



Mapa conceptual

Nombre del Alumno: José Alfredo Ramírez Hernández

Nombre del tema: Valoración de paciente

Parcial: I

Nombre de la Materia: enfermería del adulto

Nombre del profesor: Leidy Diana Estrada García

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6°

VALORACION DE PACIENTE

ANAMNESIS:

Recogida de antecedentes personales, familiares y sociales, así como la descripción de síntomas actuales.

Incluye hábitos de vida y factores de riesgo (alimentación, tabaco, alcohol, trabajo) que pueden afectar la salud.

Considera el apoyo familiar, estado emocional y posibles factores sociales que influyen en su salud.

VALORACIÓN PSICOSOCIAL:

Identificación de factores emocionales, mentales y sociales que puedan influir en su salud.

EXAMEN FÍSICO:

Evaluación objetiva mediante inspección, palpación, percusión y auscultación.

Se realiza una exploración detallada por sistemas (cardiovascular, respiratorio, digestivo, neurológico, etc.)

Con el fin de identificar signos clínicos relevantes, como edemas, soplos, rigidez articular o alteraciones neurológicas que el paciente puede no haber percibido.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Incluyen análisis de laboratorio, estudios de imagen y otras pruebas diagnósticas, según sea necesario.

Evalúa el grado de autonomía del paciente con escalas para planificar cuidados adecuados.

Permiten confirmar o descartar enfermedades y conocer la extensión o gravedad del problema.

VALORACIÓN FUNCIONAL:

Evaluación de la capacidad del paciente para realizar actividades de la vida diaria.

1.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Ernesto L. C.

SEXO: Masculino.

EDAD: 64 años.

FECHA DE NACIMIENTO: 22 de marzo de 1961.

ESTADO CIVIL: Casado.

RELIGIÓN: Católica.

ESCOLARIDAD: Primaria.

OCUPACIÓN: Carpintero jubilado.

PROCEDENCIA: Chiapas

PERSONA/S CON LAS QUE CONVIVE: Esposa e hijo menor.

ALERGIAS: No refiere.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Entrevista directa y familiar (esposa).

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Glaucoma de ángulo abierto.

1.2 PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 64 años, estatura de 1.67 m, peso 74 kg, casado, ocupación: carpintero jubilado, religión católica. Niega consumo de alcohol y sustancias tóxicas. Refiere llevar una alimentación casera sin restricciones específicas, con bajo consumo de grasas y azúcares por recomendación médica debido a antecedentes de hipertensión. Reside en una comunidad rural del estado de Oaxaca junto a su esposa y un hijo adolescente.

Historia de Enfermería

Realizada a las 08:30 hrs. El paciente se muestra alerta y cooperador. Muestra interés en conocer más sobre su diagnóstico de glaucoma, ya que recientemente ha comenzado a notar disminución progresiva de la visión periférica, principalmente en el ojo derecho. Se encuentra sentado en una silla cercana a la cama, con gafas ópticas prescritas hace dos años, las cuales dice que ya no le son tan útiles.

Está acompañado de su esposa, quien participa activamente en la conversación y ayuda a precisar algunos datos. El paciente manifiesta preocupación por la posibilidad de perder completamente la visión, ya que su trabajo como carpintero dependía en gran parte de ella. Refiere que desde hace seis meses ha sentido molestias como visión borrosa, dolor ocular ocasional y dificultad para ver con claridad en ambientes con poca luz. Indica que ha comenzado tratamiento con colirios hipotensores oculares, pero no está seguro de aplicárselos correctamente.

Durante la entrevista se le nota ansioso, especialmente al hablar sobre su autonomía y la posibilidad de no poder seguir apoyando a su familia como antes. Sin embargo, mantiene buen ánimo al saber que el seguimiento médico puede ayudar a controlar el avance de la enfermedad. El entorno familiar es favorable y se observa una buena red de apoyo.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

El paciente refiere que comenzó a experimentar síntomas visuales progresivos desde el mes de noviembre del año 2023, cuando notó dificultad para adaptarse a la oscuridad, visión borrosa ocasional y sensación de presión en el ojo derecho. Al principio, no les dio importancia a estos síntomas, ya que pensó que se trataba de fatiga visual relacionada con la edad o el uso prolongado de pantallas. Sin embargo, hacia finales de diciembre del mismo año, comenzó a experimentar pérdida gradual del campo visual periférico, lo que le dificultaba actividades cotidianas como caminar por lugares concurridos, bajar escaleras o conducir.

Preocupado por estos cambios, decidió acudir a consulta médica en su unidad de medicina familiar del ISSSTE, ubicada en el estado de Chiapas, donde fue valorado por el médico general. Ante la sospecha de glaucoma, fue canalizado al servicio de oftalmología. Allí se le realizaron estudios especializados, incluyendo la toma de presión intraocular (PIO), exploración del fondo de ojo y campimetría visual. La presión intraocular arrojó valores por encima del rango normal (26 mmHg en el ojo derecho y 23 mmHg en el izquierdo). La campimetría evidenció pérdida del campo visual periférico, y en la oftalmoscopia se observó excavación aumentada del nervio óptico.

Con base en estos hallazgos, se le diagnosticó glaucoma primario de ángulo abierto en ambos ojos, siendo más severo en el ojo derecho. Desde entonces, el paciente ha sido tratado con colirios hipotensores oculares de aplicación diaria (latanoprost y timolol), los cuales han permitido una reducción parcial de la presión intraocular, aunque persiste con monitoreo cercano debido a la naturaleza progresiva de la enfermedad.

El paciente refiere dificultades iniciales en la adherencia al tratamiento, debido a la técnica inadecuada en la administración de los colirios y el olvido ocasional de las dosis. Esto le generó ansiedad, temor a la ceguera y episodios de insomnio. Por lo anterior, fue valorado por trabajo social y psicología, quienes le brindaron apoyo emocional y educación sobre la importancia del tratamiento para preservar la visión.

Como antecedentes personales patológicos, refiere ser hipertenso desde hace cinco años, en tratamiento con losartán 50 mg cada 12 horas, con buen control tensional. Niega antecedentes de diabetes mellitus, dislipidemia o enfermedades reumatológicas. No ha presentado cirugías previas, ni hospitalizaciones. Niega alergias conocidas a medicamentos, alimentos o sustancias ambientales.

Antecedentes heredofamiliares: su padre fue diagnosticado con glaucoma en edad avanzada, y su madre padeció hipertensión arterial y cataratas. No refiere antecedentes familiares de diabetes ni cáncer.

Actualmente, se encuentra en seguimiento oftalmológico cada mes, con control de PIO y valoración periódica del campo visual. Continúa tratamiento tópico y ha recibido capacitación sobre técnicas correctas de instilación de medicamentos, además de orientación sobre su dieta, uso de ayudas visuales y prevención de caídas.

1.3 VALORACIÓN FÍSICA FOCALIZADA A LA PERSONA

Signos Vitales:

Temperatura: 36.2 °C

Tensión arterial: 118/76 mmHg

Pulso: 70 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 18
respiraciones por minuto

Medidas antropométricas:

Peso: 74 kg

Talla: 1.67 m

Índice de Masa Corporal (IMC): 26.5
kg/m² (clasificado como sobrepeso
leve)

Evaluación general:

Paciente masculino de 64 años, lúcido, orientado en persona, lugar y tiempo, con buen estado de alerta. Se muestra cooperador y responde adecuadamente a los estímulos verbales. Durante la entrevista, manifiesta preocupación por el avance de su enfermedad ocular, aunque mantiene una actitud positiva y abierta al seguimiento de las recomendaciones médicas.

Cabeza y Cuero cabelludo:

Cabeza normocéfala, simétrica, sin lesiones ni masas. Cabello corto, entrecano, de textura fina y bien hidratado.

Ojos:

Presenta conjuntivas ligeramente pálidas, escleras normocoloreadas, sin presencia de hiperemia. Pupilas isocóricas, con reflejo fotomotor conservado. Ojos de color

café claro, con exploración oftalmológica previa que revela excavación papilar aumentada en el disco óptico y reducción del campo visual periférico. El paciente refiere visión borrosa ocasional, fotofobia leve y dificultad para enfocar. Utiliza lentes con graduación antigua. No se observa secreción, edema palpebral ni alteración en la motilidad ocular.

Nariz y Senos paranasales:

Nariz simétrica, mucosa nasal rosada, sin obstrucción aparente. Senos paranasales sin dolor a la palpación.

Boca:

Labios hidratados e íntegros. Mucosa bucal húmeda, dentadura parcial removible, con adecuada higiene. Lengua de forma y tamaño normales. No hay halitosis ni lesiones visibles.

Oídos:

Simétricos, sin secreciones ni alteraciones estructurales. Conducto auditivo permeable, membrana timpánica de color perla. Audición conservada.

Cuello:

Cilíndrico, sin masas ni adenopatías palpables. Tráquea centrada y móvil. Tiroides no palpable. Sin rigidez ni dolor.

Tórax:

Simétrico, con movimientos respiratorios toracoabdominales. Murmullo vesicular presente en ambos campos, sin ruidos respiratorios anormales. Ruidos cardiacos rítmicos, con buena intensidad y frecuencia adecuada. Llenado capilar <2 segundos.

Abdomen:

Forma convexa, blando, depresible, no doloroso a la palpación. Ruidos peristálticos presentes y normales. No se palpan masas ni se observan alteraciones dermatológicas.

Extremidades superiores e inferiores:

Íntegras, simétricas, sin signos de edema, cianosis ni deformidades. Pulsos periféricos palpables con buena intensidad. Movilidad y fuerza conservadas. Marcha independiente, aunque el paciente refiere inseguridad al desplazarse por la disminución de la visión lateral. Se observa que camina con precaución, evitando obstáculos.

Uñas y piel:

Uñas cortas, limpias, rosadas, sin signos de micosis. Piel hidratada, sin lesiones ni equimosis. Se observa piel de textura suave, con presencia de manchas seniles propias de la edad.

1.4 VALORACIÓN POR NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENERSON

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Valoración:

T/A: 118/76 mmHg

Respiración: 18 x min

Pulso: 70 x min

Temperatura: 36.2 °C

Respira sin dificultad, con buena entrada y salida de aire, sin uso de músculos accesorios. Piel normocoloreada, llenado capilar menor a 2 segundos. No hay signos de hipoxia ni disnea.

Diagnóstico de enfermería:

Disposición para mejorar la respiración manifestado por respiración espontánea y efectiva a través de cavidad nasal y oral.

Plan de cuidados:

Objetivo:

Mantener una respiración eficaz y prevenir complicaciones respiratorias.

Intervención de enfermería:

- Controlar signos vitales, especialmente frecuencia respiratoria y saturación.
- Enseñar respiración nasal profunda y exhalación lenta por boca.
- Fomentar ejercicios respiratorios diarios.
- Promover la movilización activa para facilitar la ventilación.
- Mantener ambiente ventilado y libre de irritantes.

Evaluación:

El paciente respira adecuadamente, mantiene una frecuencia respiratoria normal, se muestra relajado durante la inspiración y la espiración, y comprende la técnica enseñada para respirar de forma consciente.

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Valoración:

Dieta baja en sal y azúcares, preferencia por frutas y verduras. Ingiere tres comidas al día. Hidratación adecuada, mucosas orales húmedas. No presenta pérdida significativa de peso.

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de déficit nutricional relacionado con disminución del apetito por preocupación ante su diagnóstico.

Riesgo de deshidratación relacionado con ingesta hídrica menor a la recomendada.

Plan de cuidados:

Objetivo):

Mantener una nutrición e hidratación adecuadas para favorecer su recuperación y estado general.

Intervención de enfermería:

- Monitorizar peso, ingesta y eliminación.
- Fomentar el consumo de líquidos (1.5 a 2 litros por día).
- Estimular apetito con comidas agradables al gusto.
- Realizar educación nutricional sobre alimentos favorables para la salud ocular.
- Promover colaciones saludables entre comidas.

Evaluación:

El paciente ha mejorado su consumo diario de líquidos y mantiene una dieta equilibrada con mayor interés. Su peso se conserva y se observa más dispuesto a seguir recomendaciones alimenticias.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Valoración:

Evacuaciones regulares cada 24 horas, sin esfuerzo. Diuresis normal, sin disuria ni incontinencia. No se observan cambios en consistencia, color u olor de las eliminaciones.

Diagnóstico de enfermería:

Patrón de eliminación conservado.

Riesgo de estreñimiento relacionado con disminución de la actividad física y bajo consumo de fibra.

Plan de cuidados

Objetivo:

Conservar un patrón de eliminación intestinal y urinaria normal, sin molestias.

Intervención de enfermería:

- Controlar frecuencia y características de eliminaciones.
- Fomentar aumento en el consumo de fibra y líquidos.
- Promover la actividad física regular.
- Educar sobre señales de alarma ante alteraciones intestinales o urinarias.
- Apoyar con técnicas no farmacológicas para la estimulación intestinal (masajes abdominales suaves, horarios regulares).

Evaluación:

El paciente mantiene un patrón de eliminación estable, sin signos de estreñimiento o malestar, y ha incrementado el consumo de líquidos y fibra según indicaciones.

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Valoración:

Temperatura corporal: 36.2 °C. No presenta fiebre ni escalofríos. Se viste adecuadamente según el clima, vive en zona templada. No hay signos de descompensación térmica.

Diagnóstico de enfermería:

Patrón de termorregulación conservado.

Plan de cuidados

Objetivo:

Mantener la temperatura corporal dentro de los parámetros normales.

Intervención de enfermería:

Verificar temperatura corporal en cada turno.

- Fomentar el uso adecuado de vestimenta según el clima.
- Educar sobre los signos de fiebre o hipotermia.
- Mantener entorno térmicamente confortable.
- Observar por signos de infección que puedan alterar la temperatura.

Evaluación:

El paciente se mantiene normotérmico durante la hospitalización, se le observa cómodo y sin signos de alteración en su temperatura.

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA

Valoración:

Deambula con apoyo ocasional del bastón. Marcha lenta pero segura. Mantiene buena postura al caminar. Refleja temor a tropezar por la disminución de su campo visual. En su casa permanece sentado por tiempos prolongados.

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de deterioro de la movilidad física relacionado con disminución del campo visual.

Sedentarismo relacionado con temor a caídas manifestado por escasa actividad física en el hogar.

Plan de cuidados:

Objetivo:

Favorecer la movilidad y prevenir complicaciones por inactividad.

Intervención de enfermería:

- Evaluar nivel funcional y capacidad de desplazamiento
- Diseñar un plan de ejercicios acorde a su condición.
- Estimular caminatas cortas dentro del hogar con apoyo visual y familiar.

- Educar sobre la importancia de la movilidad para evitar rigidez articular.
- Instruir sobre medidas de seguridad para prevenir caídas.

Evaluación:

El paciente realiza caminatas asistidas por pasillos del hospital, se muestra más confiado y reconoce la importancia de mantener la actividad física diaria.

6. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Valoración:

Refiere dificultad para conciliar el sueño. Se despierta con frecuencia durante la noche. Aspecto de ligera fatiga durante el día. No utiliza medicamentos inductores del sueño.

Diagnóstico de enfermería:

Alteración del patrón del sueño relacionado con ansiedad ante el diagnóstico de glaucoma.

Plan de cuidados

Objetivo:

Mejorar la calidad del sueño y favorecer el descanso reparador.

Intervención de enfermería:

- Promover higiene del sueño: rutina regular, ambiente tranquilo.
- Fomentar técnicas de relajación antes de dormir (respiración profunda, música suave).
- Limitar el uso de pantallas electrónicas antes de dormir.
- Establecer horarios regulares de sueño.
- Valorar la necesidad de intervención psicológica si persiste el insomnio.

Evaluación:

Después de aplicar medidas no farmacológicas, el paciente logra conciliar el sueño con menos dificultad y mejora su descanso nocturno.

7. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Valoración:

Se observa vestido adecuadamente, con ropa limpia, acorde al clima y a su edad. Muestra interés por mantener una buena presentación personal. Refiere elegir ropa con colores suaves para evitar el exceso de estimulación visual. Prefiere prendas cómodas y fáciles de manipular para no forzar la visión.

Datos de independencia:

Selecciona sus prendas sin ayuda y realiza el cambio de ropa por sí mismo, sin presentar signos de dificultad o desorientación.

Diagnóstico de enfermería:

Disposición para mejorar el cuidado personal relacionado con el interés en mantener una presentación adecuada y autonomía en el vestido.

Plan de cuidados:

Objetivo:

Mantener la capacidad de elección y autonomía en el uso de prendas de vestir adecuadas.

Intervención de enfermería:

- Verificar que la ropa utilizada sea segura y cómoda.
- Fomentar la elección de prendas con colores suaves para evitar fatiga visual.
- Recomendar el uso de calzado con suela antideslizante para mayor seguridad.

- Supervisar si se presentan dificultades durante el vestido para intervenir de manera oportuna.
- Promover el uso de prendas con cierres fáciles de manipular.

Evaluación:

Se mantiene con vestimenta adecuada y acorde a las condiciones físicas y climáticas. Realiza el cambio de ropa de forma independiente. Manifiesta satisfacción al conservar su autonomía en esta actividad.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Valoración:

Se observa piel íntegra, sin lesiones visibles. Muestra conocimiento sobre la importancia del aseo diario. Refiere utilizar productos dermatológicamente recomendados por su oftalmólogo para evitar el contacto con agentes irritantes. Manifiesta dificultad para higienizar adecuadamente el área periocular por temor a frotar los ojos.

Datos de dependencia:

Independiente para la higiene general, pero manifiesta temor al realizar la limpieza de la zona periocular.

Diagnóstico de enfermería:

Temor relacionado con el proceso de higiene ocular manifestado por la evitación de contacto con la zona periocular.

Riesgo de infección relacionado con manipulación inadecuada del área ocular.

Plan de cuidados:

Objetivo:

Fomentar una correcta higiene sin generar ansiedad, asegurando la protección de la zona ocular y previniendo complicaciones.

Intervención de enfermería:

- Enseñar técnica adecuada para la limpieza de la zona periocular.
- Recomendar el uso de paños húmedos estériles y movimientos suaves.
- Verificar integridad de la piel alrededor de los ojos.
- Reforzar la importancia de mantener uñas cortas y manos limpias antes de cualquier contacto.
- Proporcionar material educativo con imágenes ilustrativas.

Evaluación:

Se evidencia mayor seguridad al realizar la higiene ocular, aplicando la técnica sugerida sin signos de ansiedad o evasión.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Valoración:

Presenta disminución del campo visual periférico y agudeza visual reducida. Refirió tropezones ocasionales en casa debido a iluminación deficiente y obstáculos en zonas de paso. Refiere sentirse inseguro al deambular por espacios desconocidos.

Datos de dependencia:

Dependencia parcial para movilizarse en ambientes no familiares o con poca iluminación.

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de caídas relacionado con disminución del campo visual.

Temor a la deambulación no supervisada relacionado con déficit visual.

Plan de cuidados:

Objetivo:



Disminuir los factores de riesgo de accidentes en el hogar y otros entornos mediante medidas preventivas.

Intervención de enfermería:

- Identificar condiciones ambientales inseguras en el hogar.
- Recomendar instalación de iluminación adecuada en pasillos y baños.
- Sugerir uso de calzado antideslizante.
- Promover el uso de bastón guía si es necesario.
- Enseñar a familiares cómo asistir de forma segura en la deambulaci3n.

Evaluaci3n:

Refiere sentirse m3s seguro al movilizarse tras hacer ajustes en el entorno. Ha reducido el n3mero de incidentes de tropiezos.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Valoraci3n:

Expresa ideas con coherencia y buena articulaci3n. Presenta disminuci3n auditiva leve. Refiere dificultad para leer textos con letra peque1a y se ayuda de una lupa. Se muestra receptivo al di3logo con personal de salud.

Datos de independencia:

Independiente para mantener la comunicaci3n verbal y no verbal.

Diagn3stico de enfermer3a:

D3ficit visual leve relacionado con glaucoma cr3nico.

Potencial de mejora en la comunicaci3n escrita relacionado con el uso de herramientas 3pticas.

Plan de cuidados:

Objetivo:

Favorecer la comunicación fluida, adaptando medios según sus necesidades visuales y auditivas.

Intervención de enfermería:

- Proporcionar información escrita con letra ampliada.
- Asegurar un ambiente silencioso durante la comunicación.
- Utilizar ayudas ópticas (lupa, luz dirigida).
- Estimular la expresión verbal y aclarar dudas en todo momento.

Evaluación:

Se comunica con fluidez. Utiliza herramientas de apoyo visual con confianza y mejora en la recepción de información escrita.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Valoración:

Manifiesta creencias religiosas sólidas. Refiere encontrar fortaleza espiritual en la oración diaria. Conserva imágenes religiosas en su habitación y expresa confianza en que su situación mejorará con el acompañamiento divino.

Datos de independencia:

Independiente para ejercer y expresar sus creencias espirituales.

Diagnóstico de enfermería:

Fortaleza espiritual manifestada por uso de prácticas religiosas como estrategia de afrontamiento.

Plan de cuidados:

Objetivo:

Fomentar la continuidad de prácticas religiosas como apoyo emocional y espiritual.

Intervención de enfermería:

- Facilitar espacio y tiempo para la oración.
- Respetar y valorar sus creencias.
- Promover la visita de guía espiritual si lo solicita.
- Evitar interrupciones durante sus momentos de recogimiento.

Evaluación:

Continúa con prácticas religiosas, mostrando actitud positiva y mayor serenidad emocional.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Valoración:

Actualmente jubilado. Refiere satisfacción por los años de servicio cumplidos. Expresa interés en actividades domésticas ligeras y compartir experiencias con sus nietos.

Datos de independencia:

Independiente para realizar tareas no remuneradas que le permiten sentirse útil.

Diagnóstico de enfermería:

Satisfacción con el rol de vida actual manifestada por expresión de bienestar en actividades familiares.

Plan de cuidados:

Objetivo:

Mantener su sentido de utilidad a través de actividades acordes a su estado de salud.

Intervención de enfermería:

- Reforzar su participación en decisiones del hogar.
- Fomentar actividades que le permitan sentirse realizado.
- Validar su experiencia de vida como parte importante en su entorno.

Evaluación:

Se muestra activo en su entorno familiar y satisfecho con su rol actual, refiriendo sentirse útil.

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Valoración:

Realiza caminatas breves en el jardín. Disfruta de escuchar música clásica y realizar crucigramas. Refiere que la lectura prolongada le causa fatiga ocular, por lo que ha disminuido esta actividad.

Datos de independencia:

Independiente para elegir actividades recreativas.

Diagnóstico de enfermería:

Limitación visual leve relacionada con glaucoma que interfiere con algunas actividades recreativas.

Plan de cuidados:

Objetivo:

Adaptar actividades recreativas a sus capacidades visuales y promover su participación activa.

Intervención de enfermería:

- Recomendar el uso de audiolibros o música.

- Sugerir crucigramas de letra grande.
- Organizar momentos de relajación activa con su familia.
- Motivar la interacción social mediante juegos de mesa sencillos.

Evaluación:

Participa con mayor frecuencia en actividades recreativas adaptadas. Refirió disfrute y disminución del aburrimiento.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Valoración:

Refiere interés por aprender más sobre su diagnóstico y tratamiento. Manifiesta haber buscado información, pero no comprende algunos términos médicos. Se muestra dispuesto a recibir orientación clara.

Datos de dependencia:

Dependencia parcial en la comprensión de información médica compleja.

Diagnóstico de enfermería:

Disposición para mejorar conocimientos manifestada por búsqueda activa de información.

Plan de cuidados:

Objetivo:

Favorecer el aprendizaje sobre el glaucoma, tratamiento y autocuidados necesarios.

Intervención de enfermería:

- Adaptar el lenguaje al nivel de comprensión.
- Utilizar recursos visuales y analogías sencillas.
- Proporcionar folleto ilustrativo sobre el glaucoma.

- Repetir la información clave y comprobar comprensión.
- Fomentar la formulación de preguntas y aclarar dudas.

Evaluación:

Comprende mejor su diagnóstico y tratamiento. Manifiesta mayor seguridad para el autocuidado y seguimiento médico.