



NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

Proceso de enfermería.

ELABORADO POR:

Hiromi Montserrat Romero Lopez.

MATERIA:

Fundamentos de enfermería 1

PROFESORA:

Lic. Daniela Calcáneo.

Villahermosa Tab. 23/09/2024



## HISTORIA CLINICA.

### DATOS PERSONALES.

Numero de Historia. 01.

DNI: 1793550112.

Apellido: Soberano Gil.

Nombre: Anahí.

Edad: 24 años. Sexo: F.

Ocupación: Emprendedor.

Fecha de nacimiento: 18/09/2000.

N. de teléfono: 9321082720.

Estado civil: En relación.

Nacionalidad: Mexicana.

Residencia actual: Juárez Chiapas.

Grado de instrucción: Universidad.

### MOTIVOS DE CONSULTA/INTERNACION:

Dolor abdominal, vómitos, náuseas, dolor agudo y diagnóstico de Cálculos biliares.

### VALORACION Y DIAGNOSTICO.

Paciente, sexo femenino de 24 años de edad, ASG diagnosticada por motivos de Cálculos Biliares, maneja un historial de salud enfermizo provocado por el cálculo biliar presentando dolor agudo, diagnosticada hace 6 meses por lo cual lleva



tratamiento con ketorolaco de 30mg sublingual, presenta síntomas de vómitos y náuseas por ingesta de alimentos grasos.

#### ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL.

El paciente relata que hace 6 meses, comenzó una molestia en el abdomen y en la espalda baja, de mayor intensidad (10/10), que duró alrededor de 3 horas, por el cual se internó para poder aliviar el dolor.

#### ENFERMEDAD.

Paciente con dolor en la vesícula, diagnosticado con Cálculos Biliares, padece de dolor fuerte en el abdomen y agruras.

#### ANTECEDENTES PERSONALES.

Enfermedades patológicas: Ninguna.

No patológicas: Ninguna.

Hereditario familiar: Ninguna.

#### MANTENIMIENTO Y PERCEPCION DE LA SALUD.

Historia de salud enfermiza, teniendo ratos de dolores agudos.

Cuidado bucodental 3 veces al día.

Higiene general diario.

Realización de ejercicio 10hrs de gimnasio.



#### HABITOS TOXICOS.

Tabaco: Si, 4 años de consumo, actualmente no consume desde oct/2022.

Alcohol: Si, 3 años de consumo, actualmente no consume desde enero/2022.

Drogas: Si, THC (Marihuana) durante 2 meses, actualmente no consume desde julio/2022.

Alergias: ningunas.

#### CONDICIONES DE VIVIENDA.

El paciente cuenta con una casa propia de concreto de dos plantas, color roja con buena ventilación e iluminación, cuenta con el mobiliario necesario, disposición de sanitario a drenaje con una toma de agua con 3 metros de la vivienda. Cuenta con servicios de luz eléctrica, agua, convivencia con animales domésticos, gatos y perros, tiene buenas condiciones de higiene, vive con familiares padres y hermanos, 7 miembros.

Reside en Juárez Chiapas, Av. boulevard Benito Juárez.

#### PATRON NUTRICIONAL METABOLICO.

El paciente no usa ningún método de complementos o suplementos alimenticios, maneja 2 comidas al día de cantidades medias, cuenta con un menú de horarios de 9:00 a 10:00 AM y de 3:00 a 3:30 PM, ingiere 2 litros de agua al día, tiene un apetito normal aunque en ciertas ocasiones presencia náuseas y vómitos, debido al cálculo biliar, tiene variaciones de peso en aumento de 15 kg, lo atribuye a la ansiedad, no tiene ninguna dificultad para la deglución.



#### PATRON DE ELIMINACION.

Habito de evacuación intestinal de defecación, 2 veces al día, las características de las heces tipo 4 normal (Dura).

Hábitos de evacuación urinaria, aproximadamente 4 veces al día, con características normales, amarilla, sin olor fuerte.

-Región perineal integra normal, sin lesiones y región perianal integra normal sin lesiones.

-El paciente tiene una sudoración de glándulas ecrinas.

#### ACTIVIDAD Y EJERCICIO.

El paciente tiene cambios de función cardiaca al realizar actividades cotidianas, provocando palpitaciones, llega a tener cambios en el patrón respiratorio como la fatiga al subir escaleras o caminar distancia muy largas.

No cuenta con dificultad al moverse, realiza actividades en su tiempo libre, domésticas y actividad física.

Tiene capacidad funcional independiente, para la realización de actividades de autocuidado.

#### SUEÑO Y DESCANSO.

8 horas de sueño nocturno, con horario de sueño de 10:00 PM, teniendo siesta de 1 hora por motivos de cansancio, no tiene ninguna dificultad para conciliar el sueño, ni sueño interrumpido, cuenta con un descanso normal, llega a tener cambios de humor con relación al sueño, bostezos y mal humor



#### CONECTIVO-PERCEPTIVO.

No tiene ninguna dificultad para oír, ni presencia de zumbidos, ni dolor.

Llega a tener vértigo que lo atribuye a la vista, tiene dificultad para ver, diagnosticada con miopía y astigmatismo, utiliza auxiliares externos, como lentes con graduación de 1.8 de aumento llevando un tiempo de uso de 5 años, última revisión hace dos años.

No tiene problemas de distinguir olores, ni sabores.

No tiene ningún cambio en la memoria, mas sin embargo en la concentración tiene dificultad de retener información al momento.

Cambios en la sensibilidad en los dientes al comer algo dulce.

#### AUTOPERCEPCION Y CONCEPTO DE SI MISMO.

Se describe como una persona seria, no está conforme con lo que es, por la frustración de no alcanzar sus objetivos, teniendo perdida de interés por las cosas a base de la desmotivación. Dificultad para tomar decisiones debido al ser indecisa.

-El paciente tiene una imagen corporal positiva.

-A experimentado periodos de depresión, a los 12 años debido a su orientación sexual.

#### ROL-RELACIONES.

Situación actual del paciente, en una relación amorosa, con licenciatura en gastronomía, emprendedora.

-Su sistema de apoyo es su familia la cual consta de 7 miembros, teniendo una buena relación con ellos.



## SEXUALIDAD-REPRODUCCION.

Una sola pareja.

Pareja sexualmente activa.

Practica de sexo seguro.

IVSA 17 años.

Menarquia 12 años.

Ciclo menstrual irregular con duración de 7 días.

Presencia de flujo, poca cantidad, espeso de color blanco con olor moderado.

## AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Preocupación relacionada con la enfermedad y su imagen corporal, expresa su estrés con el mal humor durante el día.

Realiza la acción de comer para controlar el estrés, la frecuencia en la que presenta estas respuestas al estrés son de 1-2 veces a la semana. Todo esto lo atribuye a su apariencia física.

## VALORES Y CREENCIAS.

Practica la religión católica.

No tiene preocupación al morir.



## EXAMEN FÍSICO (DATOS OBJETIVOS).

TA:120/80 mm/hg. FC:65lat,min.

FR:20 rpm. Temperatura:38°C.

Peso:74kg. Altura:1.70. IMC:25.6.

IMC con sobre peso.

Respiración normal.

Frecuencia cardiaca normal.

Temperatura normal.

Presión arterial normal.

Facies relajada normal.

## ASPECTO GENERAL.

Piel clara, hidratada, en buen estado de uñas. Complexión física media, estatura media. Orientada en tiempo y lugar, estado de conciencia alerta.

Responde bien a las preguntas con postura libre, sin movimientos repetitivos.

Teniendo una actitud tranquila dispuesta a sanar, con estado de ánimo diferente.



#### CABEZA.

Forma y tamaño normal, simétrico, sin lecciones ni cicatrices.

#### CUERO CABELLUDO.

Color negro, hidratado, sin cicatrices ni zonas dolorosas.

#### CABELLO.

Cantidad abundante, negro, hidratado, se desprende con facilidad. Sin heridas.

#### CARA, LABIOS.

Piel grasa, simétrica, sin lecciones.

Labios finos, de 2cm, sin lecciones, hidratados.

Con refléjelo nauseoso, sin obstrucción, 32 piezas dentarias con integridad, teniendo una higiene adecuada.

#### CUELLO.

Estado de la piel normal, sin masa ni dolor.

#### ABDOMEN.

Forma plano con una circunferencia de 86cm con simetría, teniendo masas, sin dolor pero debido al diagnóstico de cálculo biliar presenta signos de dolor leve.

#### COGNITIVO-PERCEPTIVO.

Paciente con ojos simétricos, integridad de párpados, con conductos lagrimales permeables, sin sensibilidad de córnea, pupilas de 6 mm, buena reacción a la luz.

Agudeza visual con carta de Snell en, ojo izquierdo 7, ojo derecho 6, ambos ojos 7.



Con oído externo simétrico, con integridad normal, con proporción normal, presencia de vellosidades, cerumen color blanco, poca cantidad seca, en ocasiones con obstrucción, tímpano normal, cuenta con audición intacta.

Proporción de nariz corta, hidratación e integridad mucosa nasal normal, alineación de tabique nasal. Sin presencia de secreciones ni dolor, olfato intacto.

Gusto persiste los 4 sabores, tacto a la prueba de sensibilidad.

Tolerancia al dolor 10=intolerable.

Memoria intacta.

ACTIVIDAD-EJERCICIO.

Tórax normal simétrico, expansión pulmonar normal.

Tipo de respiración normal.

Expansión torácica normal.

Pulso 60 con buen ritmo.

Ritmos cardíacos claros y bien diferenciados.

Ritmo regular y uniforme.



## MÚSCULO ESQUELÉTICO

Capacidad de movilización completa, marcha estable.

Fuerza en manos simétrica, sin contrastación.

Fuerza en piernas simétrica, sin contrastación.

Reflejos osteotendinosos ausentes, región y tipo rodillas, sin parálisis.

## PATRÓN DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN.

Integridad de genitales externos bien.

Mamas con forma precipitado.

Sin tumoraciones.



GUIA DE VALORACION DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M. GORDON PARA PERSONA ADULTA INSTRUCCIONES: 1. Este instrumento contiene datos relacionados con el estado de salud necesarios para integrar la valoración del usuario adulto. 2. La guía se presenta organizada en cuatro secciones que al conjuntarse permiten obtener una visión completa del usuario. Las secciones son: I. Historia de Enfermería (Datos Subjetivos), II. Examen Físico (Datos Objetivos) III. Resultados de Exámenes de Laboratorio y Gabinete (Datos Objetivos de Fuentes Secundarias) y IV. Documentación. 3. La entrevista se llevara a cabo cuando el estado de salud del usuario lo permita, simultáneamente validar la información con los familiares y otros profesionales de la salud. 4. Si el usuario no está en condiciones de ser entrevistado debido a su estado de salud, esta guía podrá ser aplicada a alguna persona cercana al usuario como un familiar (fuente secundaria). 5. En esta guía aparece la frase: no procede deberá elegir esta opción cuando por las condiciones de salud del usuario, la característica de que se trate NO SEA VALORABLE. 6. Llenar los espacios con una X en los datos (objetivos y subjetivos) que se encuentren presentes en la valoración, ampliar o describir en aquellos que se requiere especificar 7. En cada patrón usar las escalas de valoración para validar la información obtenida. 8. Considerar los aspectos bioéticos en la valoración que incluyen: confidencialidad y consentimiento informado.

- HISTORIA DE ENFERMERÍA (Datos subjetivos): Fecha: \_18/08/24\_
- Hora: \_11: AM\_ Datos básicos de ingreso: Nombre: (siglas)\_\_ASG\_\_ Edad:\_24 \_\_\_ Fecha de nacimiento:\_18/09/2000\_ Sexo:\_F\_\_ Persona para contactar (siglas):\_\_HMRL\_\_ Procedente de (lugar de origen):\_\_Chiapas\_\_\_ Reside en (ciudad):\_Juárez\_\_\_ Domicilio (señalar geográficamente el punto) \_A.V Benito Juárez\_\_ Vive Solo: No Con familia: Si Especificar: Padre Persona para contactar: Pareja Llegada por su propio pie: si x - no, motivo de hospitalización y/o solicitud de atención: Cita médica\_ Fecha de ingreso previo al hospital\_\_\_\_\_19/08/24\_\_\_\_\_ Motivo: Chequeo médico



Antecedentes Personales:

Patológicos y tratamientos recibidos (desde su infancia tanto médicos y/o quirúrgicos indicados)

\_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_

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

biliares \_\_\_\_\_ 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)

\_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_

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 \_\_x\_\_ (especifique): \_\_Dolor agudo\_\_ Cómo la percibe en éste momento: bien \_\_\_\_\_ regular \_\_\_\_\_ mal \_\_\_\_\_ especificar \_\_\_\_\_

- Hábitos de cuidado bucodental: 3 veces al día \_\_x\_\_ 2 o menos \_\_\_\_\_ nunca \_\_\_\_\_
- Hábitos de higiene general: baño diario \_\_x\_\_ cada tercer día \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_
- Cambio de ropa al bañarse \_cambio de ropa sin baño \_\_\_\_\_ Lavado de manos: Sí\_ No\_\_ a veces \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Cada ida al baño y comer \_\_\_\_\_ • Ha consumido tabaco alguna vez en su vida: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Fuma actualmente: : No \_\_\_\_\_ Si \_\_x\_\_ Tiempo de consumo: \_\_4 años\_\_ Cantidad (número de cigarrillos) al día: \_\_5\_\_ a la semana \_\_1 caja\_\_, al mes \_\_4\_\_ Lo dejo (fecha) \_\_octubre 2022\_\_ • Ha consumido bebidas con contenido alcohólico alguna vez en su vida: No \_\_\_\_\_ Si \_\_x\_\_ Consume alcohol actualmente: : No \_\_x\_\_ Si \_\_\_\_\_ Tiempo de consumo: \_\_4\_\_ tipo \_\_alcohol\_\_ cantidad al día, \_\_4\_\_ a la semana \_\_\_\_\_, al mes \_\_\_\_\_ Lo dejo (fecha) \_\_\_\_\_ Enero 2022 \_\_\_\_\_ • Ha utilizado drogas alguna vez en la vida: No \_\_\_\_\_ Si \_\_x\_\_ Consume drogas actualmente :



No  Si  Tiempo de consumo:  2 meses  tipo  THC   
cantidad al día  a la semana , al mes  4  Lo dejo  
(fecha)  Julio 2022  • 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:  
 Dolor en la vesícula  • Revisión  
dental: Sí  periodicidad  mensual  No  especifique  
motivos:  • Realización de ejercicio: : No  Si   
(especifique tipo y horas a la semana)  10 horas gimnasio  •  
Tratamientos que ha utilizado: médicos  remedios caseros  Otro  
(especifique):  Actualmente utiliza alguno de estos  
(especifique):  Médicos  • Conoce la causa de su hospitalización:  
No  Sí  (especifique cuál)  Cálculos biliares

• 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  7  •  
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  3  mts. • Aseo diario de la  
vivienda: : No  Si  (especifique  
frecuencia)  Diario  • Presencia de vectores (moscas,  
cucarachas, roedores, etc.): No  Sí   
(especifique)  Cucarachas  • Medidas de control de vectores:



No\_\_\_ Sí\_\_x\_\_\_ (especifique método y frecuencia)\_\_\_Gis cada quince días \_\_\_  
Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda: No\_\_\_ Sí\_\_x\_\_\_  
(especifique)\_\_\_perros y gatos\_\_\_

#### 4 2. Patrón Nutricional Metabólico.

• Uso de complementos o suplementos alimenticios (especifique)\_\_\_x\_\_\_,  
número de comidas al día\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_, menú día típico: (especificar tipo y  
cantidad): Desayuno hora:\_\_\_9:00 AM\_\_\_ Comida hora:\_\_\_3.00 PM\_\_\_ Cena  
hora: \_\_\_\_\_ Entre Horas • Alimentos que  
desagradan:\_\_\_\_\_ Brocoli\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ • Ingesta de líquidos al día (especificar tipo y  
cantidad)\_\_\_\_\_ Agua 2 LT\_\_\_\_\_ • Apetito:  
normal \_\_x\_\_ aumentado \_\_\_\_\_ disminuido \_\_\_\_\_ especifique  
\_\_\_\_\_ • Presencia de: náuseas \_\_x\_\_ vómitos \_\_x\_\_  
otros \_\_\_\_\_ • Variaciones de peso en  
los últimos 6 meses: ninguno \_\_\_ aumentó \_\_x\_\_ disminuyó \_\_\_ especifique  
\_\_\_15\_\_\_ kg. ¿A qué lo atribuye? \_\_\_\_\_ Ansiedad\_\_\_\_\_ • Dificultades  
para la deglución: ninguna \_\_x\_\_ a sólidos\_\_\_\_\_ a líquidos\_\_\_\_\_  
especifique\_\_\_\_\_ • Problemas en la piel y/o en la cicatrización:  
ninguno \_\_x\_\_ anormal\_\_\_\_\_ (exantemas, sequedad, exceso de transpiración, etc.)  
especifique \_\_\_\_\_ • Cuero  
cabelludo y cabello, cambios: No\_\_\_ Si\_\_x\_\_\_ especifique  
\_\_\_\_\_ Caída de cabello\_\_\_\_\_ • En uñas cambios: No\_\_x\_\_  
Si\_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ •  
Referencia de dolor abdominal: No\_\_\_ Si\_\_x\_\_\_ presencia de agruras \_\_x\_\_  
distensión\_\_\_ otras (especifique)\_\_\_\_\_

3. Patrón de Eliminación • Hábitos de evacuación intestinal: frecuencia al día  
\_\_\_2 veces\_\_\_ fecha de última defecación\_\_\_\_\_19-09-24\_\_\_\_\_ Describa  
características\_\_\_\_\_ utiliza algún apoyo (especificar)  
\_\_\_\_\_ • Presencia de estreñimiento\_\_\_ diarrea\_\_\_ hemorroides\_\_\_  
sangrado\_\_\_\_\_ Incontinencia\_\_\_ flatulencia\_\_\_\_\_ ostomías: No\_\_x\_\_ Si\_\_\_\_\_  
tipo\_\_\_\_\_ Motivo:\_\_\_\_\_ • Hábitos de evacuación urinaria: Frecuencia



aproximada al día: \_\_\_ 3 \_\_\_ Describa características \_\_\_ Amarilla \_\_\_\_\_  
catéter urinario: No \_\_\_x\_\_\_ 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 \_\_\_x\_\_\_ Si \_\_\_  
tipo \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ • Referencia de sudoración habitual y/o cambios en  
ella: Si \_\_\_ No \_\_\_x\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

#### 4. Patrón de Actividad y Ejercicio

• Referencia de cambios en función cardíaca al realizar actividades cotidianas:  
No \_\_\_ Si \_\_\_x\_\_\_ especificar (palpitaciones, lipotimias, necesidad de detener la  
acción que realiza): \_\_\_\_\_ Palpitaciones \_\_\_\_\_

• Presencia de marcapaso: No \_\_\_x\_\_\_ Si \_\_\_ Fecha de instalación: \_\_\_\_\_

• Ha sentido cambios en patrón respiratorio: No \_\_\_ Si \_\_\_x\_\_\_ especificar (fatiga,  
disnea al caminar, al comer, al subir escalera, al estar acostado, y a qué  
distancia) \_\_\_\_\_ Subir escaler \_\_\_\_\_

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

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

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

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



- 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 \_\_8\_\_ horario de sueño \_\_10:00\_\_ Siesta: No \_\_ Si \_\_x\_\_ Motivo: Cansancio \_\_ especificque tiempo \_\_1 hora\_\_ Apoyo y/o rutina para dormir (medicamentos, música, luz, etc.)

especificque \_\_\_\_\_ • Calidad del sueño: dificultad para conciliar el sueño No \_\_x\_\_ Si \_\_\_\_\_ especificque \_\_\_\_\_ sueño interrumpido No \_\_x\_\_ Si \_\_\_\_\_ especificque \_\_\_\_\_ Se siente descansado al iniciar el día: si \_\_x\_\_ no \_\_ especificque \_\_\_\_\_

- Referencia de cambios de humor (en relación al sueño) \_\_x\_\_ bostezos \_\_x\_\_ ojeras \_\_ especificque Mal humor y sueño \_\_

6. Patrón Cognitivo-Perceptivo • Dificultad para oír: no \_\_x\_\_ si \_\_\_\_\_ especificque \_\_\_\_\_ presencia de zumbidos no \_\_x\_\_ si \_\_\_\_\_

Vértigo: no \_\_x\_\_ si \_\_\_\_\_ dolor No \_\_x\_\_ Sí \_\_\_\_\_ ¿a que se lo atribuye? \_\_\_\_\_ auxiliares auditivos \_\_\_\_\_ (especificque oído derecho o izquierdo Y tiempo de uso) \_\_\_\_\_

- Dificultad para ver no \_\_\_\_\_ si \_\_x\_\_ ceguera no \_\_x\_\_ sí \_\_\_\_\_ especificar miopía y astigmatismo \_\_\_\_\_ prótesis no \_\_x\_\_ sí \_\_\_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ Auxiliares externos no \_\_\_\_\_ sí \_\_x\_\_ especificar Lentes \_\_\_\_\_ (especificque tipo y derecho - izquierdo) \_\_\_\_\_ última revisión \_\_2 años \_\_\_\_\_ tiempo de uso \_\_\_\_\_ 5 años \_\_\_\_\_

- Problemas para distinguir olores no \_\_x\_\_ 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\_x\_\_\_\_  
si \_\_\_\_\_ especificar\_\_\_\_\_

• Algún cambio en su memoria: no\_\_x\_\_ sí \_\_\_\_\_  
especificar\_\_\_\_\_

• Algún cambio en su concentración: no\_\_\_\_\_ sí \_\_x\_\_\_\_ especificar\_ No retiene  
informacion\_\_\_\_\_ • Algún cambio en la orientación: no\_x\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_  
especificar\_\_\_\_\_

• Lenguaje hablado: cambios en el tono de la voz no\_x\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_  
especificar\_\_\_\_\_, cambios en la fluidez en el discurso: no\_x\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_  
especificar\_\_\_\_\_

• Cambios en la sensibilidad (al tacto, frío, calor y/o dolor) Sí\_x\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_  
especificar\_\_\_ En los dientes al comer dulces\_\_\_\_\_

• Manera de aprender (leyendo, escuchando, con dibujos, etc.) especificar  
\_\_\_\_\_ visual\_\_\_\_\_

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\_\_x\_\_ temerosa\_\_\_\_ optimista\_\_\_\_ irritable\_\_\_\_ Otros  
(especificar)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ • Como percibe su imagen corporal: positiva\_\_x\_\_ negativa\_\_\_\_\_  
en ambos casos especifique\_\_\_\_\_ • Conformidad con  
lo que es: No\_\_x\_\_ Si\_\_\_\_\_ especifique\_ Aun no alcanza sus  
objetivos\_\_\_\_\_

• Pérdida de interés por las cosas: No\_\_\_\_\_ Si\_\_x\_\_\_\_  
especifique\_\_ Desmotivada\_\_\_\_\_



- Dificultad para tomar decisiones: No \_\_\_ Si \_\_\_x\_\_\_ especifique

muy indiza

- Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste No \_\_\_ Si \_\_\_x\_\_\_ especifique

\_\_\_\_\_

- Pérdidas y/o cambios importantes en el último año: Sí \_\_\_ No \_\_\_x\_\_\_

especifique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ • Ha experimentado períodos de: desmotivación \_\_\_  
apatía \_\_\_ depresión \_\_\_x\_\_\_ adinamia \_\_\_\_\_ Ninguno de los anteriores \_\_\_\_\_  
especifique tiempo y describa la situación: \_\_\_\_\_ 12 años orientacion  
sexual \_\_\_\_\_

- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión: No \_\_\_ Si \_\_\_x\_\_\_

(especifique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ • Qué le ayudaría a sentirse mejor en éste momento

(especifique) \_\_\_ Irse a otro pais \_\_\_\_\_

## 8. Patrón de Rol-relaciones

• Estado civil: \_\_\_ Relacion \_\_\_ Escolaridad: \_\_\_ Universidad \_\_\_\_\_ Profesión  
y/u ocupación \_\_\_\_\_ Gastronoma \_\_\_\_\_ situación actual: estudiante  
\_\_\_ empleado \_\_\_ desempleado \_\_\_ incapacidad \_\_\_ pensionado \_\_\_  
jubilado \_\_\_ empleos temporales \_\_\_\_\_

• Sistema de apoyo: cónyuge \_\_\_ familia \_\_\_x\_\_\_ vive solo \_\_\_ vecinos \_\_\_  
amigos \_\_\_

• Conformación de Familia que vive en el hogar: No. de miembros \_\_\_ 7 \_\_\_

Describir de mayor a menor, incluyendo al usuario Nombre (iniciales) Parentesco

Edad Sexo Ocupación • Como considera la relación familiar:

especifique \_\_\_ bien \_\_\_\_\_ • Existe vínculo estrecho con algún miembro  
de su familia o persona externa a esta:

(especifique) \_\_\_\_\_ Hermana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ • Papel que desempeña en la familia: dependiente \_\_\_x\_\_\_

proveedor \_\_\_\_\_ cuidador principal \_\_\_\_\_



• Algún problema por el papel que desempeña No\_x\_\_\_ Si\_\_\_ (especificar)  
\_\_\_\_\_ ingreso económico mensual aproximado  
\_\_\_\_\_

7 • Idioma/dialecto (especifique) \_\_\_\_\_Español\_\_\_\_\_ Dificultad para comunicarse:  
No\_x\_\_\_ Si\_\_\_ (especifique con quién, y a qué lo atribuye)\_\_\_\_\_ •  
Pertenece algún grupo, asociación, club, etc. No\_x\_\_\_ Si\_\_\_\_\_  
especifique\_\_\_\_\_ • Referencia de amistad con vecinos:  
No\_x\_\_\_ Si\_\_\_\_ especifica\_\_\_\_\_

9. Patrón de Sexualidad-Reproducción • Tiene pareja sexual actualmente:  
No\_\_\_ Si\_x\_\_\_ especifique\_\_\_\_\_ IVSA (edad):\_17\_\_

• Expresa algún cambio en las respuestas sexuales: No\_x\_\_\_ Si\_\_\_\_ especifica  
\_\_\_\_\_ • Menarquia (edad)\_\_\_\_12\_\_\_\_ ciclo menstrual: regular\_\_\_\_  
irregular \_\_x\_\_\_ Duración y periodicidad \_\_7\_\_ • Gesta\_\_\_\_ Partos\_\_\_\_  
Abortos\_\_\_\_ Cesáreas\_\_\_\_ Embarazada actualmente No\_x\_\_\_ Sí\_\_\_\_  
especifica tiempo de embarazo y fecha probable de parto\_\_\_\_\_ •  
Satisfecho con el número de hijos procreados: Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_  
especifica\_\_\_\_\_ No aplica\_\_\_\_x\_\_

• Prácticas de autoexamen mamario mensual: Sí\_\_\_\_ No\_x\_\_\_  
Motivo:\_\_\_\_\_ • Mamografías: Sí\_x\_\_\_ No\_\_\_ Motivo:  
\_\_\_\_\_ fecha de la última\_\_\_\_2021\_\_\_\_ Resultados  
\_\_\_\_\_ No aplica\_\_\_\_\_ • Examen cérvico-vaginal/prostático anual:  
Sí\_\_\_\_ No\_x\_\_\_ Motivo:\_\_\_\_\_ fecha del último\_\_\_\_  
Resultados \_\_\_\_\_ • Examen Testicular mensual: Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_  
Motivo:\_\_\_\_\_ fecha del último y  
resultados\_\_\_\_\_ No aplica \_\_\_\_ • Presencia de flujos: No\_\_\_ Sí\_x\_\_\_  
características (color, olor, cantidad, etc.)  
\_Blanca, espesa, poca\_\_\_\_\_

• Menopausia\_\_\_\_ Andropausia\_\_\_\_ • Prácticas de sexo seguro: Sí \_\_x\_\_\_  
No\_\_\_(especifique uso de condón, una sola pareja, abstinencia total)



\_\_\_\_\_ Una sola pareja \_\_\_\_\_ Uso de algún método de planificación familiar: Sí \_\_\_ No \_\_\_ x \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_

10. Patrón de Afrontamiento-Tolerancia al Estrés • Preocupaciones fundamentales en relación a: hospitalización y/o enfermedad \_\_\_ económicas \_\_\_ de autocuidado \_\_\_ de empleo \_\_\_\_\_ imagen corporal \_\_\_ x \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_

• Formas en las que expresa el estrés: llanto \_\_\_ ira \_\_\_ molestias físicas \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ Mal humor \_\_\_

• Acciones que realiza para controlar el estrés o la ira: beber alcohol \_\_\_ fumar \_\_\_ comer \_\_\_ x \_\_\_ 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 \_\_\_ x \_\_\_ diariamente \_\_\_ Especifique a que lo atribuye \_\_\_ Apariencia física \_\_\_\_\_

11. Patrón de Valores y Creencias • Prácticas de alguna religión: Sí \_\_\_ x \_\_\_ No \_\_\_ (especificar cuál) \_\_\_\_\_ Católica \_\_\_\_\_

• Existen restricciones por parte de su religión para seguir indicaciones médicas y/o de enfermería: Sí \_\_\_ No \_\_\_ x \_\_\_ cuáles \_\_\_\_\_

• ¿Tiene algún sistema de creencias que le proporcionen consuelo y fuerza? Sí \_\_\_ No \_\_\_ x \_\_\_ (especificar cuál) \_\_\_\_\_

• ¿Qué es lo que le da sentido a su vida? Especificar \_\_\_ Pareja \_\_\_\_\_ Esto ha cambiado desde que está enfermo \_\_\_\_\_

• Siente preocupación acerca de morir Sí \_\_\_ No \_\_\_ x \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

• Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio: Sí \_\_\_ No \_\_\_ x \_\_\_ (especificar cuál) \_\_\_\_\_



- Valores morales más importantes (describa lo que considera más valioso en su vida)\_\_\_\_\_Tolerancia\_\_\_\_\_

## 8 II. EXAMEN FÍSICO (datos objetivos) Aspecto General

- Edad aparente: igual\_\_ mayor\_\_ menor\_\_ a la cronológica ( )años, complexión física: robusta \_\_media x\_\_delgada\_\_; estatura: alta\_\_ media\_x\_\_ baja\_\_; aliñado: Si x\_\_ No\_\_; Facies: dolor\_\_ angustia\_\_ aprensión\_\_ relajada \_\_x\_\_ (otra, describa)\_\_\_\_\_; tes: morena\_\_ morena clara\_\_ clara\_x\_\_, orientado en tiempo, lugar, persona: si\_x\_\_ no\_\_ actitud hacia la enfermedad, especifique\_\_Tranquila dispuesta a sanar\_\_\_\_\_

- Estado de ánimo: decaído\_\_ irritable\_\_ euforia\_\_ indiferente \_\_x\_\_ (describa)\_\_\_\_solo quiere sanar\_\_\_\_\_

- Estado de conciencia: alerta\_x\_\_ obnubilación\_\_ somnolencia\_\_ inconsciencia \_\_\_\_ Responde a preguntas (colaborador) Sí\_x\_\_ No\_\_\_\_ Postura adoptada: Libre\_x\_\_ erguida \_\_ semierguida \_\_ movimiento repetitivos\_\_no\_\_\_\_ Otros (especifique)\_\_\_\_\_

### 1. Patrón Nutricional Metabólico

- Tipo de dieta actual durante la estancia hospitalaria\_\_\_\_no\_\_\_\_ ayuno: No\_\_ Sí\_x\_\_ No. de días \_\_Todos los días\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_bajar de peso\_\_\_\_ Temperatura corporal \_\_38\_\_\_\_°C. Peso\_74\_\_ kg. talla \_1.70\_\_ IMC \_\_\_\_25.6\_\_\_\_\_
- Piel (características):Piel grasa\_\_\_\_\_ presencia de heridas Qx.\_\_\_\_no\_\_\_\_(describir características) presencia de drenes No\_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\_\_ Bien\_\_\_\_ Mucosas\_\_\_\_\_ Edema (áreas): Si\_\_ No\_x\_ Godette: NO\_x\_ Sí (señalar sitio y profundidad)\_\_\_\_\_

• Cabeza: Forma Normal \_\_\_\_\_, tamaño 58 cm \_\_\_\_\_, Simetría Sí x No \_\_\_\_\_, cuero cabelludo: Color \_\_\_\_\_ Abundante, negro, hidratado, se desprende fácilmente.

\_\_\_\_\_ hidratación Si x No \_\_\_\_\_ prurito Sí No x cicatrices sí no x zonas dolorosas no x Sí \_\_\_\_\_

• Cabello: cantidad, implantación, color, textura (especificar si hay alteraciones; protuberancias, hundimiento, heridas, escasez, desprendimiento etc.) \_\_\_\_\_

• Cara: Piel (describir características) \_\_\_\_\_ simetría Si No \_\_\_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ lesiones No Sí (especificar) \_\_\_\_\_ (par craneal V y VII) • Labios: forma \_\_\_\_\_ tamaño \_\_\_\_\_ Mucosa bucofaringea íntegra Sí No \_\_\_\_\_ color \_\_\_\_\_ lesiones No Sí (especificar) \_\_\_\_\_ hidratación Sí x No \_\_\_\_\_ reflejo nauseoso (par craneal X) No Sí \_\_\_\_\_ obstrucción \_\_\_\_\_ presencia de cánulas, mascarillas, sondas (especificar) \_\_\_\_\_ disfagia (par craneal XII) \_\_\_\_\_ Piezas dentarias. Número 32 \_\_\_\_\_ integridad Sí x No \_\_\_\_\_ (especificar piezas, sitio y tipo de alteración) \_\_\_\_\_ Higiene adecuada: Sí x No \_\_\_\_\_ (especificar presencia de detritus, halitosis, etc.) \_\_\_\_\_ caries \_\_\_\_\_ sarro \_\_\_\_\_ placa dentobacteriana \_\_\_\_\_

• Cuello: Estado de la piel (características): \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_

Masas: Sí No x dolor: Sí No x Desarrollo

Muscular \_\_\_\_\_ (par craneal XI)

• Abdomen: forma plano x globoso \_\_\_\_\_ excavado \_\_\_\_\_ circunferencia abdominal 86 cm Simetría: Sí No Masas: Sí x No dolor: Sí No x

Distensión: Sí No x 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) \_\_\_\_\_ 2 LT oral \_\_\_\_\_



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.