Masas: Sí \_\_\_ No \_\_\_ dolor: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Desarrollo Muscular \_\_\_\_\_ (par craneal XI) • Abdomen: forma plano \_\_\_ globoso \_\_\_ excavado \_\_\_ circunferencia abdominal \_\_\_ cm Simetría: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Masas: Sí \_\_\_ No \_\_\_ dolor: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Distensión: Sí \_\_\_ No \_\_\_ presencia de visceromegalia, ostomías, etc.) \_\_\_\_\_ Hallazgos a la percusión (especificar) \_\_\_\_\_ Ruidos peristálticos: Presentes \_\_\_\_\_ ausentes \_\_\_\_\_ disminuidos \_\_\_ aumentados \_\_\_ • Ingreso de líquidos en 24 horas. (especificar cantidad y vía) \_\_\_\_\_ Nota: Algunos datos podrán ser recolectados en valoración subsecuente y/o a partir de patrones que impliquen procesos vitales mientras se estabiliza la condición del usuario, así como la valoración de perímetros y para comparar valores normales consultar tabla de autores mexicanos y etapa de crecimiento. fóvea + ++ +++ profundidad 2mm 3mm 4mm 9 2. Patrón de Eliminación • Intestinal: frecuencia de defecaciones en 24 hrs \_\_\_\_\_ derivaciones intestinales No \_\_\_ Sí \_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ características de las heces: normales Sí \_\_\_ No \_\_\_ (describir duras, semilíquidas, líquidas, con sangre, parásitos, cantidad, semipastosas, con dolor, etc., utilizar escala de Bristol) \_\_\_\_\_ Región perianal: íntegra \_\_\_ con lesiones \_\_\_ (describir hemorroides, fisuras) \_\_\_\_\_ • Urinario: orina frecuencia al día \_\_\_ características normales Sí \_\_\_ No \_\_\_ (describir; cantidad, sangre, color, turbiedad, fuerza y continuidad en la emisión) \_\_\_\_\_ derivaciones vesicales \_\_\_\_\_ Región Perineal: íntegra \_\_\_ con lesiones \_\_\_ (describir) \_\_\_\_\_ • Presencia de sondas u otros dispositivos: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (describir tipo y estado de la región) \_\_\_\_\_ • Sudoración: alteraciones Sí \_\_\_ No \_\_\_ (describir tipo de alteración y sitios) \_\_\_\_\_ • Egresos de líquidos (por turno o 24 hrs. considerando todas las vías) \_\_\_\_\_; pérdidas insensibles \_\_\_\_\_ Nota: Especificar balance en caso de diálisis \_\_\_\_\_ 3. Patrón Cognitivo-Perceptivo • Pares craneales II, III, IV y V. Simetría de ojos Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ integridad de párpados Sí \_\_\_ No \_\_\_ Conductos lagrimales permeables: Sí \_\_\_ No \_\_\_ sensibilidad de córnea Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ pupilas: Tamaño \_\_\_\_\_ mm, reacción a la luz \_\_\_ a la acomodación \_\_\_ en ambos ojos \_\_\_ asimetría \_\_\_ Ceguera total \_\_\_ lesiones \_\_\_ (especificar si es en un ojo o en ambos). Agudeza visual con carta de Snellen a 6 mts. de distancia: (mencione cifras) ojo derecho \_\_\_ ojo izquierdo \_\_\_ ambos ojos \_\_\_ • Oído externo: Pabellón auricular, simetría \_\_\_\_\_ implantación \_\_\_ integridad \_\_\_\_\_ forma, proporción \_\_\_ alteraciones (especificar) \_\_\_\_\_ hiperemia, \_\_\_\_\_. Conducto auditivo (resultados de otoscopia): forma \_\_\_ tamaño \_\_\_ mucosa \_\_\_\_\_ presencia de vellosidades Sí \_\_\_ No \_\_\_ cerumen (color, cantidad, consistencia) \_\_\_\_\_ Obstrucción \_\_\_ tímpano (describir, características) \_\_\_\_\_. Par craneal VIII: audición intacta Sí \_\_\_ No \_\_\_ técnica: susurro \_\_\_ tic, tac \_\_\_ roce de dedos \_\_\_ (especificar distancia) \_\_\_\_\_ prueba de rinne

weber (uso diapason) describir resultados, \_\_\_\_\_ • Describir tipo, tamaño, volumen (proporción) de nariz \_\_\_\_\_ rinoscopia: (especifica color, hidratación integridad de mucosa nasal) \_\_\_\_\_ alineación de tabique nasal Sí \_\_\_ No \_\_\_ senos paranasales (técnica de transluminación), \_\_\_\_\_ presencia de secreciones \_\_\_ dolor \_\_\_ Par craneal I: Olfato intacto a la prueba del olor y reflejo de estornudo (jabón, café, tabaco y pluma de algodón) Sí \_\_\_ No \_\_\_ alteración (especificar \_\_\_\_\_) • Par craneal IX y X: gusto: percepción de sabores básicos: ácido, agrio, salado, dulce (describir resultados) \_\_\_\_\_ Tacto: sin alteración a la prueba de sensibilidad Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ • Prueba de tolerancia al dolor: describir sitio, tipo, estimar intensidad con escala analógica 0-10: (0 = tolerable, 10 = intolerable) \_\_\_\_\_ • Memoria: intacta \_\_\_ alterada \_\_\_ especifique (hechos remotos, recientes, etc.) \_\_\_\_\_ • Orientación: Intacta \_\_\_ alterada \_\_\_ especifique (tiempo, lugar, persona) \_\_\_\_\_ • Escala de Glasgow: (describe la puntuación identificada) \_\_\_\_\_, no aplica \_\_\_\_\_ • Nivel de sedación: escala de Ramsay (describe la puntuación identificada) \_\_\_\_\_, no aplica \_\_\_\_\_ 4. Patrón Actividad – Ejercicio • Tórax: forma \_\_\_\_\_ volumen \_\_\_\_\_ simetría \_\_\_\_\_ relación diámetros anteroposterior y transversal: alterado \_\_\_ normal \_\_\_ estado respiratorio: tipo de respiración 10 (especifique) \_\_\_\_\_ Frecuencia respiratoria \_\_\_ X' ritmo \_\_\_\_\_ amplitud \_\_\_\_\_ Movimientos respiratorios: Expansión torácica: (describir simetría, frémito) \_\_\_\_\_ • Auscultación de campos pulmonares: ruidos respiratorios presentes (ruidos traqueales, vesiculares, broncovesiculares) normales. \_\_\_\_\_ anormales \_\_\_\_\_ (sibilancias, estertores, estridor, roncus, otros) \_\_\_\_\_ Tos: Sí \_\_\_ No \_\_\_ especificar características \_\_\_\_\_ características de esputo \_\_\_\_\_ • Presencia de apoyo ventilatorio: No \_\_\_ Si \_\_\_ (especificar tipo y parámetros) \_\_\_\_\_ oxígeno suplementario (Especificar tipo y dosis) \_\_\_\_\_ SO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ % presencia de traqueostomía Si \_\_\_ No \_\_\_ signos de insuficiencia respiratoria: disociación toracoabdominal \_\_\_ aleteo nasal \_\_\_ disnea \_\_\_ cianosis \_\_\_ tirios intercostales \_\_\_ retracción xifoidea \_\_\_ • Medición signos vitales: Método invasivo \_\_\_ no invasivo \_\_\_ Frecuencia cardíaca \_\_\_\_\_, pulso (describir características) \_\_\_\_\_ Tensión arterial \_\_\_\_\_ mm/hg PVC \_\_\_\_\_ • Ruidos cardíacos. Calidad: Claros y bien diferenciados \_\_\_ Apagados y difusos \_\_\_ Soplos \_\_\_\_\_ Frecuencia: Igual al periférico Sí \_\_\_ No \_\_\_ Ritmo: Regular y uniforme Sí \_\_\_ No \_\_\_ • Estado vascular periférico: pulsos: (describir ritmo, frecuencia comparada con su homólogo) \_\_\_\_\_ varicosidades Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar región, extensión, coloración y temperatura local) \_\_\_\_\_ Llenado capilar \_\_\_\_\_ (