

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE CIENCIA DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



PROCESO ENFERMERO CASO DE PACIENTE INGRESADO EN EL SERVICIO DE  
CIRUGÍA HOMBRES DEL HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ  
ZACAMIL CON DIAGNÓSTICO OSTEOMIELITIS DE CADERA DERECHA POSITIVO  
A ESTAFILOCOCO AUREUS.

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

Autoras:

BR. Stefanie Carolina Urrutia Flores

BR. Judith Gisselle Lopez Cruz

Docente asesora:

Mayra Lisbeth Henríquez de Cortez

San Salvador Agosto 2024

## AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rector

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

Vicerrector Académico

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

Vicerrector Administrativo

MSc. Roger Armando Arias Alvarado

Secretario/a General

Lic. Pedro Rosalfo Escobar.

## AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICIA

Decano

Dr. Saúl Díaz Peña

Vicedecano

Lic. Franklin Arnulfo Méndez Durán

Escuela de Enfermería

Director

Lic. José Ismael López Pérez

Coordinación del Pregrado

Mssr. Telma Lorena Díaz Méndez

## AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos por: BR. Stefanie Carolina Urrutia Flores

BR. Judith Gisselle López Cruz

En este presente trabajo de investigación le agradecemos principalmente a dios, por ser el inspirador y darnos la fuerza para continuar en este proceso de obtener unos de los anhelos más deseados.

A nuestros padres por su amor, trabajo, sacrificios en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirlos en lo que somos.

Con profunda estima y reconocimiento, extendiendo mi más sincera gratitud a mi asesor de tesis su dedicación docente y su inestimable guía han sido pilares fundamentales en la dirección y enriquecimiento de esta investigación.

Mi gratitud se extiende a la Universidad de El Salvador, por su excelencia académica, que ha fomentado el desarrollo de un espíritu crítico esencial para el análisis profundo de los desafíos de la gerencia.

Reconozco con aprecio al Hospital Nacional Dr. Juan José Fernández" Zacamil por abrir sus puertas y permitirme realizar entrevistas que han sido piezas clave en la construcción de este estudio y principalmente a la jefe de servicio Licenciada Morena Herrera de los Ángeles de cirugía hombre y mujer.

## INDICE.

<b>AUTORIDADES UNIVERSITARIAS .....</b>	<b>2</b>
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>3</b>
<b>INDICE.....</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I: .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2. OBJETIVOS .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.1 Objetivo general .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.2. Objetivo específico.....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2. REVISIÓN DE LITERATURA .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1.2. ESTUDIOS REALIZADOS A PACIENTES CON OSTEOMIELITIS DE CADERA DERECHA POSITIVO A ESTAFILOCOCO AUREUS.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2. PATOLOGÍAS O NECESIDADES DEL USUARIO .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2.1 OSTEOMIELITIS. ....</b>	<b>15</b>
<b>2.2.2DIABETES MELLITUS.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2.3 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO (ACV) .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3 FASE DE VALORACION .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3.1 RESUMEN CLINICO DE ENFERMERIA.....</b>	<b>21</b>
<b>2.3.3 ORGANIZACIÓN DE DATOS .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3.3.1 PROSA DE EXAMEN FÍSICO .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>28</b>
<b>2.3.4.1 HISTORIA DE ENFERMERIA. ....</b>	<b>29</b>
<b>2.3.4 ORGANIZACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS. ....</b>	<b>34</b>

2.3.5. ORGANIZACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS. ....	36
2.4 FASE DIAGNOSTICA .....	40
2.4.4. DIAGNOSTICO ENFERMERO DE RIESGO N. 3º .....	42
2.4.1. LISTA DE DIAGNOSTICOS ENFERMEROS .....	43
2.4.2. PRIORIZACION DE DIAGNOSTICOS ENFERMEROS.....	44
<b>CAPITULO III. ....</b>	<b>46</b>
2.5 FASE DE PLANIFICACION. ....	46
PLAN DE CUIDADO N°1.....	46
PLAN DE CUIDADOS 2 .....	48
PLAN DE CUIDADOS 3 .....	52
3.1. SOAPIE.....	55
SOAPIE .....	55
3.1.1. INTEPRETACION DE RESULTADO .....	59
3.2. RELACIÓN DE RESULTADO CON LA TEORÍA.....	61
<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>63</b>
4.1. DISCUSION DE RESULTADOS. ....	63
4.2. CONCLUSIONES .....	65
4.3. RECOMENDACIÓN. ....	66
4.4. FUENTES DE INFORMACION. ....	67
<b>ANEXOS.....</b>	<b>69</b>
ANEXO 1. FORMULARIO DE MARJORI GORDON.....	69
ANEXO 2 GUIA DE EXAMEN FISICO.....	77
ANEXO 3 GUIA DE ANAMNESIA.....	100
ANEXO 4 FOTOGRAFIAS DEL PACIENTE. ....	110
ANEXO 5 CRONOGRAMA. ....	111
ANEXO 6 PRESUPUESTO .....	113
ANEXO 7 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	114
ANEXO 8 EXAMENES DE LABORATORIO.....	115

## RESUMEN

En el presente trabajo se dará a conocer un proceso enfermero en donde se exponen algunas reflexiones sobre su relevancia para la disciplina profesional de Enfermería, exponiendo en primer momento la teoría principal de Marjorie Gordon. La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente. Se prosigue con un cuidadoso análisis de enfermería en busca de los patrones alterados por medio de la valoración del caso utilizando los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon, se especifican las etapas del proceso enfermero siendo el principal objetivo la identificación de los datos significativos a los cuales posteriormente se les realiza un análisis. Esto permite clasificar los problemas del usuario según su resolución y tener una recolección de la información en la que se basa en el método científico y en la aplicación de construcción de los diagnósticos enfermeros, así validarlos por medio de la taxonomía de NANDA. Utilizando la taxonomía de NANDA se construyeron tres diagnósticos focalizados en el problema, siendo estos: “movilidad física deteriorada R/C disminución de control, contracturas y dolor M/P incapacidad para moverse y dolor a tacto. Dolor agudo R/C agente físicos M/P expresión facial de dolor y posición para aliviar dolor. Riesgo de lesión por presión en adultos R/C factor externo microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo y presión sobre prominencia ósea, factores internos: disminución de la movilidad física e incumplimiento inadecuado del plan de prevención de lesiones por presión.

## **ABSTRACT**

This paper will present a nursing process in which some reflections on its relevance to the professional discipline of nursing will be presented, exposing first the main theory of Marjory Gordon. The theory establishes the requirements of self-care, which in addition to being a main component of the model is part of the patient's assessment. It continues with a careful nursing analysis in search of the altered patterns through the assessment of the case using the 11 functional patterns of Marjorie Gordon, the stages of the nursing process are specified, the main objective being the identification of significant data which are subsequently analyzed. This allows classifying the user's problems according to their resolution and having a collection of information based on the scientific method and on the application of the construction of nursing diagnoses, thus validating them by means of the NANDA taxonomy. Using the NANDA taxonomy, three diagnoses focused on the problem were constructed: "impaired physical mobility R/C decreased control, contractures and pain M/P inability to move and pain to touch. Acute pain R/C physical agent M/P facial expression of pain and position to relieve pain. Risk of pressure injury in adults R/C external factor altered microclimate between skin and bearing surface and pressure on bony prominence, bony prominence factor, M/P physical agent M/P facial expression of pain and position to alleviate pain.

## INTRODUCCIÓN.

La importancia del proceso de atención en enfermería (P.E.), radica en que enfermería necesita un lugar para registrar sus acciones de tal forma que puedan ser discutidas, analizadas y evaluadas. Mediante el PE se utiliza un modelo centrado en el usuario que: aumenta el grado de satisfacción, permite una mayor autonomía, continuidad en los objetivos y la evolución la realiza enfermería, si hay registro es posible el apoyo legal, la información es continua y completa, se deja constancia de todo lo que se hace y permite el intercambio y contraste de información que lleva a la investigación. La realización del trabajo es un estudio del caso clínico del paciente adulto mayor de 72 años de edad, sexo masculino, ingresado en el servicio de cirugía hombres del Hospital Nacional Dr. Juan José Fernández, Zacamil con diagnóstico médico. \_Osteomielitis de cadera derecha positivo a Staphylococcus Áureas más Lavado Quirúrgico más colocación de espaciador de cemento, sumado a su diagnóstico principal posee diabetes mellitus, más secuela de accidente cerebro vascular isquémico, más anciano frágil, más desequilibrio electrolítico (hipocalcemia). Se muestra en el primer apartado los principios de enfermería que se le violentan al paciente, prosigue con un cuidadoso análisis de enfermería en busca de los patrones alterados por medio de la valoración del caso utilizando los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon y se identifican los datos significativos a los cuales posteriormente se les realiza un análisis. Esto permite clasificar los problemas del usuario según su resolución y tener una recolección de la información en la que se basa en el método científico y en la aplicación de construcción de los diagnósticos enfermeros, así, validarlos por medio de la taxonomía de NANDA priorizando tres diagnósticos de enfermería focalizados en el problema los cuales son: movilidad física deteriorada, Síndrome de fragilidad del anciano, Riesgo de lesión de presión en adultos, Prosigue con la Fundamentación de la elección de diagnósticos de enfermería siendo estos los que más afectan directa e indirectamente al paciente, dado su complejidad, permiten que pueden ser resueltos por medio de planes de cuidados de enfermería según la taxonomía de NOC, siendo los más adecuado para el paciente, por consiguiente, se elaboran planes de intervención de enfermería regidas por el estándar del cuidado médico haciendo uso de la modelo tripartita de Kamitsuru que dan respuesta a los diagnóstico focalizado en el problema y de riesgo. Por último, pero no restándole importancia se establecen las acciones de enfermería que pueden ser realizadas por las estudiantes orientadas a mejorar el estado emocional del usuario mejorando su calidad de vida y su recuperación.

## **CAPÍTULO I:**

### **1.1. JUSTIFICACIÓN**

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es considerado como la base de los cuidados de enfermería el cual proporciona identidad del equipo sanitario, aportando los cuidados al paciente, familia y comunidad, mediante las intervenciones independientes e interdependientes de enfermería. Es por ello que es importante realizar el Proceso enfermero retomando en la Teoría de Marjorie Gordon sobre los 11 patrones funcionales este permite centrarse en la valoración integral del paciente, reconociendo que la salud no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que implica múltiples dimensiones interrelacionadas.

El PE es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión con los años. Dicho proceso ha cambiado y evolucionado y por ende, ha adquirido mayor claridad y comprensión. La enfermera (o) juega un papel importante en el restablecimiento de la persona de cuidado, se incorpora y se realiza mediante el juicio clínico el conocimiento acumulado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir intervenciones de enfermería y vincularse con la persona en el contexto de su mundo.

Es la parte crucial y guía importante en la atención que brinda la enfermera en el cuidado de toda persona que demanda la atención y refuerza las habilidades y aspectos socios humanos. La capacidad del personal de enfermería aumenta a través del conocimiento teórico volviéndose trascendental para el paciente al recibir un cuidado oportuno y para enfermería porque a través del método científico fundamenta su accionar. Por eso es importante la aplicación del PE constantemente en los usuarios y no se pierda su quehacer como herramienta principal del que hacer de enfermería.

La viabilidad de esta investigación describe los principios fundamentales de la teoría incluyendo el objetivo de proporcionar cuidados integrales y de calidad de pacientes que han sufrido accidentes o enfermedades para ayudar a establecer su autonomía.

Habiendo dicho lo anterior, con esta investigación se pretende beneficiar tanto al paciente como al equipo de salud y al hospital ya que de acuerdo a los resultados que se ha obtenido puede beneficiar a los pacientes para solventar los problemas detectados.

El tema de investigación es bastante factible ya que se puede obtener información por visitas domiciliarias, como a través de visitas al servicio del hospital para conocer con mayor precisión el tema a investigar.

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo general**

Analizar el Proceso Enfermero de paciente ingresado en el servicio de cirugía hombres del hospital nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil con diagnóstico osteomielitis de cadera derecha positivo a s. áureos, en el periodo de abril a Octubre 2024.

### **1.2.2. Objetivo específico**

- Identificar los patrones alterados por medio de la fase de valoración según modelo de Marjorie Gordon
- Construir los diagnósticos enfermeros aplicando taxonomía de NANDA.
- Establecer las acciones de enfermería a través del plan de intervención haciendo uso de las taxonomías NOC
- Ejecutar acciones de enfermería aplicando la taxonomía NIC en usuario
- Evaluar el proceso de evaluación de la recuperación del usuario.

## CAPÍTULO II

### 2.2. REVISIÓN DE LITERATURA

#### **TEORÍA DE ENFERMERÍA LOS 11 PATRONES FUNCIONALES APLICADO EN EL CASO DE UN PACIENTE INGRESADO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA HOMBRE.**

Marjorie Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología. De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales.

La teoría de Marjory Gordon y sus 11 patrones funcionales. Esta establece una valoración de enfermería basada en la capacidad de funcionar facilitando la homogeneidad del trabajo enfermero. La recolección de información se realiza en base a la evaluación del estado de salud independientemente de la edad, diagnóstico o necesidad de cuidado, permitiendo estructurar y ordenar la valoración a nivel individual, familiar o comunitario y esta se puede realizar a lo largo del ciclo vital. “Esta aproximación holística la valoración funcional humana en cualquier marco y en cualquier grupo de edad, en todos los puntos de la relación salud-enfermedad incorpora los conceptos de interacción cliente-entorno, etapa de desarrollo, salud-enfermedad y cultura en la idea holística de patrones de vida dinámicos. Los Patrones Funcionales de salud facilitan al profesional de enfermería la valoración biopsicosocial del individuo. El método de valoración por patrones funcionales de salud, desarrollado por Marjorie Gordon se complementa con el examen físico. Estos patrones funcionales proporcionan una estructura lógica de valoración y una base de datos para el diagnóstico de enfermería una vez entendido el proceso de enfermedad y la alteración que conlleva su pronóstico a nivel psicosocial, individual y de salud.

Los 11 patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un TODO sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias).

**Percepción de la salud:**

Manejo de la Salud Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar, estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos Prescripciones médicas y de enfermería.

**Nutrición – Metabólico:**

Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas, patrón individual de consumo de alimentos y líquidos, medidas antropométricas, aspectos psicológicos de la alimentación, patrón de alimentación del lactante, lesiones cutáneas, estado de la piel, membranas mucosas y dientes

**Eliminación:**

Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona Patrón de eliminación intestinal Patrón de eliminación vesical Patrón de eliminación a través de la piel

**Actividad – Ejercicio:**

Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento, actividades de la vida diaria, cantidad y tipo de ejercicio y deporte, actividades recreativas y factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas

**Sueño – Descanso:**

Describe los patrones de sueño, reposo y relajación Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo Ayudas para el sueño y el descanso.

**Cognitivo – Perceptual:**

Describe los patrones sensitivos, perceptivos y cognitivos de la persona Situación de los sentidos sensoriales Utilización de sistemas de compensación o prótesis.

**Autopercepción – Auto concepto:**

Describe los patrones de auto concepto y percepción del estado de ánimo, actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía, imagen corporal y patrón emocional, patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular, patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.

**Rol – Relaciones:**

Describen los patrones de compromiso con el rol y las relaciones Percepción de las responsabilidades de su rol Satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

**Sexualidad – Reproducción:**

Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona, satisfacción con la sexualidad, trastornos de la sexualidad, problemas en etapa reproductiva de la mujer y problemas en la menopausia.

### **Adaptación – Tolerancia al estrés:**

Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad, manejo del estrés Sistemas de soporte y ayuda, capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

### **Valores – Creencias:**

Una persona al asumir un diagnóstico debe considerar muchos cambios en su vida y enfrentarse a dudas como, por ejemplo: ¿Porque me sucede esto a mí? ¿Dios porque esta enfermedad? O simplemente sentirse culpable estos son los momentos más difíciles en la vida de estos pacientes por lo que sus valores y creencias pueden alterarse o podrán ayudar a afrontar esta enfermedad.<sup>1</sup>

## **2.1.2. ESTUDIOS REALIZADOS A PACIENTES CON OSTEOMIELITIS DE CADERA DERECHA POSITIVO A ESTAFILOCOCO AUREUS.**

Indicación de las razones científicas de las acciones de la salud, considerando valores normales. El proceso de atención de enfermería se basa en el modelo de Marjorie Gordon, el cual establece 11 necesidades básicas. Marjorie Gordon define un patrón como una configuración de comportamientos que es más o menos común para todas las personas, y estos comportamientos contribuyen a su salud, calidad de vida y a la realización del potencial humano; ocurren secuencialmente con el tiempo y proporciona un marco de evaluación, independientemente de la edad, el nivel de atención o las condiciones patológicas; (Blanca F. , 2017).

2.8 Seguimiento para la examinación en base a las funciones de inspección y estudios de laboratorio y se ha desarrollado un plan de cuidados de enfermería individualizado para el paciente y llevo a cabo las actividades para la resolución de los problemas encontrados. A través del control de las constantes vitales, y la corrección con la medicación, el proceso de atención de enfermería se realizó con éxito.<sup>2</sup>

En la siguiente información se recopila estudios de realizados a pacientes con osteomielitis: datos estadísticos según OMS demuestran que se describe aproximadamente que el 19% de las osteomielitis son de origen hematógeno, 47% secundario a una infección por contigüidad, y por último, el 34% asociado a la insuficiencia vascular (Ugalde & Morales, 2014). Debemos de mencionar que la osteomielitis es muy poco frecuente durante las primeras cuatro semanas de vida en un recién nacido, pues su incidencia es de 1 a 3 pacientes por cada 1,000 en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Sin embargo, su incidencia en otros grupos pediátricos va a ser muy variable (Castro, 2017). En niños inmunocompetentes,

Staphylococcus áureas es el agente etiológico con 89% de los casos presentados en niños. No obstante, en recién nacidos la etiología más frecuente después de Staphylococcus áureas, es Escherichia coli, Streptococcus agalactiae y otros bacilos gramnegativos (Castro, 2017)

En las personas adultas, tanto en hombres como mujeres, el 50% de las infecciones óseas son ocasionadas por Staphylococcus áureas, habitualmente las de origen hematógeno. Otros patógenos que serán menos comunes, pero con un alto riesgo son los bacilos Gram negativos, tanto aeróbicos como anaeróbicos. El Mycobacterium tuberculosis y Brucella spp afectaran especialmente la columna vertebral (Ugalde & Morales, 2014).

#### CAUSAS

La mayoría de las infecciones óseas casi siempre es causada por bacterias, pero también puede ser provocada por hongos u otros gérmenes (MedlinePlus, 2020).

- Las bacterias u otros microorganismos suelen propagarse a un hueso en específico, en el lugar de la piel, músculos o tendones infectados próximos al hueso. Lo que tendrá como consecuencia a largo plazo es padecer de una úlcera cutánea.
- En numerosas ocasiones la infección también puede comenzar en otra parte del cuerpo y propagarse al hueso a través de la sangre.<sup>3</sup>

## **2.2. PATOLOGÍAS O NECESIDADES DEL USUARIO**

### **2.2.1 OSTEOMIELITIS.**

La osteomielitis (término propuesto por Lannelongue según del Sel) es el proceso inflamatorio de las partes medulares corticoesponjosas de los huesos, a consecuencia de una infección causada por agentes biológicos (bacterias, hongos, etc.) que los comprometen, y a los que llegan tanto por vía hemática (en general arterial) como por inoculación externa (frecuentemente por fractura expuesta) o por contigüidad (en los huesos que limitan cavidades naturales infectadas: sinusitis, mastoiditis, etcétera<sup>4</sup>)

#### **FISIOPATOLOGÍA**

Cuando el germen llega al hueso arrastrado por el torrente sanguíneo parte de un foco de infección preexistente (piodermatitis, ántrax, faringoamigdalitis), pasa al torrente sanguíneo y de ahí se ubica en el hueso, de elección en la metafisis donde se produce una lentificación del flujo sanguíneo y permitirá la anidación del germen.

Suele afectar huesos largos como el fémur y húmero, siendo mayormente afectado este último en los niños, en adulto aparece a menudo en la columna vertebral, concomitantemente hay un compromiso vascular de mayor o menor irrigación sanguínea que trae como consecuencia la necrosis ósea (secuestro), la cual alcanza todo el territorio del tejido irrigado por el sistema vascular comprometido y si la arteria es de calibre importante puede comprometerse la diáfisis del hueso (secuestro masivo).

#### **OSTEOMIELITIS CRÓNICA:**

Comprende a la infección crónica del hueso. El cuadro inicial de la osteomielitis aguda puede mejorar, pero la enfermedad intra ósea asintomática puede persistir en forma subclínica y transformarse en una osteomielitis crónica.

El cuadro continúa latente sin saber cuándo reagudiza, ni la frecuencia o magnitud de la crisis siguiente pueden transcurrir años sin manifestarse clínicamente o haber reagudizaciones repetidas en breves periodos de tiempo, manifestaciones leves o violentas con aparición de nuevos abscesos, fístulas supurando permanentemente.

Sintomatología:

- Antecedente de osteomielitis aguda.
- Fístula de piel supurando.
- Segmento de piel atrófica segmentada, mal vascularizada, frágil adherida al hueso y ulcerada con facilidad.

Los síntomas más típicos son los siguientes:

- Dolor focal espontáneo y provocado.

- Edema.
- Aumento de temperatura local.

#### **-TRATAMIENTO DE ANTIBIÓTICO.**

Aunque la mayoría de las osteomielitis agudas hematógenas curan con tratamiento médico, el traumatólogo debe participar desde el inicio en el manejo diagnóstico, terapéutico y evolutivo. La osteomielitis hematógena aguda en niños es principalmente de tratamiento médico (antibioticoterapia). En adultos, además del tratamiento antibiótico parenteral, a menudo se requiere la cirugía para desbridar el foco y drenar abscesos.

#### **-TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.**

Osteomielitis agudizada, hiperaguda con graves fenómenos osteológicos y abscesos de partes blandas.

Osteomielitis agudizada, fistulizada con presencia de secuestros óseos con mielitis con procesos infecciosos locales, rebeldes y mantenidos que no responden al tratamiento conservador.

#### **-COMPLICACIONES**

Cuando el hueso está infectado, se produce pus dentro del mismo, lo cual puede causar un Absceso. Dicho absceso priva al hueso de su riego sanguíneo, el riego sanguíneo perdido Puede ocasionar una complicación llamada osteomielitis crónica, esta infección crónica puede causar síntomas que aparecen y desaparecen por años.

Otras complicaciones abarcan:

- Necesidad de una amputación
- Disminución de la función de la extremidad o de la articulación
- Diseminación de la infección a los tejidos circundantes o al torrente sanguíneo<sup>5</sup>

## **2.2.2DIABETES MELLITUS.**

### **Definición:**

La Diabetes Mellitus es un desorden metabólico crónico, causado por la disminución de la secreción y/o acción de la insulina y que produce alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas. Las complicaciones de la DBT Mellitus pueden ser agudas, que incluyen la hipoglucemia, la hiperglucemia y la cetoacidosis diabética o bien crónicas, que se refieren a lesiones macro vasculares (aterosclerosis de los grandes vasos) y micro vasculares (retinopatía, nefropatía, neuropatía) y los problemas en los pies por acción de ambas.

Según la OMS: es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios.

El término "prediabetes" se considera conveniente y práctico para utilizarlo en aquellas personas que presentan glucosa alterada en ayunas (GAA), condición que coloca a estos pacientes en alto riesgo de padecer diabetes y sus complicaciones cardiovasculares.<sup>6</sup>

La diabetes Mellitus se clasifica en:

Diabetes Mellitus tipo 1:

Es la destrucción autoinmune de la célula  $\beta$ , lo cual ocasiona deficiencia absoluta de insulina, y tendencia a la cetoacidosis. Tal destrucción en un alto porcentaje es mediada por el sistema inmunitario, lo cual puede ser evidenciado mediante la determinación de anticuerpos: Anti GAD (anti glutamato decarboxilasa), anti insulina y contra la célula de los islotes, con fuerte asociación con los alelos específicos DQ-A y DQ-B del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA).

Diabetes Mellitus tipo 2:

Es la forma más común y con frecuencia se asocia a obesidad o incremento en la grasa visceral. Muy raramente ocurre cetoacidosis de manera espontánea. Además de la resistencia predominante a la insulina, acompañada con una deficiencia relativa de la hormona, hasta un progresivo defecto en su secreción.

### **MEDIOS DE DIAGNÓSTICOS:**

- **GLUCOSA PLASMÁTICA EN AYUNAS (GPA):** Es la prueba de elección para el diagnóstico, aunque no basta una sola determinación.
- **PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA (PTGO):** No debe realizarse a personas con glucemia en ayunas iguales o mayores a 126 mg /dl o con glucemia al azar igual o superior a 200 mg/dl en los que basta una segunda determinación para confirmar el diagnóstico.

- **HEMOGLOBINA GLICOSILADA:** (A1c) mayor o igual a 6,5 %, esta prueba debe realizarse en 10 laboratorios certificados tomando en cuenta síntomas clásicos de hiperglucemia con una glucosa al azar  $\geq 200$  mg/dl

#### **TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:**

Incluye una educación sobre la diabetes, empezando con los factores de riesgo modificables como: cambio en los estilos de vida, control de la glicemia, sedentarismo, estrés y fomentar la práctica de actividades físicas aeróbicas, aplicando una guía nutricional con el objetivo de reducir el 7 a 10% del peso corporal.

#### **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**

Los medicamentos utilizados que disminuye la insulinoresistencia son: el grupo de las Biguanidas como la Metformina que tiene una presentación de 500, 850 y 1000 mg, la dosis de inicio son de 500 mg vía oral una dosis diarias en una dosis máxima de 2500 mg.<sup>7</sup>

### **2.2.3 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO (ACV)**

Un accidente cerebrovascular isquémico sucede cuando el suministro de sangre al cerebro se ve interrumpido. Si tu cerebro no recibe suficiente sangre que le provea el oxígeno y los nutrientes que necesita, las células del cerebro se dañan o morirán y se produce un ACV isquémico o infarto cerebral isquémico.

#### **Tipos de ACV isquémico**

Un accidente cerebrovascular isquémico sucede cuando un coágulo o materia grasa obstruye el suministro de sangre a una parte de su cerebro.

El accidente cerebrovascular hemorrágico es provocado por un sangrado en su cerebro. Esto puede suceder cuando un vaso sanguíneo se revienta dentro de su cerebro o, menos común, en la superficie del mismo.

El ataque isquémico transitorio (AIT o “mini derramé”) es un accidente cerebrovascular en el cual los síntomas son solo temporales. Los AIT se producen cuando el suministro de sangre al cerebro se ve interrumpido por un breve período de tiempo.

Un accidente cerebrovascular por disección de la arteria cervical se produce cuando el recubrimiento en una de las arterias del cuello se rompe, restringiendo el suministro de sangre al cerebro.

#### **Síntomas del ACV isquémico**

Apreciar síntomas de accidente cerebrovascular constituye una emergencia médica; por lo tanto, es importante reconocer cuáles los síntomas de un ACV isquémico rápidamente y procurar asistencia de emergencia en un hospital.

Los síntomas de ACV isquémico o infarto cerebral varían según el tipo y la parte del cerebro que se vea afectada. Los síntomas del accidente cerebrovascular generalmente se presentan repentinamente, en cuestión de segundos o minutos. Si notas que alguien tiene debilidad facial, debilidad en el brazo o problemas en el habla, llama para pedir ayuda de emergencia de inmediato ya que podría estar sufriendo un ACV isquémico.

Una buena forma de reconocer si alguien ha tenido un accidente cerebrovascular es utilizar la prueba ‘cara-brazos-habla-tiempo para llamar al teléfono de emergencias’ (se abrevia a FAST, del inglés). Esto requiere verificar si hay alguno de los tres síntomas principales de un ACV isquémico: debilidad facial, debilidad en el brazo o problemas en el habla.

Si notas que alguien tiene alguno de estos síntomas, deberías llamar para pedir ayuda de emergencia de inmediato ya que podría estar sufriendo un ACV isquémico.

Otros síntomas del accidente cerebrovascular frecuentes pueden incluir: pérdida repentina de la visión en uno o ambos ojos, o visión borrosa, confusión o dificultad para entender, pérdida del equilibrio o la coordinación y dolor de cabeza intenso.

## **FISIOPATOLOGÍA**

El flujo sanguíneo cerebral (FSC) está determinado por la resistencia vascular cerebral, directamente relacionada con su diámetro. Es el proceso por medio del cual el FSC se mantiene constante a pesar de variaciones en la presión de perfusión. El mantenimiento del FSC ocurre dentro de un rango de presión arterial media de 60 a 150 mm Hg. Fuera de este rango, el cerebro no puede compensar los cambios en la presión de perfusión, ya que aumenta el riesgo de isquemia a bajas presiones y edema a altas presiones. El ACV isquémico disminuye el FSC y la presión de perfusión cerebral. En el estadio I, el FSC se mantiene constante gracias a la dilatación máxima de arterias y arteriolas, lo que produce un aumento compensatorio en el volumen sanguíneo cerebral. En el estadio II, cuando se agota la vasodilatación máxima, la fracción de extracción de oxígeno se incrementa para mantener la Oxigenación y el metabolismo del tejido cerebral. En el estadio III, cuando en el núcleo isquémico se supera el rango auto regulatorio disminuye el volumen y el FSC hasta que la circulación colateral falla, ocasionando muerte celular.

## **EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO.**

El ACV puede conducir a amenazar la vida con complicaciones como la obstrucción de la vía aérea y el fracaso respiratorio, problemas de deglución con el riesgo de aspiración, deshidratación y desnutrición, complicaciones como el trombo embolismo venoso, e infecciones. La evaluación temprana permite la fórmula de un diagnóstico preciso y rápido. Como cualquier emergencia médica la primera prioridad en evaluar un paciente con sospecha de ACV es identificar y tratar cualquier complicación que amenace la vida. Una vez el paciente esté estable, aplicamos un enfoque sistemático hacia el diagnóstico. Esta evaluación inicial debe considerar si nos encontramos ante un suceso vascular. El diagnóstico depende de una historia precisa, Observamos si los síntomas neurológicos son focales, si el inicio de los síntomas ha sido súbito; lo cual nos indica una causa vascular. Pero las presentaciones pueden variar, ocasionalmente los síntomas no se localizan fácilmente, pueden ser positivos y muchos pacientes describen síntomas que evolucionan sobre horas o días. Estas excepciones hacen el diagnóstico clínico menos seguro y deben conducir a una investigación temprana y excluir los diagnósticos alternativos que requieran un tratamiento urgente diferente.<sup>8</sup>

## 2.3 FASE DE VALORACION

### 2.3.1 RESUMEN CLINICO DE ENFERMERIA

RESUMEN CLINICO DE ENFERMERIA	
I. DATOS GENERALES:	
1. Nombre del Usuario/a: <u>Alfredo Ponce Alfaro</u>	
2. Edad: <u>72 años</u>	3. Sexo: Masculino X Femenino
4. Grado de escolaridad: <u>Básica</u>	5. Ocupación: <u>Vendedor</u>
6. Dirección:	
7. Teléfono de contacto: <u>Ca. Celiz barrio concepción 22 AV.nte casa 14 municipio San Salvador</u>	
II. HISTORIA DE LA PRESENTE ENFERMEDAD	
Diagnostico Medico: <u>Osteomielitis de cadera derecha positivo a Staphylococcus Áureas más Lavado Quirúrgico más colocación de espaciador de cemento, más diabetes mellitus, más secuela de accidente cerebro vascular isquémico, más anciano frágil, más desequilibrio electrolítico (hipocalcemia).</u>	
1. Número de expediente: 955470	2. Fecha de ingreso: 31/04/24
3. Días de estancia hospitalaria: 2 meses con 25 días	4. Servicio/ unidad de hospitalización: Cirugía Oquelí

1. Resumen de la historia clínica de ingreso: Paciente masculino quien consultó por dos días de presentar periodos de adinamia e hipoactividad, hace un día familiar nota poca respuesta a estímulos verbales y táctiles, toman HGT en hogar que reporta 34 mg/dl, por lo que administra glucerna notando mejoría de síntomas. Hace 12 horas nota imposibilidad para la movilización de hemicuerpo derecho, por lo que consulta con médico particular quien refiere a este centro de salud; actualmente paciente hemodinámica mente estable, afebril, tolerando vía oral, Herida Operatoria sellada sin salida de secreción, en corrección por Desequilibrio de Electrolitos, se reporta Na 129, K 4.51, al momento diagnósticos: Osteomielitis de cadera derecha positivo a S. AUREUS más Lavado Quirúrgico más colocación de espaciador de cemento, más diabetes mellitus, más secuela de accidente cerebro vascular isquémico, más anciano frágil, más Desequilibrio electrolítico.

Registro actual de Enfermería: Paciente masculino con signos vitales de: Pulso 80 x'. FR 18x', T° 36.5, T/A : 110/80mm, **hemogluco test de 110 mg/dl**, glicemia 99 mg/dl

quien consultó por dos días de presentar periodos de adinamia e hipoactividad, hace un día familiar nota poca respuesta a estímulos verbales y táctiles, hace 12 horas nota imposibilidad para la movilización de hemicuerpo derecho, por lo que consulta con médico particular quien refiere a este centro de salud; actualmente cumpliendo 15 días de estancia hospitalaria en este servicio, se observa paciente con ropa hospitalaria consciente y orientado en tiempo, lugar y espacio, piel y mucosas hidratadas, con facies de dolor a la movilización, con buen patrón respiratorio, tolerando vía oral, en subclavia

derecha catéter venoso central de 3 lúmenes colocado el día 22/4/24, ambos miembros superiores simétricos y normales, tórax simétrico con buena expansión torácica, abdomen blando y depresible a la palpación en cuadrantes, micción espontánea abundante, miembro inferior derecho se observa cicatriz de herida operatoria sana cerrada sin suturas ni signos de infección realizada el día 15/3/24, ambos miembros inferiores con poca movilidad motora más dolor a la movilización; en resolución según exámenes hiponatremia leve.

#### 6. Medios de diagnósticos

Cultivo de Secreción, tipo de muestra Herida Quirúrgica: Positivo a estafilococos Aeurus.(ver anexo 8)

Tratamiento Actual: heparina 5000 unidades subcutáneo, sulfato ferroso 1 tableta cada 8hr, acetaminofén 1 tableta cada 8hr, desketoprofeno 25 mg, fitomenadiona (vitamina K) 10mg y Vancomicina 1 gramo cada 12hrs, omeprazol 40mg cada día, solución salina normal 500 cc más 2 cc de sulfato de magnesio cada 12 horas, acetaminofén 1 g endovenoso cada 8 horas, heparina 5000 unidades cada 12 horas, trimetropin mas sulfametoxazol 1 tableta cada 8 horas,.

Exámenes de Laboratorio:

MG: 1.69 mg/dl

Plaquetas: 547

Na: 131 meq/L

Hemoglobina: 10.6

Glóbulos Rojos: 3.48

**Responsable que tomó los datos:** Judith GisselleLópez

Leucocitos: 8.16

Cruz y Stefanie Carolina Urrutia Flores.

Linfocitos: 14.6

### 2.3.3 ORGANIZACIÓN DE DATOS

#### 2.3.3.1 PROSA DE EXAMEN FÍSICO

Usuario Alfredo Ponce de constitución normal de aparentemente 72 a años de edad, igual que la cronológica, con buena articulación de palabras, postura normal, con buena presentación personal limpia y ordenada, Con signos vitales de: Pulso 80 x'. FR 18x', T° 36.5, T/A: 110/80mm, **hémogluco test de 110 mg/dl**, glicemia de 99 mg/dl

**Cabeza:** con técnica semiológica se inspecciona cabeza simétrica, con forma redondeada de tamaño normo cefálico, buena higiene, buena implantación de cabello, distribución simétrica, fino y sedoso. A la palpación no se encuentran masas ni hundimientos, no cicatrices, no dolencias. A la observación sin presencia de parásitos, con cabello y cuero cabelludo limpio y sin seborrea, distribución de cabello asimétrica por alopecia.

**Cara:** con técnica semiológica se observa rostro de forma redonda, con volumen proporcional al resto del cuerpo, simétrica, piel de color trigueña, integra, sin transpiración, sin presencia de cicatrices en rostro, ni movimientos involuntarios, movimientos faciales simétricos, sin presencia de edemas, oclusión, rima palpebral, sacos lagrimales normales. A temperatura normal, sin presencia de masas, sin dolor ni tumefacción en glándulas parótidas, con palpación de pulso arterial y temporal, a la valoración del séptimo par craneal movimientos faciales coordinados.

**Ojos:** a la inspección y palpación, cejas simétricas, con buena implantación, buena distribución, se observan orzuelos en párpado inferior derecho y párpado superior derecho, con visualización normal de glándulas y conductos lagrimales en ambos ojos. Implantación de pestañas buenas, conjuntiva palpebral normal, conjuntiva bulbar normal e humada sin cuerpos extraños, integra, transparente y coloreada, buena integridad húmeda, pupilas redondas isocóricas y simétricas sin anormalidades con reflejo de acomodación, reacción a luz directa consensual, con movimientos oculares e identificando los colores amarillo, rojo, azul, morado y verde, no hay pérdida de la visión al momento. A la palpación no se encontró masas ni edemas, ni dolor o secreciones. Agudeza visual 20/30 en ambos ojos realiza por aumento de letras en un dispositivo celular. Evalúa 3 par craneal con los 6 movimientos oculares sin desviaciones, 4 par craneal no tiene dificultad para mover los así

arriba, abajo y lateral, quinto par craneal trigémino se realiza con una pluma se presenta el reflejo corneal.

**Oídos:** Se observa buena higiene, sin presencia de secreciones, con implantación del pabellón auricular normal, piel íntegra, simétrico y de tamaño normal A la palpación se encuentra con consistencia normal, sin sensibilidad alterada, movilidad normal, temperatura normal y ganglios no palpables. Se realiza prueba de audición con resultando normales. Se realiza prueba de reloj en ambos oídos logrando escuchar a una distancia de 10 centímetros, identifica el susurro el cual escucha y chasquido de dedos a 30 centímetros de distancia.

**Nariz:** Se inspecciona y se palpa nariz externa, con forma levemente alargada de tamaño proporcional a la cara, tabique nasal recto, simétrico, de piel lisa se observa verruga prominente del mismo color de la piel sin dolor en narina derecha; con fosas nasales y vestíbulo nasal permeables, sin crepitaciones, masas o secreciones.

Senos Paranasales: Sin edema ni dolor a la palpación. Senos paranasales: maxilar, frontal, etmoides y esfenoides sonido mate, a la transiluminación sin anormalidad, evaluando par craneal olfatorio se realiza prueba de olores agradables y desagradables los cuales identifica perfectamente.

**Oro faringe:** Se observa buena higiene, sin evidencia de respiración oral, maxilares normales, labios simétricos, con tamaño proporcional a la cara, de coloración rosada normal, húmeda, íntegra con mucosa oral sin anormalidades. Dentadura incompleta: los 2 incisivos centrales, los laterales del lado izquierdo y sin la mayoría de caninos, con **presencia de caries en el molar inferior de leve profundidad**. Lengua de tamaño normal, simétrica, húmeda e íntegra, sin movimientos involuntarios. Paladar blando y duro sin anormalidades, reconoce los sabores dulce, amargo y ácido se observa el reflejo nauseoso, con ovula móvil y centrada **paciente con dificultad para hablar (habla bradilálica)**

**Cuello:** a la inspección se observa buena higiene y sin pigmentación, no lesiones, no cicatrices, simétrico, no presencia de masa, buen llenado yugular. A los movimientos de flexión, extensión, rotación e inclinación, los realiza sin ningún problema, ni dificultad. Temperatura normal, con presencia de sensibilidad y presente pulso carotideo normal.

**Tórax:** a la inspección de tórax se observa con desarrollo del músculo esquelético normal, contextura lisa, con escasa presencia de vellos, no lesiones, ni hiperpigmentacion, tipo de tórax elíptico, escápulas, clavículas, hemitórax y hombros simétricos. Frecuencia de la

respiración de 18 por minuto, tipo de respiración diafragmática columna sin cifosis, lordosis y escoliosis.

A la palpación no hay sensibilidad, ni presencia de masas, temperatura normal.

A la auscultación no se percibieron signos de disnea, ruidos pulmonares normales, no roncus, sibilancias, y crepitaciones.

**Corazón:** A la auscultación se localiza el punto de máxima impulso a nivel del 5 espacio intercostal, con la presencia de los 5 focos: aórtico, tricúspide y punto máximo de impulso el apical, presenta un ritmo regular se contabiliza 80 pulsaciones por minuto, con una presión arterial de 110/80 mmhg.

**Mamas y axila:** a la inspección se observa piel íntegra de color uniforme con mamas simétricas, tamaño normal, sin presencia de retracción de pezón, areolas redondas.

A la palpación usando técnica de circular no se detectaron áreas dolorosas, ni presencia de masas, axilas sin presencia de cadena ganglionar alterada, no se detectaron pezones invertidos, ni presencia de secreciones.

**Abdomen:** A la inspección se encuentra abdomen de piel íntegra, color uniforme, de tamaño normal, con leve visualidad de cicatriz en línea media abdominal, contorno plano. A la auscultación se encuentra presenta ruidos peristálticos 5 por minuto, ruidos intestinales audibles. A la palpación no se encuentran masas, no dolor, pulso de aorta abdominal presente, hígado y vejiga palpables.

Palpación superficial:

Temperatura normal, piel trigueña, cuadrante superior derecho e izquierdo no se encuentran soplos a la auscultación; a la percusión sonido timpánico; cuadrante inferior derecho e izquierdo a la auscultación no se encuentra soplos, a la percusión sonidos timpánico y mate

**Músculo esquelético:** paciente encamado a lo **cual no se observa estabilidad ni marcha.**

Miembros superiores simétricos y normales con capacidad de rotación y flexión; miembro superior derecho con medida de 35 cm, miembro superior izquierdo con medidas de 34 cm manos simétricas con 5 dedos en cada mano falanges normales, con capacidad de abducción, flexión, extensión, se observa en mano derecha lateral leve cicatriz de antigua herida operatoria. De hace 5 años Funcional: movilidad activa normal de flexión, extensión, rotación, aducción, pronación, supinación, rotación, amplitud de movimiento y desarrollo muscular normales **Se observa dificultad para moverse en su unidad lo realiza**

con ayuda por enfermería, se observa miembro inferior muslo derecho con rotación interna con gestos de dolor facial al movilizar, se observa además en cadera derecha lateral herida operatoria cerrada de hace 3 meses, sin suturas, sin salida de secreción, ambos miembros inferiores con capacidad de flexionar, abducción y flexión, con medición de: Miembros superiores : derecho: 35 cm, izquierdo: 34 cm, Miembros inferiores: derecho: 86 cm, izquierdo: 87 cm

#### **Vascular periférico:**

En la inspección: se observa red venosa no hay alteraciones, ni cianosis. A la palpación: no dolor en extremidades, no edema, llenado capilar menos de dos segundos, pulsos periféricos presentes, sin signos de tromboflebitis, no varices, ni micro várices, auscultación no detección de soplos arteriales.

**Neurológico:** Usuario consciente y orientado en sus 3 esferas mentales: tiempo, lugar y persona. Sin alteración de la memoria, usuario que entiende el lenguaje, no se evidencia alguna secuela del accidente cerebro vascular, pero presenta lenguaje bradilálica.

Sensibilidad fina: reconoce un objeto con los ojos cerrados al tacto y figura realizada en la palma de la mano.

**Sensibilidad Superficial:** se evidencia sensibilidad normal y simétrica, al roce de objetos puntiagudos, sensibilidad a temperatura fría y caliente normal.

Prueba de equilibrio y coordinación:

Debido a que el paciente tiene incapacidad para la deambulacion no se valora caminata, prueba de romper, marcha punta, puntillas y talón. Prueba dedo-nariz, dedo-enfermera, dedo a dedo y dedo pulgar lo realiza coordinada y normalmente.

#### **Reflejos osteotendinosos.**

Superciliar, Masetero, Bicipital, Tricipital, Rotuliano, Patelar y Braquiorradial presente con normalidad.

#### **Reflejos cutaneomucosos.**

Corneal, Cutáneo Abdominal, Cremastérico y Plantar presentes y normales sin ningún aumento o disminución.

**Pares Craneales:** a medida se realizó el examen físico se fue evaluando cefalocaudal los pares craneales los cuales se encuentran presentes y funcionando normal a excepción de par craneal facial donde se observa en la inferior de la boca un leve desvío.

### **2.3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

En la presente investigación respecto a los aspectos éticos En el proceso de revisión, se usaron las revisiones bibliográficas como fuentes para profundizar el debate sobre la ética. Las declaraciones, informes y documentos de orientación de fuentes autorizadas han cumplido una función prominente en estas deliberaciones, como el Código de Núremberg (1947), la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas (1966), el Informe Belmont (1979), la Norma sobre Buenas Prácticas Clínicas (BPC) de la Conferencia Internacional sobre Armonización de los Requisitos Técnicos aplicable al Registro de Sustancias Farmacéuticas para uso Humano (ICH) (1996), la Convención de Oviedo del Consejo de Europa (1997), la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005), las Consideraciones éticas en ensayos biomédicos de prevención de la infección por el VIH del ONUSIDA/OMS (2007/2012)

Por lo anteriormente mencionado se debe de tener en cuenta a la hora de recolección de datos dentro de la investigación cualitativa y cuantitativa, lo que principalmente debe de tenerse en cuenta es proporcionarles a los participantes un consentimiento informado donde se menciona la confiabilidad de los datos obtenidos y los posibles riesgos a los que se pueden enfrentarse los participantes en el momento que se realice el estudio. A continuación, se explica brevemente los puntos anteriores mencionados.

Información a los participantes. Antes del inicio del ensayo, debe informarse a los participantes cómo se ha organizado la transición a la atención después de la investigación y en qué medida podrán recibir intervenciones beneficiosas del estudio de forma posterior al ensayo. Debe informarse a los participantes que reciban acceso continuo antes de la aprobación regulatoria sobre los riesgos de recibir intervenciones no registradas.

El consentimiento informado es un proceso. El comienzo de este proceso obliga a dar la información relevante al posible participante, asegurarse de que la persona haya comprendido adecuadamente los datos relevantes y haya decidido o rehusado a participar sin haber sido objeto de coacción, influencia indebida o engaño.

La información debe proporcionarse en un lenguaje sencillo que el posible participante pueda entender. La persona que obtiene el consentimiento informado debe ser versada en la investigación y poder responder cualquier pregunta de los posibles participantes. Los investigadores a cargo del estudio deben estar disponibles para responder preguntas a petición de los participantes. Debería brindarse a los participantes la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas antes o durante la investigación. Los investigadores deberían hacer todo lo posible por abordar esas preguntas de una manera oportuna y completa.

Minimizar la recogida de datos: Asegúrese de que el alcance del proceso de recopilación de datos se limita a lo necesario para su investigación. Cuantos menos datos personales recopile, menor será el riesgo de vulnerar la privacidad. Anonimizarían: Elimine u oculte cualquier información privada, como identificadores personales, de sus datos tan pronto como sea posible en el procesamiento de los mismos.<sup>9</sup>

#### **2.3.4.1 HISTORIA DE ENFERMERIA.**

Historia de Enfermería: Paciente masculino con signos vitales de: Pulso 80 x'. FR 18x', T° 36.5, T/A: 110/80mm, **hemogluco test de 110 mg/dl**, glicemia de 99 mg/dl quien consultó por dos días de presentar periodos de adinamia e hipoactividad, hace un día familiar nota poca respuesta a estímulos verbales y táctiles, hace 12 horas nota imposibilidad para la movilización de hemicuerpo derecho, por lo que consulta con médico particular quien refiere a este centro de salud; actualmente cumpliendo 15 días de estancia hospitalaria en este servicio, se observa paciente con ropa hospitalaria consciente y orientado en sus 3 esferas tiempo, lugar y persona, con buen patrón respiratorio, tolerando vía oral, en subclavia derecha catéter venoso central de 3 lúmenes colocado el día 22/4/24, ambos miembros superiores simétricos y normales, tórax simétrico con buena expansión torácica, abdomen blando y depresible a la palpación, micción espontánea abundante, miembro inferior derecho se observa cicatriz de herida operatoria sana cerrada sin suturas ni signos de infección del 15/3/24 , ambos miembros inferiores con poca movilidad motora más dolor a la movilización; en resolución hiponatremia leve, paciente aparentemente estable.

## **1. Patrón percepción/ control de salud**

Paciente masculino consciente y orientado en posición decúbito dorsal, que se observa limpio y ordenado con ropa hospitalaria, **quien evalúa su salud como regular, menciona haber tenido vicios como alcohol que dejó hace 10 años**, consumo de cafeína 2 vasos al día, ingresos hospitalarios por parte de los hijos, estado de vacunación que se conoce contra el COVID 19, sin problemas para seguir recomendaciones de medico ni enfermería. Paciente con antecedentes de Diabetes mellitus desde hace 15 años tratado con glibenclamida/Metformina cada día oral.

Cirugías previas Colocación de MOOS en columna lumbar por trauma secundario a accidente de tránsito a los 20 años, Laparotomía exploratoria por abdomen pseudo obstructivo en octubre 2023 HNR, Colocación de MOOS por fractura de mano derecha por accidente de tránsito y Habla bradilálica.

Se observa con ropa hospitalaria limpia y ordenada, uñas cortas, sin suciedad, vivienda descrita con techo de cemento, piso y paredes iguales, baño lavable 3 cuartos.

## **2. Patrón nutricional-metabólico**

Dieta hospitalaria indicada por el momento con dieta para diabético, hiposódica, hiperproteica.

Alimentación en el hogar, menciona que su ingesta diaria “como de todo cuando se puede, no presenta prótesis, se observa falta de los 2 incisivos centrales, los laterales del lado izquierdo y sin la mayoría de caninos total de diente 29, con **presencia de caries en el molar inferior de leve profundidad**, lengua de tamaño normal, simétrica, húmeda e íntegra, sin movimientos involuntarios. Paladar blando y duro sin anormalidades, reconoce los sabores dulce, amargo y ácido se observa el reflejo nauseoso, con ovula móvil y centrada. No tiene problemas a la masticación, ni para deglutir, independiente al momento de ingerir sus alimentos, sin ningún problema gastrointestinal

Piel de la paciente trigueña, humectada, con buen tono muscular no dolor, ni edemas, cabello delgado en poca cantidad y limpio, uñas semi largas sucias, talla de 1.65 cm, peso de 50 kg y un IMC de 110, al momento presenta una glucemia de 99 mg/dl, un **hemogluco test 110 mg/dl**.

### 3. Patrón de eliminación.

A la inspección se encuentra abdomen de piel íntegra, blando y depresible a la palpación, color uniforme, de tamaño normal, con leve visualidad de cicatriz en línea media abdominal, contorno plano. A la auscultación se encuentra presenta ruidos peristálticos 10 por minuto, ruidos intestinales audibles. A la palpación no se encuentran masas, no dolor, pulso de aorta abdominal presente, hígado y vejiga palpables.

Se observar leve cicatriz en línea media sin dolor a la palpación, con eliminación intestinal de 3 veces al día de características **semi duras** sin molestias, micción espontánea de color amarillo claro, sin molestias frecuencia de 2 veces al día, no oliguria no poliuria.

### 4. Patrón actividad-ejercicio.

A la auscultación se localiza el punto de máxima impulso a nivel del 5 espacio intercostal, Con la presencia de los 5 focos: aórtico, tricúspide y punto máximo de impulso el apical, presenta un ritmo regular se contabiliza 80 pulsaciones por minuto, con una presión arterial de 110/80 mmhg.

A la inspección de tórax se observa con desarrollo del músculo esquelético normal, textura lisa, con escasa presencia de vellos, no lesiones, ni hiperpigmentacion, tipo de tórax elíptico, escápulas, clavículas, hemitórax y hombros simétricos. Frecuencia de la respiración de 18 por minuto, tipo de respiración diafragmática columna sin cifosis, lordosis y escoliosis. A la palpación no hay sensibilidad, ni presencia de masas, temperatura normal. A la auscultación no se percibieron signos de disnea, ruidos pulmonares normales, no roncus, sibilancias, y crepitaciones.

Paciente **con dificultad para la movilidad motora en término medio de cadera derecha al momento no realiza ejercicio debido a la incapacidad de movilizarse por procedimiento de lavado Quirúrgico** solo, actividades diarias dependiente de otros al momento. Paciente refiere que su actividad es ligera y no hay riesgo en ello, su recreación al momento es escuchar la radio

Movilidad músculo esquelética: paciente encamado a lo cual no se observa estabilidad ni marcha. Miembros superiores simétricos y normales con capacidad de rotación y flexión, manos simétricas con 5 dedos en cada mano falanges normales, con capacidad de abducción, flexión, extensión, **se observa en mano derecha lateral leve cicatriz. Se observa dificultad para movilizarse en su unidad, se observa pierna derecha con rotación interna con**

gestos de dolor facial al movilizar, se observa además en cadera derecha lateral herida operatoria cerrada 15/3/24, sin suturas, sin salida de secreción, ambos miembros inferiores con capacidad de flexionar, abducción y flexión, con medición de:

En la inspección vascular no hay alteraciones, ni cianosis. A la palpación: no dolor en extremidades, no edema, llenado capilar menos de tres segundos, pulsos periféricos presentes, sin signos de tromboflebitis, no varices, ni micro várices, auscultación no detección de soplos arteriales.

#### **5. Patrón sueño-reposo.**

El paciente refiere que en su hogar mantiene ventilación, ya que tiene varias ventanas, menciona que el transcurso del día no se duerme y no se siente cansado en el transcurso del día, además se levanta temprano a las 7: 00 am y se acuesta a las 8: 00 pm todos los días. no utiliza ningún tratamiento farmacológico para dormir ya que no le ocasiona ningún problema. Pero refiere que, si toma mucho café durante el día, además durante las horas de dormir se observa que no hay presencia de ronquidos o apneas, refiere que cuando **despierta se siente más o menos cansada**, se observa además conjuntiva palpebral normal.

#### **6. Patrón cognitivo-perceptivo.**

Usuario consciente y orientado en sus 3 esferas mentales: tiempo, lugar y persona. sin alteración de la memoria, sin dificultad de entender el lenguaje. A la sensibilidad fina: reconoce un objeto con los ojos cerrados al tacto y figura realizada en la palma de la mano. A la sensibilidad superficial se evidencia sensibilidad normal y simétrica, al roce de objetos puntiagudos, sensibilidad a temperatura fría y caliente normal.

**En la prueba de equilibrio y coordinación debido a que el paciente tiene incapacidad** para la deambulacion no se valora caminata, prueba de romper, marcha punta, puntillas y talón. Prueba dedo-nariz, dedo-enfermera, dedo a dedo y dedo pulgar lo realiza coordinada y normalmente. Pupilas redondas isocóricas y simétricas sin anormalidades con reflejo de acomodación, reacción a luz directa consensual, con movimientos oculares e identificando los colores amarillo, rojo, azul, morado y verde, no hay perdida de la visión al momento. A la palpación no se encontró masas ni edemas, ni dolor o secreciones. **Agudeza visual 20/30 en ambos ojos realiza por aumento de letras en un dispositivo celular.** Evalúa 3 par craneal con los 6 movimientos oculares sin desviaciones, 4 par craneal no tiene dificultad para mover los así arriba, abajo y lateral, quinto par craneal trigémino se realiza con una pluma

se presenta el reflejo corneal. Se realiza prueba de audición y aéreo resultando normales. Se realiza prueba de reloj en ambos oídos logrando escuchar a una distancia de 10 centímetros, identifica el susurro el cual escucha y chasquido de dedos a 30 centímetros de distancia. No tiene problemas de memoria ni de concentración, sabe leer y escribir

#### **7. Patrón auto perceptivo.**

Paciente se describe así mismo como alguien tranquilo. Al momento no refiere que tenga ningún problemas con su imagen corporal, pero al momento no se observa un patrón de voz **bradilálica**. Se observa una postura recta miembro inferior en **abducción con rotación interna de pie** paciente que al momento se observa cambios de ánimo **porque sus familiares no llegan a visitarlos** muy seguido.

#### **8. Patrón rol-relaciones.**

El paciente refiere que vive con sus 2 hijos menciona que tiene muy buena relación y con su cuñados/as, además menciona que no siente solo, **pero si triste, porque le gustaría que lo visitarán más seguido, pero por los trabajos de sus hijos no se puede y él comprende.**

#### **9. Patrón sexualidad-reproducción.**

Ya no tiene vida sexual, número de parejas 3 y nunca se ha hecho ningún examen de mamas.

#### **10. Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés.**

El paciente menciona que al recordar cómo era antes de tener esta patología podría andar en su casa Presentó un cambio significativo en su vida últimamente por la enfermedad, cansancio pero que no lo desanima.

**11. Patrón valores-creencias:** Paciente de religión evangélica, menciona que la religión es importante en su vida y que le ayuda cuando surgen dificultades, sin ningún plan a futuro

### 2.3.4 ORGANIZACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

PATRONES DISFUNCIONALES (Ubicar solo datos significativos, incluidos los factores de riesgo)			DATOS DEL RESUMEN CLÍNICO DE ENFERMERÍA
NOMBRE DEL PATRON	DATO SUBJETIVO	DATO OBJETIVO	
Patrón I: <a href="#">Percepción y Control de la Salud</a>	S1 Evalúa su salud como regular. S2 menciona haber tenido vicios como alcohol que dejó hace 10 años	O1 Colocación de MOOS en columna lumbar por trauma secundario a accidente de tránsito a los 20 años.  O2 Colocación de MOOS por fractura de mano derecha.  O3 habla bradilálica	Edad: <u>72 años</u> Sexo: <u>Masculino</u> Escolaridad: <u>Básica</u> Diagnóstico Médico: <u>Osteomielitis de cadera derecha positivo a Estafilococo Aureus más Lavado Quirúrgico más colocación de espaciador de cemento, más diabetes mellitus, más secuela de accidente cerebro vascular isquémico, más anciano frágil, más desequilibrio electrolítico (hiponatremia)</u> Días de estancia hospitalaria: <u>2 meses con 15 días.</u> Registro de Enfermería: <u>Paciente consciente y orientado en sus tres esferas mentales quien al momento se encuentra con buen</u>
Patrón III: <a href="#">Eliminación</a>		O1 Eliminación intestinal con características semi duras O3 leve visualidad cicatriz en línea media abdominal	
Patrón IV <a href="#">Actividad / Ejercicio.</a>		O1 paciente con poca movilidad motora que no realiza ejercicios  O2 pierna derecha levemente desviada así adentro con gestos de	

PATRONES DISFUNCIONALES (Ubicar solo datos significativos, incluidos los factores de riesgo)			DATOS DEL RESUMEN CLÍNICO DE ENFERMERÍA
		dolor facial al movilizar.	<u>patrón respiratorio sin dificultad, tolerando vía oral, con catéter venoso central de lúmenes en subclavia derecha cubierta con Tegaderm, abdomen blando y depresible, micción espontánea, con rodete como medida de separación de miembros inferior.</u>
Patrón V: <a href="#">Sueño / Reposo</a>	S1 refiere dormir 7 horas, aunque al despertar siente que no ha descansado	O1 se observa presencia de ojeras	
Patrón VI: <a href="#">Cognitivo / Perceptivo</a>		O1 Habla bradilálica. O2 abducción con rotación interna de pie O3 se observa ansioso, triste y fatigado ya que sus familiares no llegan a visitarlos. O4. Facies de dolor a la movilización	

### 2.3.5. ORGANIZACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACION DE

DATOS SIGNIFICATIVO	ANALISIS E INTEPRETACION
<p>Patrón I:</p> <p><u>Percepción y Control de la Salud</u></p> <p>S1 Evalúa su salud como regular.</p> <p>S2 menciona haber tenido vicios como alcohol que dejó hace 10 años</p> <p>O1 Colocación de MOOS en columna lumbar por trauma secundario a accidente de tránsito a los 20 años.</p> <p>O2 Colocación de MOOS por fractura de mano derecha.</p>	<p>La salud es muy importante para la recuperación de salud para un paciente por eso se debe de evitar todo tipo de vicio que afecte la salud y el bienestar del usuario principalmente los vicios manifestado en P1S1S2entre ellos la adicción al alcohol es un trastorno crónico recurrente asociado con el consumo compulsivo de alcohol, la pérdida del control sobre la ingesta y la aparición de un estado emocional negativo cuando el alcohol ya no está disponible. El trastorno por consumo de alcohol una afección caracterizada por la capacidad deteriorada para detener o controlar el consumo de alcohol a pesar de las consecuencias sociales, ocupacionales o de salud adversas. Es un trastorno del espectro y puede ser leve, moderado o grave y abarca las afecciones a las que algunas personas se refieren como abuso de alcohol, La causa de la osteomielitis de columna puede ser de origen bacteriano y no bacteriano. Dados los síntomas inespecíficos, el diagnóstico precoz es un desafío para el tratamiento médico. Los déficits neurológicos son previsibles en más del 50% de los pacientes. Por esos es importante la colocación de MOOS manifestado en el P1O1O2</p> <p>En el caso de usuario se observa que la salud es regular según los mencionado por el paciente y también se observa un récord de bebidas alcohólicas durante en 10 años ya que esto le afecta hoy en días por su enfermedad que es la osteomielitis debido un accidente de tránsito de hace 20 años se le coloco en su columna vertebrar MOOS en la columna lumbar</p>

<p>Patrón II: Nutricional Metabólico. S1 “cómo de todo cuando se puede” O1 dentadura incompleta con presencia de caries</p>	<p>La caries se define como un padecimiento multifactorial, en el que para iniciar el proceso de la enfermedad se establece la intervención simultánea de tres grupos de factores: microbianos, del sustrato y elementos propios del sujeto afectado manifestado por P2O1 además La falta de una o varias muelas dificulta la masticación, daña las encías por el esfuerzo de realizar la masticación, además de problemas gastrointestinales; esto nos puede indicar que el usuario no llevo una higiene bucal adecuada ya que hay pérdida de 2 incisivos centrales, los laterales del lado izquierdo y sin la mayoría de caninos, pudiendo llevar a la gingivitis, periodontitis como enfermería es importante ayudar al usuario a realizar enjuagues bucales las veces necesarias, cepillado de la cavidad oral después de cada comida, para mejorar la calidad de vida.</p> <p>En el caso de usuario por su diagnóstico de diabetes mellitus se puede observar que no tiene un control nutricional y que además se relaciona a malos hábitos de higiene por pérdida de sus piezas dentales, además que por su infección necesita una alimentación rica en proteínas.</p>
<p>Patrón III: Eliminación. O1 Eliminación intestinal con características semi duras</p>	<p>Las heces son todo aquello que desechamos después de haber absorbido los nutrientes de los alimentos que hemos ingerido. Por lo tanto, su forma y su consistencia va a depender mucho de nuestra alimentación y estilo de vida. Manifestado en P201, unos de los cuidados de enfermería es tratar el estreñimiento directamente explicando la importancia de ingerir alimentos altos en fibras y mantenerse hidratado</p>
<p>Patrón IV: Actividad / Ejercicio. O1 paciente con poca movilidad motora que no realiza ejercicios</p>	<p>La movilidad física requiere suficiente fuerza muscular y energía, además de la estabilidad esquelética, la función articular y la sincronización neuromuscular adecuadas; manifestado en P5O1,O2 en este caso el paciente padece osteomielitis (es una infección causado por bacterias, mico bacterias u hongos que afectan el hueso) de cadera que es una infección adquirida por una exposición de una herida previa por bacterias comunes como Bacteria Aerijs causada al tener la colocación del espaciador de cemento (son implantes diseñados para</p>

<p>O2 pierna derecha levemente desviada así adentro con gestos de dolor facial al movilizar.</p>	<p>el reemplazo temporal de prótesis articulares retiradas por alguna infección. Están fabricados en cemento óseo con gentamicina y liberan antibiótico en los tejidos circundantes, coadyuvando al tratamiento de las infecciones protésicas con el método “en dos tiempos”) <b>afecta a que realice una deambulacion segura y en su unidad su movilidad física alcanza colocarse de lado. paciente con poca movilidad motora que no realiza ejercicios, pierna derecha levemente desviada así adentro con gestos de dolor facial al movilizar.</b> como personal de salud es importante brindarle atención directa sobre la importancia de explicar los factores negativos a no poder moverse y estar en una sola posición puede ocasionar una zona de presión hasta llegar a una úlcera por decúbito que se pueden formar cuando los músculos y el tejido blando presionan contra una superficie para este caso la cama, es importante darle cambios de posición al paciente por lo menos cada dos horas de igual forma brindando tratamiento farmacológico para el dolor.</p> <p>De igual forma es importante saber el manejo del dolor que es un sensación desagradable que puede ser agudo o intermitente que puede ser asociada a una lesión tisular real o potencial el cual las señales de dolor se desplazan a través de los nervios y se desplazan hacia la medula espinal, el cerebro lee las señales y las interpreta como dolor, es uno de los criterios más importantes para proporcionar una atención segura, basada en la evidencia y centrada en el paciente. Para mejorar el manejo del cuidado de enfermería. <b>Además, a la hora de realizar movilizar al paciente en su unidad se observa con mucha frecuencia dolor a moverse y realizar cambios de posición en su unidad es por eso que se busca estrategias para evitar lo más posiblemente cualquier cambio innecesario al paciente.</b></p>
<p>Patrón V: Sueño / Reposo. S1 refiere dormir 7 horas. O1 se observa presencia de ojeras</p>	<p>El insomnio repercute en el estado vigilia del individuo por producir disminución de la concentración, falta de energía física y alteraciones del comportamiento y de las emociones (irritabilidad), que afectan de modo importante en su calidad de vida, teniendo en cuenta que de 5 horas el cuerpo se recupera y con 8 horas se encuentra completamente recuperado y descansado desde un sueño REN y RAN Los patrones de sueño tienden a cambiar a medida que envejecemos. La mayoría de las personas encuentran que el proceso de envejecimiento los lleva a tener dificultades para conciliar el sueño, se despiertan con más frecuencia durante la noche y se</p>

	<p>levantan más temprano por la mañana; en el caso del usuario refiere dormir 7 horas estas van de 8 pm a 4 am en ese periodo siempre se despierta por las actividades que realiza el personal de enfermería, esto podría explicar el hecho de que el paciente presente ojeras.</p>
<p>Patrón VI: cognitivo / perceptivo. O1 Habla bradilálica. O2 Observa cambios de ánimo porque sus familiares no llegan a visitarlos</p>	<p>Los trastornos del estado de ánimo, como la depresión y el trastorno bipolar, afectan de manera emocional a las personas. Si tienes depresión, puedes sentirte triste todo el tiempo. También puedes estar ansioso se puede manifestar en objetivo principal de las intervenciones enfermeras, en las personas que están experimentando una crisis de ansiedad, estará dirigido a hacer la ansiedad más tolerable, aumentar la seguridad y conseguir que la respiración se torne a niveles aceptables. Además, el dolor que percibe según dato P4O2 que contribuye a su ansiedad. Dado que son situaciones puntuales pero que generan un gran sufrimiento y tienen tendencia a la repetición, es recomendable su atención por los equipos de salud de la atención especializada, por tal de incluir intervenciones terapéuticas que prevengan la repetición de las crisis y eviten la cronificación</p>

## 2.4 FASE DIAGNOSTICA

### 3. FORMATO PARA LA VALIDACION, CLASIFICACION Y CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICOS ENFERMERO

#### 2.4.1 DIAGNOSTICO ENFERMERO CENTRADO EN EL PROBLEMA N° 1

<b>1.</b>	NOMBRE DE LA ETIQUETA:	Movilidad física deteriorada.		
<b>2.</b>	DEFINICION:	Limitación en el movimiento independiente y decido en el cuerpo una o más extremidades.		
<b>3.</b>	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:	DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION(MG)	VALIDACIÓN (NANDA)	
		-paciente con poca movilidad motora que no realiza ejercicios. -Muslo derecho levemente desviada así adentro con gestos de dolor facial al movilizar.	-Incapacidad para moverse. -Disminución del rango de movimiento	
<b>4.</b>	FACTORES RELACIONADOS:	DATOS RECOLECTADOS EN LA VALORACION	VALIDACIÓN (NANDA)	
		- Se observa dificultad para movilizarse en su unidad -Poca movilidad motora	-Disminución de fuerza muscular -Disminución de la tolerancia a la actividad	
<b>5.</b>	DOMINIO:	Actividad /descanso		
<b>6.</b>	CLASE:	Actividad ejercicio		
<b>7.</b>	CODIGO:	00085	<b>8.</b> N° DE PAG.	284

PROBLEMA (P)	ETIOLOGIA (E)	SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)
Movilidad física deteriorada	-Disminución de la fuerza muscular -disminución de la tolerancia a la actividad	Incapacidad para moverse, Disminución del rango de movimiento

Movilidad física deteriorada R/C Disminución de la fuerza muscular, disminución de la tolerancia a la actividad M/P incapacidad para moverse, Disminución del rango de movimiento

#### 4. FORMATO PARA LA VALIDACION, CLASIFICACION Y CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICOS ENFERMERO

##### 2.4.2DIAGNOSTICO ENFERMERO DE SINDROME N°\_2

9.	NOMBRE DE LA ETIQUETA:	Síndrome del anciano frágil	
10.	DEFINICION:	Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.	
11.	CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:	DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION(MG)	VALIDACIÓN (NANDA)
		-Dolor a la movilización. Dificultad para la movilidad motora en término medio de cadera derecha. -Se observa ansioso, triste, fatigado ya que sus familiares no llegan a visitarlo. -72 años.	- Movilidad Anfísica alterada -Disminución de la tolerancia a la actividad -Fatiga -Desesperanza. - déficit de autocuidado
12.	FACTORES RELACIONADOS:	DATOS RECOLECTADOS EN LA VALORACION	VALIDACIÓN (NANDA)
		Menciona que no siente solo, pero si triste, porque le gustaría que lo visitarán más seguido. -paciente encamado a lo cual no se observa estabilidad ni marcha	Ansiedad Disminución de la fuerza muscular Agotamiento Tristeza Estilo de vida sedentaria
13.	DOMINIO:	4	
14.	CLASE:	Actividad y reposo	
15.	CODIGO:	00257	16. N° DE PAG. 193

PROBLEMA (P)	ETIOLOGIA (E)	SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)
Síndrome del anciano frágil	-- Movilidad Anfísica alterada -Disminución de la tolerancia a la actividad -Fatiga -Desesperanza. - déficit de autocuidado	-Ansiedad -Disminución de la fuerza muscular --Agotamiento -Tristeza -Estilo de vida sedentaria

Síndrome del anciano frágil R/C movilidad física alterada, disminución de la tolerancia a la actividad, fatiga, Desesperanza, déficit de autocuidado M/P ansiedad, disminución de la fuerza muscular, agotamiento, tristeza, estilo de vida sedentaria

**FORMATO PARA LA VALIDACION, CLASIFICACION Y CONSTRUCCION DE  
DIAGNOSTICOS ENFERMERO**

2.4.4. DIAGNOSTICO ENFERMERO DE RIESGO N. 3º

1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:	Riesgo de lesión por presión en adultos		
2. DEFINICION:	Susceptible de padecer una lesión localizada de la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión combinada con cizallamiento.		
3. FACTORES DE RIESGO:	DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION		VALIDACIÓN (NANDA)
	-Paciente con poca movilidad motora que no realiza ejercicios. -Encamamiento prolongado Dificultad para la movilización por si solo		-Factor externo: microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo . -Presión sobre prominencia ósea -Factores Internos: Disminución de la actividad física -Disminución de la movilidad física. -Incumplimiento inadecuado del plan de prevención de lesiones por presión
4. DOMINIO:	Seguridad/protección.		
5. CLASE:	Lesión física		
6. CODIGO:	00249	7. N° DE PAG.	497

PROBLEMA (P)	FACTOR DE RIESGO
Riesgo de Lesión por Presión en Adultos	-Factor externo: microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo y Presión sobre prominencia ósea Factores Internos: Disminución de la actividad física -Disminución de la movilidad física. -Incumplimiento inadecuado del plan de prevención de lesiones por presión

Riesgo de lesión por presión en adultos R/C factor externo: microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo y Presión sobre prominencia ósea apoyo y Presión sobre prominencia ósea factores internos: Disminución de la actividad física Disminución de la movilidad física, incumplimiento inadecuado de plan de prevención de lesiones por presión

### 2.4.1. LISTA DE DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

N.º	DIAGNÓSTICO ENFERMERO FOCALIZADO EN EL PROBLEMA, DE RIESGO, DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD Y DE SÍNDROME
1.	Movilidad física deteriorada R/C Disminución de la fuerza muscular, disminución de la tolerancia a la actividad M/P incapacidad para moverse , Disminución del rango de movimiento
2.	Riesgo de Lesión por Presión en Adultos R/C Factor externo: microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo y Presión sobre prominencia ósea, Factores Internos: Disminución de la actividad física, Disminución de la movilidad física. e Incumplimiento inadecuado del plan de prevención de lesiones por presión
3.	Síndrome del anciano frágil R/C movilidad física alterada, disminución de la tolerancia a la actividad, fatiga, desesperanza M/P ansiedad, disminución de la fuerza muscular, agotamiento, tristeza, estilo de vida sedentaria.

## 2.4.2. PRIORIZACION DE DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

N.º	DIAGNÓSTICO ENFERMERO FOCALIZADO EN EL PROBLEMA, DE RIESGO, DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD	ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES
1.	Dx: Movilidad física deteriorada R/C Disminución de la fuerza muscular, disminución de la tolerancia a la actividad M/P incapacidad para moverse , Disminución del rango de movimiento	<p>Prioridad dos Urgente</p> <p>Según el método de triada la movilidad física es un problema urgente debido a que la movilidad permite preservar la función articular y mantener el tono muscular por lo que promover y ayudar a realizar ejercicios de tolerancia mantendrá la movilidad, prevendrá lesiones e independencia.</p>
2.	Dx: Riesgo de Lesión por Presión en Adultos R/C Factor externo: microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo y Presión sobre prominencia ósea, Factores Internos: Disminución de la actividad física, Disminución de la movilidad física. e Incumplimiento inadecuado del plan de prevención de lesiones por presión	<p>Prioridad dos Urgente</p> <p>Así mismo se utilizó el método de la triada, Las úlceras es un problema de tipo urgente, puesto que afecta el flujo sanguíneo, generando daño tisular provocando infecciones que se propagan a los huesos y genera necrosis.</p>

3	<p>Dx: Síndrome del anciano frágil R/C movilidad física alterada, disminución de la tolerancia a la actividad, fatiga, Desesperanza, déficit de autocuidado M/P ansiedad, disminución de la fuerza muscular, agotamiento, tristeza, estilo de vida sedentaria</p>	<p>Prioridad dos Urgente</p> <p>Según el método de triada La fragilidad es conocida como una entidad progresiva. El principio del ciclo de este síndrome, consiste en la acumulación de efectos relacionados con el envejecer y disminución de la actividad física, nutrición inadecuada, enfermedades y fármacos. Esta relación de factores conlleva a una desnutrición crónica y a una pérdida de masa muscular que lleva a la sarcopenia, este es un síndrome que se caracteriza por una disminución de la fuerza y una pérdida gradual de la masa muscular esquelética con riesgo de presentar resultados adversos como trastornos de la movilidad,</p>
---	---	---

### CAPITULO III.

#### 2.5 FASE DE PLANIFICACION.

#### PLAN DE CUIDADO N°1

Nombre del paciente: Alfredo Ponce Alfaro      Diagnóstico médico: Osteomielitis de cadera derecha positivo a S. AUREUS  
 mas Lavado Quirúrgico más colocación de espaciador de cemento Sexo: M      Edad: 72 años Servicio: Cirugía Hombre      Cama  
 N.º: 29

**Diagnóstico de Enfermería:** Dx: Movilidad física deteriorada R/C Disminución de la fuerza muscular, disminución de la tolerancia a la actividad M/P incapacidad para moverse , Disminución del rango de movimiento (pág. 284)

N O C	1.RESULTADO: Movilidad Pág. (409) 2. DEFINICION: Capacidad para moverse con resolución al entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda	3.PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a: 1 (Gravemente comprometido, grave)      Aumentar a: 4 (Levemente comprometido, grave)					
	4.INDICADORES:						
		Código	Indicador	Parámetros			
		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido.	Moderadamente comprometido	Moderadamente comprometido	No comprometido	
		1	2	3	4	5	
	020804	Movimiento articular		X	X		
	020810	Marcha		X	X		
	0208	Movilidad		X	X		
N I C	<b>INTERVENCIONES</b>		<b>ACTIVIDADES</b>				
	1. RESULTADO NIC: Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza Pag.234. 2. DEFINICIÓN: Facilitar el entrenamiento muscular frente a resistencia para mantener o aumentar la fuerza muscular		<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar a desarrollar un programa de entrenamiento de fuerza consecuentes con el nivel de forma física muscular, limitaciones musculo esqueléticas, objetivos de salud funcional y preferencias personales.</li> <li>Mostrar la forma de levantar las pesas para ejercitar cada grupo muscular principal durante el ejercicio.</li> <li>Ayudar a fijar objetivos realistas a corto y largo plazo y a lograr el del programa de ejercicios.</li> <li>Evaluar semanal el aumento de la fuerza muscular.</li> </ul>				

## EJECUCION / EVALUACION

El día 2 de junio de 2024 se realiza la validación del plan, con la Docente asesora Mayra Lisseth Henríquez de Cortez y el Licenciado Luis Alfredo Quintanilla Herrera responsable del paciente en este turno, se realiza observaciones y se retoman; por lo tanto, avala la realización de este, se documenta el plan en la ronda de enfermería y personal docente de UES de igual manera hay observaciones y son retomadas; Se presenta plan a pacientes quien muestra aceptación y disposición a su ejecución es así como se suministra el plan . Se realiza la valoración de las NIC de la siguiente manera

NIC	REACCIONES DE LA PERSONA
Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a desarrollar un programa de entrenamiento de fuerza consecuentes con el nivel de forma física muscular, limitaciones musculo esqueléticas, objetivos de salud funcional y preferencias personales: durante el transcurso del turno de la tarde se desarrolló una serie de ejercicios que para ello se evaluó la capacidad de rango de movimiento, las limitaciones que presenta el paciente y las preferencias de este, se enseñó y se realizó junto con el cada ejercicio, se observó que de ambas pierna tenia menor rango de movimiento al ejecutar los ejercicios el paciente manifestaba con su rostro preocupación pero se apoyó y motivo a que durante toda esta semana los hiciera y que vería el cambio a lo que expreso sentirse más tranquilo y cómodo., en el transcurso del tiempo muestra mejoría al poder movilizarle hacia un lado de la cama.</li> <li>• Mostrar la forma de levantar las pesas para ejercitar cada grupo muscular principal durante el ejercicio: se explica a paciente la forma correcta de sostener y manejar las pesas que improvisadamente realizamos por enfermería de arena se muestra dispuesto y colaborador realizando todo según lo indicado, paciente se expresa agradecido que se preocupen por él y por motivarlo a realizar ejercicios</li> <li>• Ayudar a fijar objetivos realistas a corto y largo plazo y a lograr el del programa de ejercicios: se enseña al paciente el plan de ejercicios que se realizara a corto plazo durante la estancia hospitalaria quien acepta y se observa motivado, se menciona que al final de cada semana se evaluara el aumento de la fuerza muscular; además se enseñara al familiar ejercicios que puedan hacer en el hogar con el fin de que lo realizado en el hospital continúe en la casa del paciente</li> </ul>

## PLAN DE CUIDADOS 2

Nombre del paciente: Alfredo Ponce Alfaro      Diagnóstico médico: Osteomielitis de cadera derecha positivo a S. AUREUS más Lavado Quirúrgico más colocación de espaciador de cemento      Sexo: M      Edad: 72 años      Servicio: Cirugía Hombre      Cama N.º: 29

**Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de Lesión por Presión en Adultos R/C Factor externo: microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo y Presión sobre prominencia ósea, Factores Internos: Disminución de la actividad física, Disminución de la movilidad física e Incumplimiento inadecuado del plan de prevención de lesiones por presión (pag.497)**

<b>N O C</b>	<p><b>RESULTADO:</b> Integridad tisular: piel y membranas mucosas. ( Pág. 431)</p> <p><b>2. DEFINICIÓN:</b> Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas. (Pág. 431 )</p>	<p><b>3. PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO</b>                  Mantener: 1 (Nunca demostrado)      Aumentar: 4 (Frecuentemente demostrado)</p> <p><b>4. INDICADORES:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #92d050;"> <th rowspan="2">Código</th> <th rowspan="2">Indicador (nombre del indicador)</th> <th colspan="5">Parámetros</th> </tr> <tr style="background-color: #e1f5fe;"> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>110113</td> <td>Integridad de la piel</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>110106</td> <td>Transpiración</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>110102</td> <td>Sensibilidad</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>110101</td> <td>Temperatura</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>110104</td> <td>Hidratación</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>110111</td> <td>Perfusión tisular</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Código	Indicador (nombre del indicador)	Parámetros					1	2	3	4	5	110113	Integridad de la piel			X	X		110106	Transpiración			X	X		110102	Sensibilidad			X	X		110101	Temperatura			x	x		110104	Hidratación			x	x		110111	Perfusión tisular			x	x	
Código	Indicador (nombre del indicador)	Parámetros																																																						
		1	2	3	4	5																																																		
110113	Integridad de la piel			X	X																																																			
110106	Transpiración			X	X																																																			
110102	Sensibilidad			X	X																																																			
110101	Temperatura			x	x																																																			
110104	Hidratación			x	x																																																			
110111	Perfusión tisular			x	x																																																			
	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>																																																						
<b>N I C</b>	<p><b>1. Cambio de posición</b> (Pág. 104)                  Definición: Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda.</li> <li>• Colocar en la posición terapéutica específica, cada 2 horas</li> <li>• Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento, si resulta apropiado.</li> <li>• Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo para el trocánter).</li> </ul>																																																						

	<p>Prevención de úlceras por presión (Pág. 380)  Definición: Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda.</li> <li>• Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.</li> <li>• Utilizar métodos de medición de temperatura, vigilar perfusión hística, hidratación de piel</li> <li>• Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas.</li> <li>• Registrar estado de la piel durante el ingreso y a diario.</li> <li>• Eliminar humedad de la piel causada por transpiración</li> <li>• Inspeccionar la piel de prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición.</li> </ul>
<b>EJECUCION / EVALUACION</b>		
<p>El día 2 de junio de 2024 se realiza la validación del plan, con la Docente asesora Mayra Lisseth Henríquez de Cortez y el Licenciado Luis Alfredo Quintanilla Herrera responsable del paciente en este turno, realiza observaciones las cuales son retomadas; por lo tanto, avala la realización de este, se documenta el plan en la ronda de enfermería y con personal docente de UES hay observaciones las cuales son retomadas; es así como se suministra el plan . Se realiza la valoración de las NIC de la siguiente manera:</p>		
<p>NIC</p>	<p>REACCIONES DE LA PERSONA</p>	
<p>Cambio de posición</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda: Al explicar al paciente que se le va a cambiar de posición este expresa estar de acuerdo, así mismo cuando se le anima a participar en los cambios de posición el acepta y se muestra en disposición de colaborar, al momento de colocarlo en la posición terapéutica específica el usuario ayuda participando con su movilización y siguiendo las indicaciones de buena gana.</li> <li>• Colocar en la posición terapéutica específica: se explica a paciente que se realiza diferentes movimientos que ayudaran a mejorar la movilización y evitara que se generen zonas de presión, al momento de realizar los</li> </ul>	

	<p>pacientes se observa colaborar y dispuesto a realizar la actividad; al finalizar paciente expresa sentir mejoría no le duelen los músculos y no siente aquella sensación de presión y calor que sentía anteriormente en ciertas zonas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento, si resulta apropiado: cuando se le fomenta a la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento que no le resulten dañinos para darle su cambio de posición, a pesar de la incomodidad permanece tranquilo y se muestra colaborador, al girarlo cada dos horas teniendo el cuidado de no apoyarlo sobre la cadera derecha, se le dejó instrumento de cambios de posición en su unidad, expediente y se reporta a personal de enfermería.</li> <li>• Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo para el trocánter): el usuario muestra alivio al poder cambiar de posición y no tener que mantener la misma postura por mucho tiempo, al colocarle los dispositivos adecuados, estoquinete, separador de piernas para el apoyo de los miembros, este agradece y los mantiene en su posición correspondiente, y al colocar los objetos de uso frecuente al alcance en su mesa de noche se muestra complacido por poder utilizar sus pertenencias sin tener que pedir que se le alcancen.</li> </ul> <p>Paciente al ser evaluado no presenta puntos de presión, posee buena colocación, buena hidratación e integridad de su piel.</p>
Prevenición de úlceras por presión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda: al momento paciente se le realizan masajes musculares ya que le ayudaran a mejorar la integridad de la piel y la circulación paciente se observa relajado y tranquilo.</li> <li>• Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al</li> </ul>

menos una vez al día: durante cada baño que se realiza durante la mañana se observa cada área y parte de la piel del paciente, además durante cada cambio de pamper se observa la zona sacra y laterales de cadera, se le dice al paciente lo que se está realizando y manifiesta agradecimiento además se motiva al familiar a realizar estos cambios.

- Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas: al realizar el baño se utiliza la buena técnica de cambio de unidad procurando dejar sabana base y sabana móvil sin arrugas ni humedad, después de 4 horas se va observa a paciente y si está mal arreglada la unidad se vuelve a dejar cómodo, paciente a esta actividad refiere que ya no queda marcado por las arrugas de las sabanas y no siente calor por la rozadura de las sabanas contra su piel.
- Paciente al ser evaluado no presenta puntos de presión, posee buena colocación, buena hidratación e integridad de su piel

### PLAN DE CUIDADOS 3

Nombre del paciente: Alfredo Ponce Alfaro      Diagnóstico médico: Osteomielitis de cadera derecha positivo a S. AUREUS más Lavado Quirúrgico más colocación de espaciador de cemento      Sexo: M      Edad: 72 años      Servicio: Cirugía Hombre      Cama N.º: 29

**Diagnóstico de Enfermería:** Dx: Síndrome de fragilidad del Anciano R/C deterioro de la deambulaci3n M/P mala nutrici3n y no puede moverse.(pag.193)

<b>N O C</b>	<p>RESULTADO: Envejecimiento Físico (362) DEFINICI3N: Cambios fisiol3gicos normales que se producen con el proceso natural de envejecimiento</p>	<p>3. PUNTUACI3N DIANA DEL RESULTADO Mantener: 1 (Nunca demostrado)      Aumentar: 4 (Frecuentemente demostrado)</p> <p>5. INDICADORES:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr style="background-color: #92d050;"> <th rowspan="2">C3digo</th> <th rowspan="2">Indicador (nombre del indicador)</th> <th colspan="5">Parámetros</th> </tr> <tr style="background-color: #e1f5fe;"> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>011324</td> <td>Control intestinal</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>011319</td> <td>Estado cognitiva</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>011307</td> <td>fuerza muscular</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>011320</td> <td>movilidad articular</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	C3digo	Indicador (nombre del indicador)	Parámetros					1	2	3	4	5	011324	Control intestinal			X	X		011319	Estado cognitiva			X	X		011307	fuerza muscular			X	X		011320	movilidad articular			X	X	
C3digo	Indicador (nombre del indicador)	Parámetros																																								
		1	2	3	4	5																																				
011324	Control intestinal			X	X																																					
011319	Estado cognitiva			X	X																																					
011307	fuerza muscular			X	X																																					
011320	movilidad articular			X	X																																					
	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>																																								
<b>N I C</b>	<p>Ayuda con el autocuidado: AIVD (PAG 93): Ayudar y ensear a una persona a realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) necesarias para funcionar en el hogar o en la comunidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar las necesidades de ayuda del individuo con las actividades instrumentales de la vida diaria como por ejemplo realizar la compra, cocinar, dinero, manejar medicamentos, comunicarse y administrar tiempo.</li> <li>Conseguir herramientas de ayuda en las actividades cotidianas ( p.ej,, para coger objetos de los armarios y mesa de noche)</li> <li>Ensear a familiar como realizar un baos en cama adecuado y como arreglar la unidad del paciente con el fin de beneficiar al paciente.</li> </ul>																																								

## EJECUCION / EVALUACION

El día 2 de junio de 2024 se realiza la validación del plan, con la Docente asesora Mayra Lisseth Henríquez de Cortez y el Licenciado Luis Alfredo Quintanilla Herrera responsable del paciente en este turno, no realiza observaciones; por lo tanto, avala la realización de este, se documenta el plan en la ronda de enfermería de igual manera no hay observaciones; es así como se suministra el plan ese mismo día. Se realiza la valoración de las NIC de la siguiente manera:

NIC	REACCIONES DE LA PERSONA
Ayuda con el autocuidado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Determinar las necesidades de ayuda del individuo con las actividades instrumentales de la vida diaria como por ejemplo realizar la compra, cocinar, dinero, manejar medicamentos, comunicarse y administrar tiempo: Paciente refiere que le gustaría tener ayuda en las actividades diarias que son principalmente baño en cama en donde se le explica cómo se debe de realizar de cefalocaudal con compresa y jabón además se interactúa con el paciente y se le explica al familiar como debe de cambiar el pampers para que el paciente este cómodo en su unidad, familiar toma con bien que se le explique cómo mantener el cuidado higiénico del paciente además menciona que nunca había cambiado pañal para adulto, tanto como paciente y familiar se observa satisfecho en la intervención realizada.</li><li>• Conseguir herramientas de ayuda en las actividades cotidianas ( p.ej., para coger objetos de los armarios y mesa de noche): Se enseña a paciente métodos que le ayudaran alcanzar objetos que estén a cierta distancia segura como girar sobre sí mismo al igual al familiar se le enseña la manera más segura de mover al paciente, tanto paciente como familiar sobre entiende la explicación y mencionan ponerla en práctica.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enseñar a familiar como realizar un baño en cama adecuado y como arreglar la unidad del paciente con el fin de beneficiar al paciente: Durante la baña se involucra a familiar en el baño higiénico del paciente la forma correcta que realizara el baño y como moverlo para quitar las ropa de cama sucia y la ropa personal se menciona al familiar que se hace todo esto para ayudarlo al momento que el paciente este de alta y en el hogar tengan que realizar le su baño.</li></ul>
--	---

### 3.1. SOAPIE

SOAPIE	
S	Recibo paciente masculino de 72 años en su unidad en posición decúbito dorsal, quien refiere que evalúa su salud cómo regular, menciona haber tenido vicios como alcohol que dejó hace 10 años, además de que el siente dormir bastante pero no se siente que ha descansado;
O	Se observa consciente y orientado en sus 3 esferas mentales lugar, tiempo y personas, con diagnostico medico de Osteomielitis de Cadera Derecha positivo a Staphylococcus Aureus con signos vitales al momento de: Frecuencia Cardíaca: 80 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria: 18 por minuto, Temperatura: 36.5, Tensión Arterial: 110/80mmhg con un hemoglucotest de 110 mg/dl y una glicemia de 99 mg/dl, se observa en paciente la presencia de ojeras, habla bradilalica, facies de dolor a la movilización, una abducción con rotación interna de pie derecho, se observa además leve cicatriz en línea media abdominal, una eliminación intestinal con características semi duras, cambios de ánimo debido a que sus familiares no llegan a visitarlo; paciente con antecedentes quirúrgicos de: colocación de MOOS en columna lumbar por trauma secundario a accidente de tránsito a los 20 años y colocación de MOOS por fractura de mano derecha. Con catéter venoso central de 3 lúmenes en subclavia derecha la cual se encuentra con fecha de curación rotula cubierta con tegader no se observa enrojecimiento salida de secreción ni calor al tacto, ambos miembros superiores normales y simétricos sin edemas ni laceraciones, tórax tipo elíptico con buena expansión torácica, abdomen blando y depresible a la palpación, micción espontanea abundante, área glútea sin laceraciones ni puntos de presión, miembro inferior derecho a nivel de cadera se observa herida operatoria sin puntos de sutura cicatrizada, además de leve movilidad motora, miembro inferior izquierdo normal y simétrico.
A	Con el análisis de los datos encontrados se enuncian los siguientes diagnósticos de enfermería:  1. Movilidad Física Deteriorada relacionada con disminución del control, contracturas y dolor manifestado por incapacidad para moverse y dolor al

	<p>tacto.</p> <p>2. Riesgo de Lesión por Presión en Adultos relacionado con Factores externos: microclima alterado en la piel y la superficie de apoyo y Presión sobre Prominencia ósea; Factores internos: Disminución de la actividad física, Disminución de la movilidad física e Incumplimiento inadecuado del plan de prevención de lesiones por presión.</p> <p>3. Síndrome de Fragilidad del Anciano relacionado con deterioro de la deambulaci3n manifestado por malnutrici3n y no puede moverse.</p>
P	<p>Con base a los diagn3sticos enfermeros se selecciona las siguientes intervenciones (NOC):</p> <p>1. Movilidad Pág. (409): 020804 Movimiento articular, 020810 marcha, 020803 movilidad. Tomando como indicador priorizado 020803 movilidad el cual se va a mantener con una puntuaci3n de 3 y aumentara hasta 4 al finalizar cada turno.</p> <p>2. Control del Riesgo: herida por presi3n (ulcera por presi3n) (Pag.592). 194201 identifica los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de úlceras por presi3n, 194203 identifica los signos y sntomas de la ulcera por presi3n, 194204 verifica el enrojecimiento de las prominencias óseas, 1942012 identifica las limitaciones de movilidad y 1942013 cambia de posici3n al menos cada 2 horas.</p> <p>3. Envejecimiento Físico Pág. (362) 011302 densidad ósea, 0113406 elasticidad cutánea, 011307 fuerza muscular y 011320 movilidad articular. Tomando como indicador priorizado Fuerza muscular el cual se va a mantener con una puntuaci3n de 3 y aumentara hasta 4 al finalizar cada turno.</p>
I	<p>Con intervenciones de enfermería prioritaria (NIC):</p> <p>1. Cuidados de paciente encamado Pag.159. Definici3n: fomento la comodidad y la seguridad así como la prevenci3n de complicaciones en el paciente que no puede levantarse en la cama; del cual se ejecutara las siguientes actividades: Colocar al paciente sobre una cama o colch3n terapéutico adecuado, Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas, Cambiar la posici3n al paciente, según lo indique el estado de la piel, Ayudar</p>

	<p>con las actividades de la vida diaria y Monitorización la aparición de complicaciones de reposo en cama (hipotonía muscular, dolor de espalda, estreñimiento, aumento de la presión, depresión, etc.)</p> <p>2. Cambio de posición (Pag,104) definición: colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico; del cual se ejecutara las siguientes actividades: explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, animar al paciente a participar en los cambios de posición, colocar en la posición terapéutica, fomentar la realización de ejercicios activos y pasivos, girar al paciente inmovilizado cada 2 horas y utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros. Prevención de Ulceras por presión, (Pag,380) definición: prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas; del cual se ejecutaran las siguientes actividades: registrar estado de la piel durante el ingreso y luego diario, vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida, aplicar barreras de protección como cremas, compresas para eliminar el exceso de humedad, inspeccionar la piel de las prominencias Oseas y demás puntos de presión, colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón</p> <p>3. ayuda con el autocuidado: AIVD (PAG 93) Definición: Ayudar y enseñar a una persona a realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) necesarias para funcionar en el hogar o en la comunidad, del cual se ejecutara las siguientes actividades: determinar las necesidades de ayuda del individuo con las actividades instrumentales de la vida diaria como por ejemplo realizar la compra, cocinar, dinero, manejar medicamentos, comunicarse y administrar tiempo, proporcionar técnicas que fomente las capacidades cognitivas como ejemplos calendario actuales, listas claramente legible relojes fáciles de visualizar.</p>
E	<p>Se realizan planes de cuidados de enfermería con usuario a quien se le explica las actividades que se estarán realizando y la finalidad que tienen está en la mejoría de su salud, las actividades se estuvieron ejecutando durante la tercer semana de abril proponiéndonos finalizarlas en 7 días, los primeros 4 días</p>

	<p>durante turnos de 12 horas fueron de ejecución, enseñanza y apoyo sobre la realización de las actividades haciendo un plan de cuidado por día; observando por parte del paciente su colaboración, disposición y entrega de seguir haciéndolas por sus propios medios, al finalizar cada plan se hacía una retroalimentación sobre lo aprendido, los 3 días restantes se utilizaron para evaluar la pronta recuperación del paciente, al momento la enfermera de turno se le entrega el plan para realizar el seguimiento.</p>
--	--

### **3.1.1. INTEPRETACION DE RESULTADO**

Diagnóstico de Enfermería: Dx: Movilidad física deteriorada R/C disminución del control, contracturas y dolor M/P incapacidad para moverse y dolor al tacto.

Se le explica al paciente sobre la importancia de realizar los cambios de posiciones en su unidad y las consecuencias de no realizarlas ya que puede aparecer varias complicaciones estando encamado como hipotonía muscular, dolor de espalda y estreñimiento de igual se le anima al paciente que debe de moverse en su cama hospitalaria, el usuario participa en la movilización siguiendo la indicaciones que la enfermera de turno le menciona al momento paciente se observa colaborador y permanece tranquilo a la hora de realizar los movimientos de giros en la cama en donde se le pide que realice la máxima colaboración para fomentar su autonomía, de igual forma se separa las piernas suavemente con movimientos suaves de caderas, a pesar de la incomodidad usuario permanece colaborador y expresa agradecimiento por explicarle como debe de realizar los cambios de posición en su unidad se le coloca los objetos frecuente como celular, botella de agua, y cepillos de dientes en la mesa de noche para que el paciente tenga más comodidad a la hora de moverse en su sitio de descanso.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de Lesión por Presión en Adultos R/C Factor externo: microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo y Presión sobre prominencia ósea, Factores Internos: Disminución de la actividad física, Disminución de la movilidad física e Incumplimiento inadecuado del plan de prevención de lesiones por presión

Al explicar al paciente que se le va a cambiar de posición este expresa estar de acuerdo, así mismo cuando se le anima a participar en los cambios de posición el acepta y se muestra en disposición de colaborar, al momento de colocarlo en la posición terapéutica específica el usuario ayuda participando con su movilización y siguiendo las indicaciones de buena gana, cuando se le fomenta a la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento que no le resulten dañinos para darle su cambio de posición, a pesar de la incomodidad permanece tranquilo y se muestra colaborador, al girarlo cada dos horas teniendo el cuidado de no apoyarlo sobre la cadera derecha, se le dejo instrumento de cambios de posición en su unidad, expediente y se reporta a personal de enfermería, el usuario muestra alivio al poder cambiar de posición y no tener que mantener la misma postura por mucho tiempo, al colocarle los dispositivos adecuados, estoquinete, separador

de piernas para el apoyo de los miembros, este agradece y los mantiene en su posición correspondiente, y al colocar los objetos de uso frecuente al alcance en su mesa de noche se muestra complacido por poder utilizar sus pertenencias sin tener que pedir que se le alcancen. El paciente tomó a bien que se le observa y se llevará un registro de su estado de la piel durante toda la estadía hospitalaria tomando en cuenta las áreas que puede estar más enrojecidas, de igual forma cuando se le aplica cremas o compresas absorbentes el paciente colabora en todo el proceso, además se observa satisfecho ya que menciona que las enfermeras le ayudan mucho colocando las cremas y cambiando de posición cada 2 horas

Diagnóstico de Enfermería: Dx: Síndrome de fragilidad del Anciano R/C deterioro de la deambulación M/P mala nutrición y no puede moverse.

Paciente refiere que le gustaría tener ayuda en las actividades diarias que son principalmente baño en cama en donde se le explica cómo se debe de realizar de cefalocaudal con compresa y jabón además se interactúa con el paciente y se le explica al familiar como debe de cambiar el pampers para que el paciente este cómodo en su unidad, familiar toma con bien que se le explique cómo mantener el cuidado higiénico del paciente además menciona que nunca había cambiado pañal para adulto, tanto como paciente y familiar se observa satisfecho en la intervención realizada, se le coloca al paciente los objetos de aseo de bucal cerca de la mesa de noche ya que menciona que a veces no puede alcanzarlos para poder realizar su hábitos higiénicos y agradece al personal de enfermería por brindarle una atención de calidad y calidez.

Podemos interpretar que cada reacción manifiesta la satisfacción que tuvo el paciente con los cuidados y actividades propuestas en los planes de cuidados enfermeros, ya que se logró brindar apoyo emocional, mejorar el estado de salud físico y mejorar la movilización, debido a que el paciente presentaba dolor en la movilización y riesgo de presentar úlceras por presión. Nuestro paciente bajo estudio se mostró colaborador, proactivo y dispuesto a seguir realizando las actividades que se enseñaron.

### **3.2. RELACIÓN DE RESULTADO CON LA TEORÍA**

Los resultados en el primer momento con la investigación de Marjorie Gordon se realizaron en orden cronológico por medio de un instrumento de investigación en donde la teoría de los 11 patrones funcionales nos ayuda a enfocarnos en la salud del individuo, su familia, las cuales son interactivas e independientes. Toda esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos Patrones Funcionales que están alterados, o en peligro de alteración para, posteriormente, determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

Para ello se recopiló una serie de datos a través de la guía de anamnesis y examen físico en donde se pudo observar que los patrones funcionales más afectados al momento fueron el patrón 1 percepción y control de la salud: en donde ese patrón menciona que se debe conocer la percepción de la propia persona para mejorar su situación de salud y bienestar de el mismo donde el paciente refiere evaluar su salud como regular; por consiguiente el siguiente patrón funcional alterado es el 2 eliminación mencionada la teoría sobre la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella, el paciente en sus evacuaciones eran de características semi duras; el siguiente patrón funcional alterado es el 4 actividad y ejercicio en donde se valora la capacidad para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. Se puede analizar en la investigación que es el patrón más afectado ya que movilizarse es parte de la actividad diaria de un ser humano debido a la osteomielitis de cadera derecha se dificultó movilizarse por lo que se requiere realizar diagnósticos de enfermería que solvente estas problemáticas.

Dichos diagnósticos enfermeros que darán primicia a la resolución de los patrones funcionales alterados y que fueron priorizados principalmente son: Movilidad física deteriorada R/C Disminución de la fuerza muscular, disminución de la tolerancia a la actividad M/P incapacidad para moverse y dolor al tacto. Riesgo de Lesión por Presión en Adultos R/C Factor externo: microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo y Presión sobre prominencia ósea, Factores Internos: Disminución de la actividad física, Disminución de la movilidad física e Incumplimiento inadecuado del plan de prevención de lesiones por presión, estos diagnósticos tendrán el fin de mejorar el ámbito de la salud de nuestro paciente.

Para llevar a cabo estos diagnósticos enfermeros que como se mencionaba anteriormente ayudaran a mejorar la calidad de atención hacia el paciente, se puso en marcha los siguientes planes de cuidados de enfermería estos ayudaran a actuar en las necesidades que está presentando el paciente: movilidad Pág. (409) y Control de riesgo: herida por presión (úlceras por presión) (Pag. 592 ); a la vez se estará utilizando en cada plan la Taxomia NOC intervenciones que facilitaran el conocimiento sobre la relación del estado de salud y la percepción del paciente y las NIC actividades que darán respuestas a las intervenciones con el fin de potenciar el logro de la independencia, mejorar de la calidad de vida y cubrir las necesidades que dicho paciente presenta.

Esto puede evidenciar que el uso de la aplicación de la teoría de Marjorie Gordon es aplicable para la atención de usuarios adulto y sé que permite identificar necesidades sentidas y observables en el usuario desde el componente físico hasta una interpretación emocional, perceptivo y nivel cognitivo permitiendo darle respuesta con la fase de planeación a través de las intervenciones directas de enfermería. Esto evidencia que la teoría de Gordon es aplicable pues se denuncia las necesidades de los pacientes con mayor orden y especificidad.

## CAPITULO IV

### 4.1. DISCUSION DE RESULTADOS.

Se encontró que el paciente adulto mayor tiene dificultad para la movilización y como personal de enfermería tiene como objetivo brindar atención de calidad y calidez, se realiza una serie de recolección de datos por medios de instrumentos de anamnesis y examen físico, en donde se realiza una priorización de datos para determinar cuál es el problema que puede afectar más a la salud del paciente.

en donde se realiza una serie de investigación por medio de dicho diagnóstico médico de: Osteomielitis de cadera derecha positivo a Estafilococo Aureus más Lavado Quirúrgico más colocación de espaciador de cemento, más diabetes mellitus, más secuela de accidente cerebro vascular isquémico, más anciano frágil, más desequilibrio electrolítico (hiponatremia) en donde se realizó una investigación exhaustiva de dichas patologías ya mencionadas anteriormente.

Teniendo en cuenta en lo anterior la teoría utilizada en esta investigación es la de Maryory Gordon y sus 11 patrones funciones Esta establece una valoración de enfermería basada en la capacidad de funcionar facilitando la homogeneidad del trabajo enfermero. La recolección de información se realiza en base a la evaluación del estado de salud independientemente de la edad, diagnóstico o necesidad de cuidado, permitiendo estructurar y ordenar la valoración a nivel individual, familiar o comunitario.

Unos de los hallazgos importantes encontrados es sobre la incapacidad que tiene el paciente a la movilización y la dificultad que tiene el familiar a la hora de brindar la visita hospitalaria de igual manera es necesario que el personal de enfermería realice intervenciones específicas para estos tipos de pacientes.

En futuros estudios se determinará la eficacia del uso de esta metodología en la mejora algunos indicadores de salud durante los factores de riesgo predisponente los cuales hacen a la persona más propensa al desarrollo de Osteomielitis, En las personas adultas, tanto en <4aureus, habitualmente las de origen hematógeno. Otros patógenos que serán menos comunes, pero con un alto riesgo son los bacilos Gram negativos, tanto aeróbicos como anaeróbicos. El Mycobacterium tuberculosis y Brucella spp afectaran especialmente la columna vertebral.<sup>10</sup>

Unos de las investigaciones de la osteomielitis estudiado por la revistas diagnosticó terapéutico menciona que la patología infecciosa del hueso que genera una elevada morbilidad en los afectados, su abordaje diagnóstico oportuno permitiría el inicio de una antibioticoterapia efectiva guiada por la correcta clasificación e interpretación de manifestaciones clínicas que permitan establecer cuál es el agente infeccioso potencialmente involucrado, siempre conociendo el gran arsenal diagnóstico disponible no solo para determinar el pronóstico sino también para identificar el patógeno responsable de la enfermedad y establecer posibles estrategias terapéuticas adicionales a la farmacoterapia.<sup>11</sup>

En relación a lo anterior respecto al paciente en estudio coincide en ser una patología infecciosa de índole ortopédico que imposibilita la movilización del usuario que también recibió una terapéutica de antibióticos dentro del hospital más cuidado de enfermería que permitieron el manejo del dolor y la movilización

En esta serie tal como se describe en estudios tanto en niños y adolescentes así como en adultos el microorganismo aislado con mayor frecuencia fue el *Staphylococcus aureus* observándose en 3 de cada 4 pacientes, otros microorganismos involucrados en esta serie son la *Staphylococcus epidermis*, *Streptococcus pyogenes*, *Pseudomona aeruginosa*, igualmente descritas en la literatura en menor frecuencia El 100% de los pacientes recibieron tratamiento antimicrobiano (monoterapia – biconjugado), donde la vancomicina fue el antimicrobiano utilizado con mayor frecuencia (43.2%) seguida de la ceftriaxona (24.3%), meropenem (21.6%), clindamicina (14.8%); diversos estudios como el de Sandoval (24) y Gregorian (22) describen a la vancomicina como el mayormente utilizado 33.9% y 49.5% respectivamente, este considerado como el antibiótico de elección debido a su acción frente a la mayoría de bacterias Gram positivas (aerobias y anaerobias), es eficaz en el tratamiento de infecciones producidas por bacterias resistentes a los antibióticos betalactámicos, tratamiento de infecciones graves por *Staphylococcus aureus* resistente a penicilina (SARM), *Staphylococcus coagulasa* negativos, incluido *Staphylococcus epidermis* y *Enterococcus* sp. resistentes a penicilinas.<sup>12</sup>

Dicho estudio coincide con el paciente en estudio pues fue tratado con igual antibiótico siendo la Vancomicina su principal antibiótico de rigor.

## 4.2. CONCLUSIONES

1. Se hizo un análisis reflexivo del caso y se logró identificar los dos principios de enfermería incumplidos, los cuales fueron la satisfacción de las necesidades fisiológicas y el respeto hacia la individualidad de las personas.
2. Al hacer la valoración del caso utilizando los 11 patrones de Marjorie Gordon se identificaron los patrones alterados, siendo estos el patrón percepción y control de la salud, patrón nutricional metabólico, patrón eliminación, patrón actividad/ejercicio, patrón cognitivo/perceptivo y el patrón autopercepción/auto concepto.
3. Se logró clasificar los problemas del usuario según su resolución, por plan de cuidados o por tratamiento puesto en marcha por enfermería. Se clasificaron los problemas identificados en el usuario según su posible método de resolución, siendo así que cinco de estos se consideraron podían ser resueltos por medio de plan de cuidados, y un problema por medio de tratamiento puesto en marcha por enfermería.
4. Utilizando la taxonomía de NANDA se construyeron tres diagnósticos focalizados en el problema, siendo estos: “movilidad física deteriorada R/C disminución de control, contracturas y dolor M/P incapacidad para moverse y Riesgo de lesión por presión en adultos R/C factor externo microclima alterado entre la piel y la superficie de apoyo y presión sobre prominencia ósea, factores internos: disminución de la movilidad física e incumplimiento inadecuado del plan de prevención de lesiones por presión. los tres diagnósticos antes mencionados se eligieron por poder ser intervenidos por medio de un plan de cuidados de enfermería.
5. Se realizaron una serie de intervenciones de enfermería donde se obtuvieron las soluciones de los diagnósticos que se priorizaron, uno de ellos fue “movilidad física deteriorada R/C disminución de control, contracturas y dolor M/P incapacidad para moverse

### 4.3. RECOMENDACIÓN.

#### **A autoridades hospitalarias:**

- Continuar motivando y propiciando al personal de enfermera como también los medios para que el personal aplique el proceso enfermero como una herramienta siempre que atienda usuarios por su aporte científico.

A autoridades de la universidad:

- Continuar propiciando proyectos que permitan que los estudiantes transfieran sus conocimientos y adquieran experiencias directas con la atención de los usuarios al aplicar el proceso enfermero en todas sus fases.

#### **A Estudiantes:**

- A la hora de analizar el caso se debe de tomar en cuenta los principios fundamentales de enfermería y verificar cuál de ellos fueron los que no se tomaron en cuenta en el caso con una serie de crítica, como estudiante de enfermería conocer el saber ser a la hora de implementar los conocimientos obtenidos.
- Unos de los pasos importantes es valorar los onces patrones de Marjorie Gordon es interactuar con el paciente para conocer su estado de ánimo y valorar cuales son los posibles patrones que puede estar alterados.
- Realizar una serie de acciones de enfermería para que el usuario tenga un estado emocional estable en toda la pasadía hospitalaria.
- A futuras investigaciones:
- Que sea de utilidad como modelo de retroalimentación y actualización para futuras investigaciones de enfermería.

#### 4.4. FUENTES DE INFORMACION.

1. Manual de Valoración de Patrones Funcionales: servicio de salud [Internet]. dirección de enfermería [Citado el 12 de marzo 2024] disponible en: <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>
2. Mayo Clinic. [citado el 12 de marzo de 2024]. Osteomielitis: Signos y Sintomas. Obtenido de Mayo Clinic Healthy Living: disponible en. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8630/E-UTB-FCS-ENF-000364.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Biblioteca Nacional de Medicina. [citado el 20 de marzo 2024] Obtenido de American Accreditation HealthCare Commission: disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000437.htm#:~:text=La%20infecci%C3%B3n%20C3%BDsea%20casi%20siempre,tendones%20infectados%20pr%C3%BDximos%20al%20hueso>
4. Osteomielitis abordaje diagnóstico terapéutico . [citado el 20 de marzo 2024] Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica disponible en: [https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft\\_1\\_2019/11\\_osteomielitis.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_1_2019/11_osteomielitis.pdf)
5. Mark D. Miller, Jennifer A. Hart. (2009). [citado el 20 de marzo 2024] Ortopedia y Traumatología. Revisión Sistemática. (5 E.d). España: Elsevier disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v31n1/art10v31n1.pdf>
6. Organización Mundial de la salud [citado el 20 de marzo 2024] diabetes mellitus disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

7. Diabetes mellitus[ citado el 20 de marzo 2024] signos y síntomas disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/diabetes/symptoms-causes/syc-20371444>
8. Accidente cerebrovascular [ citado el 20 de marzo 2024] biblioteca nacional de medicina disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000726.htm>
9. Elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) citados el [ 12 de septiembre de 2024] disponible en: [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf)
10. Proceso de atención de enfermería en preescolar con osteomielitis crónica de peroné derecho [ 3 de septiembre de 2024] disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/11270/E-UTB-FCS-ENF-000619.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Osteomielitis: abordaje diagnóstico terapéutico [citado el 3 de septiembre de 2024] Luis Francisco Llerena Freire, MD disponible en: [https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft\\_1\\_2019/11\\_osteomielitis.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_1_2019/11_osteomielitis.pdf)
12. Barberán J, Chillotti FM, Águila G. Protocolo de tratamiento empírico de la osteomielitis. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2014;11(59):3511-4. 3. Zaoutis T, Localio A, Leckerman L, Saddlemire S, Bertoch D, Keren R. Prolonged intravenous therapy versus early transition to oral antimicrobial therapy for acute osteomyelitis in children. *Pediatrics*. 2009; 123: 636-642 <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-0596>

## ANEXOS

### ANEXO 1. FORMULARIO DE MARJORI GORDON

#### VALORACION DE LOS ONCE PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

<b>1. PATRÓN PERCEPCIÓN/ MANEJO DE LA SALUD</b>
1. ¿Cómo evalúa su salud en general? Buena <input type="checkbox"/> Regular X Mala <input type="checkbox"/>
2. ¿Falta frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud en los últimos 5 años? Sí <input type="checkbox"/> No X ¿Cuáles? catarros frecuentes <input type="checkbox"/> molestias inespecíficas <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____
3. ¿Padece de alguna enfermedad? ¿Sí X No <input type="checkbox"/> cuál? Diabetes Mellitus tipo 2 Toma medicamentos para controlarla Si X No <input type="checkbox"/> Cuales: <b>glibenclamida/Metformina</b>
4. ¿Ha tenido Cirugía en los últimos 5 años? Sí X No <input type="checkbox"/> Sí es cirugía especifique nombre Colocación de MOOS ¿Cuándo? _____ Sí es Traumatismo especifique tipo _____ ¿Cuándo? _____
5. ¿Fuma cigarrillos? Sí <input type="checkbox"/> No X ¿Cuántos? _____ ¿Consume drogas? Sí <input type="checkbox"/> No X ¿Cuáles? _____
6. ¿Ingiere bebidas con cafeína? Sí X No <input type="checkbox"/> Cantidad: 2 VASOS Frecuencia 2 VECES AL DIA
7. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Sí <input type="checkbox"/> No X ¿Tipo? _____ Frecuencia _____ ¿Le ha ocasionado problemas de salud? Sí <input type="checkbox"/> No X Cuales _____ ¿A qué edad inició la bebida? NO RECUERDA
8. ¿Es alérgico a alguna sustancia? Sí <input type="checkbox"/> No X Cuales _____
9. ¿Ha sufrido accidentes últimamente? Sí <input type="checkbox"/> No X Tipo caseros <input type="checkbox"/> laborales <input type="checkbox"/> o de tráfico <input type="checkbox"/> Hace cuanto _____ Explique: _____
10. ¿Ha tenido ingresos hospitalarios? Sí X No <input type="checkbox"/> Explique POR UNA OBSTRUCCION INTESTINAL
11. ¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos? Sí <input type="checkbox"/> No X Cuando: _____
12. ¿Le resulta fácil seguir las recomendaciones que su médico o enfermera? Sí X No <input type="checkbox"/> porque _____

13. Estado de vacunación Completo  Incompleto  Explique HACE REFERENCIA TENERLO EN ORDEN
14. ¿Cuál es la condición de salud de sus padres? Buena  Regular  Mala  Explique PACIENTE REFIERE QUE NO ESTAN YA VIVOS
15. Descripción del estado de higiene observada en el usuario: **Paciente masculino consciente y orientado en posición**
16. **decúbito dorsal, que se observa limpio y ordenado con ropa hospitalaria**
17. Describa tipo de vivienda: techo **de cemento, piso y paredes iguales, baño lavable 3 cuartos.**

## 2.- PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

1. ¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingestas/día y distribución?

Variedad de alimentos	Especificar el tipo de alimento y el tiempo de comida	Como las distribuye /semana
Carnes	DE RES	ALMUERZO
Lácteos	CREMAS, QUESO	CENA Y ALMUERZO
Huevos	DE TODAS FORMAS	EN LOS 3 TIEMPOS
Frutas / verduras	TODAS	EN CUALQUIER MOMENTO
Cereales/ pan	PAN INTEGRAL	ALMUERZO
Pastas	ESPAGUETTIS	ALMUERZOS
Otros	ENSURE	EN CUALQUIER TIEMPO

2. ¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria? Explique : AGUA, ENSURE, CAFE
3. ¿Cómo está su apetito actualmente? Normal  Disminuido  Aumentado  Porque \_\_\_\_\_
4. ¿Consumo la dieta que tiene indicada actualmente? Sí  No  Porque \_\_\_\_\_
5. ¿Tiene problemas gastrointestinales? Con la Masticación Sí  No  Deglución Sí  No  Digestión de alimentos

Sí  No X Especifique \_\_\_\_\_

6. ¿Presenta náuseas, regurgitaciones (reflujo) o vómitos? Sí  No X frecuencia \_\_\_\_\_

7. ¿Tiene prótesis dentarias? Sí  No X Le ocasiona molestias Sí  No

8. ¿En relación a su peso? Normal  Hay pérdida X o ganancia  ? ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)? Sí  No

9. Peso: 50KG Talla: **1.65 cm** IMC: 110

10. ¿Está amamantando? Sí  No X ¿tiene algún problema? Sí  No  Cual? \_\_\_\_\_

11. ESTADO DE LA PIEL , CABELLO Y UÑAS

Piel: seca  hidratada X Lesiones : \_\_\_\_\_

Mucosas: secas  hidratada X Lesiones : \_\_\_\_\_ Dentadura: **se observa falta de los 2 incisivos**

centrales, los laterales del lado izquierdo y sin la mayoría de caninos total de diente 29,

**con presencia de caries en el molar inferior de leve profundidad,**

Cabello **cuero cabelludo limpio y sin seborrea, distribución de cabello asimétrica por alopecia.** Uñas LIMPIAS Y CORTAS T° 36.5°C

### 3.- PATRÓN ELIMINACIÓN

Evaluación abdominal: **A la inspección se encuentra abdomen de piel íntegra, color uniforme, de tamaño normal, con leve visualidad de cicatriz en línea media abdominal, contorno plano. A la auscultación se encuentra presenta ruidos peristálticos**

**5 por minuto, ruidos intestinales audibles. A la palpación no se encuentran masas, no dolor, pulso de aorta abdominal presente, hígado y vejiga palpables.**

1. Peristaltismo: PRESENTE Eliminación intestinal Habitual : Frecuencia **3 veces al día** Características, SEMI DURAS

Eliminación intestinal Actual : Frecuencia 3 Características SEMI DURAS

2. Molestias. NO Control de esfínter: Sí  No  Uso de laxantes: Sí  No
3. Presencia de ostomías Sí  No  especifique: \_\_\_\_\_
4. Eliminación urinaria: Frecuencia. 2 VECES AL DIA Características: AMARILLO CLARO Molestias NO
5. Sondajes. Sí  No  Nº \_\_\_\_\_ Fecha colocación: \_\_\_\_\_ Fecha cambio: \_\_\_\_\_

4.- PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

Evaluación cardiovascular: **A la auscultación se localiza el punto de máxima impulso a nivel del 5 espacio intercostal, con la presencia de los 5 focos: aórtico, tricuspide y punto máximo de impulso el apical, presenta un ritmo regular se contabiliza 80 pulsaciones por minuto, con una presión arterial de 110/80 mmhg**

1. T/A. 110/70 Mmhg. FC 80
2. Evaluación respiratoria. **tipo de respiración diafragmática**
3. FR 18 Oxigenoterapia Si  No  Tipo \_\_\_\_\_
4. ¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria? Si  No
5. ¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado?

Actividad de autocuidado	Independiente	Dependiente	Necesita ayuda de dispositivo	Necesita ayuda de una persona
Alimentación	X		NO	NO
Baño		X	X	SI
Acicalamiento		X	X	SI
Vestidos		X	X	SI
Movilidad en la cama		X	X	SI
Movilidad en general		X	X	SI

6. ¿Realiza ejercicio físico habitualmente? Si  No  Tipo \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

7. Actividad laboral: Ligera  Moderada  Intensa  Riesgos \_\_\_\_\_  
 Actividades de recreación: **escuchar la radio**

8. Problemas que interfieren: Fatiga/disnea: Sí  No  Dolor: Sí  No  Otros \_\_\_\_\_

9. Estabilidad en la marcha: Sí  No  Alteración del equilibrio: Sí  No  Usa dispositivos Sí  No  Cuales \_\_\_\_\_

**5.- PATRÓN SUEÑO-REPOSO**

1. Generalmente ¿se encuentra descansado y preparado para las actividades de la vida diaria después de Dormir? Sí  No  Explique DUERME BIEN PERO NO SE SIENTE DESCANSADO ¿Cuántas horas duerme diariamente? 7HRS

2. ¿Concilia bien el sueño? Sí  No  ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche? Sí  No

3. ¿Tiene pesadillas? Sí  No  Frecuencia \_\_\_\_\_

4. ¿Toma alguna sustancia para dormir? Sí  No  Tipo: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene períodos de descanso durante el día? Sí  No  tiempo 2HRS

6. Bostezo con frecuencia Sí  No  Presencia de ojeras Sí  No  Se observa somnoliento(a) Sí  No

7. ¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño? Sí  No  Explique POR LAS ACTIVDADES DEL

8. HOSPITAL

**6.- PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO.**

1. ¿Tiene dificultad para oír? Sí  No  ¿Ayudas? Sí  No  Agudeza auditiva Normal  Disminuida

2. ¿Tiene dificultad para ver correctamente? Si  No  ¿Usa lentes? Si  No

3. ¿Cuándo se hizo la última revisión? NO RECUERDA Agudeza visual 20/30

4. ¿Tiene alteraciones en los sentidos?:  
 Del gusto Sí  No  El olfato Sí  No  Las sensaciones táctiles Sí  No  Explique \_\_\_\_\_

5. VALORACION DE PARES CRANEALES: **encuentran presentes y funcionando normal a excepción de par craneal facial donde**

6. **se observa en la inferior de la boca un leve desvío.**

7. ¿Le es difícil centrar la memoria? Sí  No  ¿Le es difícil concentrarse? Sí  No  Explique \_\_\_\_\_

8. ¿Siente dolor? Sí  No  ¿sitio, tipo, características? \_\_\_\_\_

7. ¿Siente malestar físico? Sí  No  ¿sitio, tipo, características? \_\_\_\_\_

9. ¿Cómo y cuándo disminuye? \_\_\_\_\_

10. Presenta gestos faciales por dolor o cambios posturales frecuentes Sí  No  Explique EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO

11. Estado de la conciencia: Sí X No  \_\_\_\_\_ Orientación Sí X No  \_\_\_\_\_

#### 7.- PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN

1. ¿Cómo se describe a sí mismo? ALGUIEN TRANQUILO
2. ¿Cómo se siente consigo mismo? Muy bien  Bien X Mal  Explique: \_\_\_\_\_
3. ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Sí  No X ¿Cómo los ha afrontado? Explique: \_\_\_\_\_
4. ¿Ha habido cambios en sus sentimientos hacia sí mismo o hacia su cuerpo desde que comenzó la enfermedad?  
Sí X No  Explique **por qué le gustaría que lo visitarán más seguido pero por los trabajos de sus hijos no se puede y él comprende**
5. ¿Hay cosas que le hacen enfadar frecuentemente? Sí  No X ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
6. ¿Le hacen sentir miedo? Sí  No X ¿Le producen ansiedad? Sí  No X Explique: \_\_\_\_\_
7. ¿Suele estar con ansiedad o depresivo? Sí  No X Explique: \_\_\_\_\_
8. ¿Tiene periodos de desesperanza? Sí  No X Explique: \_\_\_\_\_

#### 8.- PATRÓN ROL-RELACIONES

1. ¿Vive solo? Si  No X ¿En familia? Si X No
2. ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar HIJO NUERA y quienes son Papá  Mamá  Hermana/s  Hermano/s  Esposa/o
3.  Hija/s  Hijo/s  Otros \_\_\_\_\_
4. ¿Cómo es su relación con ellos Muy bien  Bien X Regular  Mala

5. ¿Qué tipo de apoyo recibe de su familia durante la enfermedad/ hospitalización? ECONOMICA EMOCIONAL

6. ¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual? Explique SIEMPRE CON FE

7. ¿La familia depende de usted económicamente? Sí  No

8. ¿Hay problemas de relación en el trabajo? Si  No  ¿En el lugar de estudios? Si  No

9. ¿Hay satisfacción con las tareas que se realiza en su trabajo o estudio? Si  No

10. ¿Pertenece a algún grupo social? Si  No  Tipo \_\_\_\_\_

11. ¿Tiene amigos? Si  No  ¿Cómo se relaciona con ellos? Explique NO MENCIONA COMO

12. ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece? Si  No  Explique \_\_\_\_\_

13. Comprende el lenguaje Si  No  Estado del habla: Normal  Afasia  Dísfemia  Dislexia  Disartria

**9.- PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN**

1. ¿A qué edad apareció la menarquia? \_\_\_\_\_ y ¿La menopausia? \_\_\_\_\_

2. ¿Cómo es el periodo menstrual? Regular  Irregular

- Sangrado Transvaginal  Normal  Moderado Severo

- Acompañado de dolor Sí  No  leve  moderado  severo

3. ¿Ha habido embarazos? Sí  No  Cuantos \_\_\_\_\_ ¿Ha habido abortos? Sí  No  Cuantos \_\_\_\_\_

4. ¿Algún problema relacionado con la reproducción? Sí  No  Cuales: \_\_\_\_\_

5. ¿Utiliza métodos anticonceptivos? Sí  No  Tipo \_\_\_\_\_

6. ¿Problemas ocasionados por su utilización? Si  No  ¿cuáles? \_\_\_\_\_

7. ¿Ha Realiza su citología Sí  No  Frecuencia \_\_\_\_\_ ¿Ultimo resultado? \_\_\_\_\_ Colposcopia

Crioterapia  Cono quirúrgico  Histerectomía  Fecha: \_\_\_\_\_

8. ¿Realiza auto examen mamario? Sí  No  Frecuencia \_\_\_\_\_

9. ¿Se ha realizado chequeo de climaterio? Sí  No  Frecuencia \_\_\_\_\_ Mamografía  Ultrasonografía de mama

10. ¿Realiza auto examen testicular? Sí  No  Frecuencia \_\_\_\_\_

11. ¿Ha realizado examen de próstata? Sí  No  Frecuencia \_\_\_\_\_

12. ¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales? Sí  No

13. ¿Las relaciones sexuales son satisfactorias? Sí  No  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

10.- PATRÓN DE AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS.

¿Se ha producido algún cambio importante en su vida en el últimamente? Sí X No  Explique **últimamente por la enfermedad,**

**cansancio pero que no lo desanima.**

1. ¿Este cambio le ha provocado alguna crisis emocional o física? Sí  No X Explique \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene a alguien cercano al que puede contar sus problemas con confianza? Sí X No  Quien \_\_\_\_\_

3. ¿Lo hace cuando es necesario? Sí X No

4. ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan? POR LA RELIGION QUE LE AYUDA

11.- PATRÓN VALORES-CREENCIAS

1. ¿La religión es importante en su vida? Sí X No  ¿Le ayuda cuando surgen dificultades? Sí  No

2. ¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar? Sí  No X

3. ¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?

4. Sí  No X Explique \_\_\_\_\_

5. ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte ES UN PROCESO NORMAL

## ANEXO 2 GUIA DE EXAMEN FISICO.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA  
GUIA PARA LA VALORACIÓN FÍSICA

A) Datos de identificación:

Nombre escribir iniciales: Alfredo Ponce Edad: 72 años Sexo: masculino

Dirección: final ca. Celiz barrió concepción 22 av. Nte, casa 14. s. s U\_\_R\_\_

APARIENCIA GENERAL:

Signos vitales: Pulso: 80 Temperatura: 36.5 Respiración: 18 P.A: 110/80 Peso: 50 kg Talla. 1.65 IMC 110 Sobrepeso:\_\_\_\_\_

Obesidad: grado: \_\_, \_\_, \_\_, \_\_

Constitución: Delgado: X Obeso\_\_ Normal\_\_

Edad aparente: 80 Edad Real: 72

Menor que la cronológica \_\_ Mayor que la cronológica X Igual que la cronológica\_\_

Conformación: Normal X Simétrica X Hipertrofia\_\_ Mutilada\_\_

Características del lenguaje: Habla bradilalica

Postura:

Presentación personal: ropa hospitalaria, cabello escaso y delgado, uñas semi largas y sucias, estado físico kaketsico

Grado de cooperación: Buena: x Deficiente\_\_

Evidencia de enfermedad:

En miembro inferior derecho herida cerrada sin sutura leve movilidad física

CABEZA INSPECCION

Simetría: Normal  Asimétrica\_\_\_\_  
 Forma: Redonda  Ovalada\_\_\_\_  
 Tamaño: Normal  Micro cefálico\_\_\_\_ Macrocefálico\_\_\_\_  
 Distribución del pelo: Simétrico\_\_\_\_ Asimétrico   
 Presencia de parásitos: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ Tipos:\_\_\_\_\_  
 Cabello y cuero cabelludo:  
 Higiene: Limpio  Sucio\_\_\_\_  
 Características del cabello Grueso\_\_\_\_ Fino  Sedoso\_\_\_\_ Brillante\_\_ Opaco\_\_ Reseco\_\_  
 Seborrea: Si  No\_\_\_\_  
 Presencia de cicatrices: Si\_\_\_\_ No  Descripción: \_\_\_\_\_ PALPACION Características  
 del cabello Grueso\_\_\_\_ Fino  Sedoso\_\_ Reseco\_\_ Alopecia SI  
 Sensibilidad: Si\_\_\_\_ No  Región: \_\_\_\_\_  
 Masas: Si\_\_\_\_ No  Región: \_\_\_\_\_ Tamaño: \_\_\_\_\_  
 Implantación del pelo: Normal  Desprendible\_\_\_\_  
 Depresiones o Hundimientos Si\_\_\_\_ No  Región: \_\_\_\_\_  
 CARA INSPECCION: Forma: Redonda\_\_\_\_ Alargada  Aplanada\_\_\_\_  
 Volumen proporcional al resto del cuerpo: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_  
 Simetría: Normal  Asimétrica\_\_ Facies: Normal  Otra\_\_\_\_  
 Piel, Integridad: Si  No\_\_\_\_ Color\_\_\_\_\_ Transpiración: Normal  Anormal\_\_  
 Lesiones por acné: Si  No\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_  
 Nevus vascular: Si  No\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_

Cicatrices: Si X No\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_

Vello facial: Si \_\_\_ No X características: Grueso \_\_\_ Fino x

Movimientos involuntarios: Si\_\_\_ No X Edema: Si\_\_\_ No X

Características del Edema: con fóvea si\_\_\_ no\_\_\_ Región donde localiza el edema: \_\_\_\_\_

Clasificación del edema +\_\_\_\_ ++\_\_\_\_ +++\_\_\_\_ ++++\_\_\_\_\_

#### CARA PALPACION

Temperatura: Normal X Aumentada\_\_\_ Disminuida\_\_\_\_\_

Sensibilidad: Si\_\_\_ No X

Masa: Si\_\_\_ No X Región: \_\_\_\_\_

Palpación de pulso arterial temporal. Si X No\_\_\_ pulso facial: SI

Evalúa VII par Craneal (nervio facial): \_\_\_\_\_

Movimientos de la cara (muecas) SI

Dolor y tumefacción en glándulas parótidas: Si X No\_\_\_

#### OJOS INSPECCION

Cejas implantación Buena X Desprendibles\_\_\_ Integridad: Si\_\_\_ No\_\_\_

Simetría: Si X No\_\_\_

Higiene: LIMPIA

Parpados

Integridad: Si X No\_\_\_

Simetría: Si X No\_\_

Higiene: LIMPIA

Oclusión normal: Si X No\_\_

Posición de los bordes normal: Si X No\_\_ Integridad: Si\_\_ No\_\_

Rima palpebral Normal: Si X No\_\_ Saco lagrimal: Normal: X

Higiene: No se observa secreciones ni irritación.

Pestañas o cillas Implantación Buena X Desprendibles\_\_ Simetría: \_\_\_\_\_

Higiene: Limpia tipo y forma de rizo: cortas y lisas

Reflejo Superciliar: Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_

Eversión de párpados: Se visualiza glándulas lagrimales: Si X No \_\_ Se visualizan conductos lagrimales. Si X No \_\_

Hallazgos: \_\_\_\_\_

Ptosis palpebral: Si\_\_ No\_\_

Conjuntiva Palpebral: Normal X (coloreada) \_\_ Pálida\_\_ Integridad Si\_\_ No\_\_

Humedad: Si X No\_\_ Bulbar Color Normal: Si X No\_\_

Cuerpos extraños: Si\_\_ NO X Descripción: \_\_\_\_\_

Pterigion: Si\_\_ No X Descripción: \_\_\_\_\_

Humedad: Si X No\_\_

Esclerótica Integridad: Si X No\_\_ color Blanco\_\_ Amarilla\_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Cornea Integridad: Si X No\_\_ Transparencia: Si X No\_\_

Sensibilidad: Si\_\_\_ No X

Iris: Integridad Si X No\_\_\_ Color\_\_\_\_\_

Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_ Cristalino Transparencia: Si X No\_\_\_

Pupilas

Forma Redonda: Si X No\_\_\_ Descripción: \_\_\_\_\_ Simetría: si X no\_\_\_

Anormalidades: \_\_\_\_\_ Reflejos de acomodación. Si X No\_\_\_ Normal: X

Reacción a la luz. Directa y consensual a la luz. si X no\_\_\_ anomalidades\_\_\_\_\_

Percepción de luz: si X no\_\_\_

Identifica color:

OJOS PALPACION:

Masas: Si\_\_\_ No X Descripción: \_\_\_\_\_

Dolor: Si\_\_\_ No X

II PAR ÓPTICO Pruebas Agudeza visual: O.D. \_\_\_ O.I. \_\_\_ A.O. \_\_\_

Agudeza visual cercana 20/20 Uso de lentes: Si \_\_\_ . No X

Campos visuales (Campimetría): campo temporal \_\_\_\_\_ campo superior \_\_\_\_\_ Campo inferior \_\_\_\_\_ campo

nasal \_\_\_\_\_ anomalidades \_\_\_\_\_ identificación de colores: Si X No\_\_\_

Cuales colores identifica: Rojo X Azul X Amarillo X Verde X Morado X

Observacionais: \_\_\_\_\_

III PAR. NERVIO OPTICO (se incluye VI PAR ABDUCENS):

6 Movimientos oculares: Si X No\_\_\_ Desviaciones: Si\_\_\_ No X

Descripción de hallazgos: \_\_\_\_\_

IV PAR TROCLEAR: Movimiento de globo ocular:(hacia arriba, abajo, lateralmente)

V PAR TRIGEMINO: RAMA OFTALMICA

Reflejo corneal: Si X No\_\_\_ Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_

Sensibilidad de la piel de la cara y mucosa nasal:

OIDOS INSPECCION

Pabellón auricular

Implantación \_\_\_\_\_ Integridad: Si X No\_\_\_

Simetría: Si X Asimetría\_\_\_ Tamaño: Normal X Grandes\_\_\_ Pequeñas\_\_\_

Higiene: limpia

OIDOS PALPACION

Pabellón auricular

Consistencia Normal: Si X No\_\_\_ Sensibilidad: Si\_\_\_ NO X

Movilidad Normal: Si X No\_\_\_ Temperatura Normal: SÍ X No\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Distancia a la que se escucha \_\_\_\_\_

Otoscopia Meato acústico externo

Características de la piel: Lisa X Integra\_\_\_ Con vellosidades: SI

Secreciones Si\_\_\_ No X se visualiza membrana timpánica Si\_\_\_No\_\_\_

Características: \_\_\_\_\_

VIII. PAR AUDITIVO rama coclear Prueba de audición: tipo de prueba realizada:

Prueba de reloj: Normal: X Roce de cabello: Normal: X

Susurro: Normal: X chasquido de dedos Normal: Si X No\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Pruebas Aéreas y Oseas Normal\_\_\_\_\_ Si X No\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Diapasón (si lo utiliza) prueba de Rinne\_\_\_\_\_ Prueba de Weber: \_\_\_\_\_

#### NARIZ INSPECCION Y PALPACION

Nariz Externa:

Forma: Alargada X Achatada\_\_ Respinga: Tamaño proporcional a la cara: Si X No\_\_

Posición del tabique Recto X Desviado\_\_ Simetría: Si X No\_\_

Características de la piel: normal integra, con una verruga prominente

Permeabilidad de las fosas nasales: Si X No\_\_ Sensibilidad: Si\_\_ No X

Crepitaciones: Si\_\_ No\_ X

Masas: Si\_\_ No X Región:\_\_\_\_\_ Tamaño\_\_\_\_\_

Fosas nasales:

Vestíbulo nasal normal: Si X No\_\_ color: rosado hidratado

Mucosa nasal:

Color: Normal X Pálida\_\_ Hiperémica\_\_ Edematosa\_\_

Integridad: Normal X Lesiones\_\_ Masas\_\_

Tabique nasal

Simetría: Si  No

Secreciones: Si  No  Unilateral: \_\_\_\_\_ Bilateral: \_\_\_\_\_

Tipo de secreciones: \_\_\_\_\_

Color \_\_\_\_\_

## SENOS PARANASALES

### INSPECCION

#### SENOS PARANASALES: INSPECCIÓN Y PALPACION Y PERCUSION

Seno maxilar. Normal Seno frontal. Normal

Senos etmoides y esfenoidal. Normal

Tabique nasal (Transiluminación). Normal.  Alterado Senos para nasales (Transiluminación). Normal.  Alterado.

Edema Si  No  Observaciones: \_\_\_\_\_

### PALPACION Y PERCUSIÓN:

Dolor: Si  No  Región: \_\_\_\_\_

## I PAR OLFATORIO

Olores que identifica: agradables y desagradables sin pérdida del olfato

Anormalidades:

Realiza pruebas específicas de olores agradables y desagradables. Identifica olores: SÍ  No  cuales olores perfumes carao

Dolor: Si  No  Región: \_\_\_\_\_ Hallazgos anormales:

## OROFARINGE INSPECCION

Aspecto facial \_\_\_\_\_ Respiración oral Si X No\_\_\_

Estado de maxilar: Normal Si X No\_\_\_ Labios: Simetría \_\_\_ Asimetría X

Tamaño proporcional de la cara: Si X No\_\_\_

Color: Rosado X Otro color \_\_\_\_\_ Humedad Si X No\_\_\_

Integridad: Si X No\_\_\_ Sensibilidad: Si X No\_\_\_

Mucosa: Color normal Si X No\_\_\_ Humedad Si X No\_\_\_ Integridad Si X No\_\_\_

Dientes y encías: Integridad: Si\_\_\_ No X

Presencia de caries:(ubicación de piezas) dentaduras incompletas los del frente

Lengua: simétrica: Si X No\_\_\_ Tamaño normal Si X No\_\_\_

Integridad Si X No\_\_\_

Paladar

Color normal Si X No\_\_\_ Integro Si X No\_\_\_

Movimiento Si X No\_\_\_ Úvula Integridad Si X No\_\_\_

Movilidad Si X No\_\_\_

Arcos palatoglosos y palatofaríngeos Color rosado X Enrojecidos\_\_\_ Lisos\_\_\_

Tonsilas o amígdalas Tamaño Normal X Agrandadas\_\_\_

Color Rosado X Enrojecidas\_\_\_ Integridad X Lisas\_\_\_ Crípticas\_\_\_ Supurativas\_\_\_

Pared posterior de la faringe

Color rosado intenso X Rojo intenso \_\_\_ Integridad Lisa X Granulosa\_\_\_

Secreciones Si\_\_\_ No X Características \_\_\_\_\_

V PAR CRANEAL: RAMA MANDIBULAR Músculos de la masticación y sensibilidad de la cara: aprieta los dientes o (Solicitar que muerda un baja lenguas) normal\_\_\_\_\_si X no\_\_\_\_\_

XII. PAR HIPOGLOSO: PROYECCION DE LA LENGUA: pedir que saque la lengua en la línea media y la mueva a los lados:

Posición centrada: Si X No\_\_\_

Movimientos: Si X No\_\_\_

VII. PAR FACIAL (EXPRESION FACIAL) Solicitar que: sonrío: Si X No\_\_\_ levanta las cejas: : Si X No\_\_\_ frunza el ceño: Si X No\_\_\_ infle la mejillas: : Si X No\_\_\_

Cierra los ojos fuertemente: Si X No\_\_\_

Identifica cada área de la lengua los sabores Reconoce sabor dulce: Si X No\_\_\_

Salado: Si X No\_\_\_ acido: Si X No\_\_\_ amargo: Si X No\_\_\_

IX. GLOSAFARINGEO y X PAR VAGO: se evalúan juntos

par: capacidad de deglutir: Si X No\_\_\_

Reflejo nauseoso: presente Si X No\_\_\_ Úvula móvil y centrada: :Si X No\_\_\_

Movimientos de la lengua:(Hacia arriba, abajo, a los lados)

X-PAR: valoración de las cuerdas vocales: valorar la ronquera

Observaciones:\_\_\_\_\_

## CUELLO INSPECCION

Piel: Hiperpigmentacion \_\_\_\_\_ Hipopigmentación\_\_\_\_\_

Lesiones Si\_\_\_ No X

Cicatrices Si\_\_\_ No X

Simetría X Asimetría\_\_\_ Desarrollo muscular Normal Si X No\_\_\_

Masas Si\_\_\_ No X

Pulsaciones Si X No\_\_\_

Movimientos Flexión Si X No\_\_\_

Extensión Si X No\_\_\_

Rotación Si X No\_\_\_

Inclinación Si X No\_\_\_

#### CUELLO PALPACION

Temperatura normal Si X No\_\_\_ Sensibilidad Si X No\_\_\_

Masas Si\_\_\_ No X Características \_\_\_\_\_

Pulso Carotideo Normal Si X No\_\_\_

Glándulas tiroides normal X Agrandada\_\_\_

Tráquea

) Simetría X Asimetría\_\_\_ Masas Si\_\_\_ No\_\_\_

XI. PAR ACCESORIO (ESPINAL movimiento de cabeza, encoger los hombros.

Contra resistencia de cuello y hombros: Si X No\_\_\_

Realizarlo a ambos lados: observaciones: CATÉTER VENOSO CENTRAL SUBCLAVIA DERECHA

#### TORAX INSPECCION

Estado de nutrición y desarrollo músculo esquelético.

Normal: \_\_\_\_\_ DELGADO X Obeso: \_\_\_\_\_ Grasosa: \_\_\_\_\_ Normal: \_\_\_\_\_  
Estado de la piel: Contextura lisa: X Seca: \_\_\_\_\_  
Distribución de bello Abundante: X Escaso: \_\_\_\_\_  
Color: Hipo pigmentación: \_\_\_\_ Hiperpigmentación: \_\_\_\_  
Integridad: Lesiones: Si\_\_\_\_ No X cicatrices: Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_  
Forma de tórax Elíptica: Tórax de pichón: \_\_ Pecho escavado: \_\_\_\_\_ normal: X  
Simetría. Escapulas. Simétricas: X Asimétricas: \_\_\_\_\_  
Clavículas. Simétricas: X Asimétricas: \_\_\_\_\_  
Hemitórax Simétrico: X Asimétrico: \_\_\_\_\_  
Hombros. Simétricos: X Asimétricos: \_\_\_\_\_  
Respiración. Tipo Torácica: \_\_\_\_\_ Diafragmática: X  
Frecuencia: 18 Por minuto Ritmo Regular: X Irregular: \_\_\_\_\_  
Profundidad: Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_  
Columna. Vertebral: Cifosis: Si X No\_\_ Lordosis: Si\_\_ No\_\_ Escoliosis: Si\_\_ No\_\_

## PALPACION

Sensibilidad: Si\_\_\_\_ No X Presencia de masas: Si\_\_\_\_ No X  
Temperatura: Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_  
Pulsaciones: Si X No\_\_ textura de la piel: Normal: X Seca: \_\_\_\_\_ Grasosa: \_\_\_\_\_  
Frémido vocal. Presente: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_ Ausente: \_\_\_\_  
Nivel en el que se escucha frémido vocal \_\_\_\_\_

PERCUCIÒN Sonido: resonante: \_\_\_\_\_ mate: X otros: \_\_\_\_\_

Ubicación de sonidos anormales: \_\_\_\_\_

#### AUSCULTACION

Ruidos pulmonares: PRESENTE

Auscultación de la tráquea: NORMAL

#### CORAZÓN INSPECCION Y PALPACION

Punto de máximo impulso

Localización: \_\_\_\_\_

Visible o palpable: Si \_\_\_ No \_\_\_ Preciso: \_\_\_\_\_ Difuso: \_\_\_\_\_

#### PERCUCIÒN

#### AUSCULTACIÓN

Frecuencia cardiaca características: Frecuencia: 80 por minuto: \_\_\_\_\_

Ritmo. Regular: X Irregular: \_\_\_\_\_

Intensidad Fuerte: \_\_\_\_\_ Suave: X

1º Foco aórtico (2º. EID). Normal: X Anormal: \_\_\_\_\_

2º Foco pulmonar (2º. EII) Normal: X Anormal: \_\_\_\_\_

4 Foco tricúspide (4º. EI II) Normal: X Anormal: \_\_\_\_\_

5º Punto de máximo impulso (5º. E II) Normal: X Anormal: \_\_\_\_\_

Describir Hallazgos \_\_\_\_\_

### MAMAS Y AXILAS INSPECCIÓN

Piel \_\_\_\_\_ Color uniforme X Descoloramiento \_\_\_\_\_ Hiperpigmentacion \_\_\_\_\_

Tamaño: Igual X Desigual \_\_\_\_\_

Presencia de retracciones: Si \_\_\_\_\_ No X

Areolas: Redondas X Asimétricas: \_\_\_\_\_ Color uniforme: SÍ X No \_\_\_\_\_

Presencia de glándulas sebáceas: Si X No \_\_\_\_\_

Forma de pezones redondeada de color café normal

Hallazgos anormales: \_\_\_\_\_

### MAMAS Y AXILAS PALPACIÓN

Pezones invertidos: Si \_\_\_\_\_ No X

Presencia de secreciones: Si \_\_\_\_\_ No X

Axilas presencia de ganglios linfáticos: Si \_\_\_\_\_ No X

Presencia de áreas dolorosas: Si \_\_\_\_\_ No X

Presencia de masas: Si \_\_\_\_\_ No X

Forma o tipo de mama: Estadío: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

### ABDOMEN INSPECCION

Color uniforme: Si X No \_\_\_\_\_

Presencia de lesiones: Si \_\_\_\_\_ No X

Presencia de cicatrices: Si\_\_\_ No\_\_\_

Contorno redondeado: Plano X globoso \_\_\_\_\_ Distendido \_\_\_\_\_

Movimientos simétricos: Si X No\_\_\_ pulsación aorta abdominal: : Si X No\_\_\_

#### ABDOMEN AUSCULTACIÓN

Peristaltismo: Si X No\_\_\_ frecuencia por minuto: \_\_\_\_\_

Ruido intestinal audible: Si X No\_\_\_ Soplos arteriales presentes: Si X No\_\_\_

Ruidos peritoneal presente: Si X No\_\_\_ Pulsación aórtica presentes: Si X No\_\_\_

#### ABDOMEN PERCUSIÓN

Percusión del colon y vísceras:

Hígado: MATE Bazo:\_\_\_\_\_ Estomago: TIMPANICO Riñón:\_\_\_\_\_

#### ABDOMEN PALPACIÓN SUPERFICIAL cuadrante inferior derecho.

Presencia de dolor: Si\_\_\_ No X Presencia de masas: Si\_\_\_ No X

Abdomen relajado: Si X No\_\_\_ Hígado palpable: Si\_\_\_ NO X

Vejiga Urinaria palpable: Si X No\_\_\_ Distensión: Si X No\_\_\_

#### ABDOMEN PALPACION PROFUNDA CUATRO CUADRANTES:

Presencia de dolor: Si\_\_\_ No X Presencia de masas: Si\_\_\_ No X

#### GENITALES FEMENINOS

INSPECCIÓN: Distribución de vello púbico Simétrico: Si No\_\_\_

Presencia de lesiones: Si\_\_\_ No Presencia de parásitos: Si\_\_\_ No\_\_\_

Presencia de flujo vaginal: Si\_\_\_ No\_\_\_

#### PALPACION:

Ganglios linfáticos palpables: Si\_\_\_ No\_\_\_ Presencia de dolor: Si\_\_\_ No\_\_\_

Presencia de masas: Si\_\_\_ No\_\_\_

#### GENITALES MASCULINOS

##### INSPECCIÓN

Distribución de vello púbico Simétrico: Si X No\_\_\_ Simetría: Si X No\_\_\_ Presencia de lesiones: Si\_\_\_ No: X

higiene se observa haría escrotal levemente inflamado íntegros, pene íntegro y normal

Presencia de parásitos: Si\_\_\_ No X Pene piel integra: Si X No\_\_\_

Presencia de exudado: Si X No\_\_\_ Escroto piel oscura: Si\_\_\_ No X

##### PALPACIÓN

Ganglios linfáticos palpables: Si X No\_\_\_

Presencia de dolor: Si\_\_\_ No X

Presencia de masas: Si\_\_\_ No X

##### RECTO Y ANO INSPECCIÓN:

Piel integra: Si X No\_\_\_ higiene limpio

Presencia de hemorroides Si\_\_\_ No X

Prolapso: Si\_\_\_ No X

Presencia de lesiones: Si\_\_\_ No X

## MUSCULOS ESQUELETICO

### INSPECCION: SIMETRIA

#### POSICION DINÁMICA:

Marcha: Normal: Si\_\_\_ No\_\_\_ Observaciones: incapacidad para movilizarse

Cojera antálgica: Si\_\_\_ No\_\_\_

#### POSICION ESTATICA: simetría, higiene

Cabeza normal: Si X No\_\_\_

Cuello normal: Si X No\_\_\_

Hombros: Posición normal: Si X No\_\_\_ Simétrico: X Asimétrico: \_\_\_

Clavícula: Posición normal: Si X No\_\_\_ Simétrico: X Asimétrico: \_\_\_

Escapulas. Posición normal: Si X No\_\_\_ Simétrico: X Asimétrico: \_\_\_

Columna Si X No\_\_\_

Miembros superiores. Posición normal: Sí X No\_\_\_ Simétrico: X Asimétrico: \_\_\_

Caderas. Posición normal: Si\_\_\_ No X Simétrico: \_\_\_ Asimétrico: X

Extremidades inferiores. Posición normal: Si\_ \_ No X Simétrico: \_\_\_ Asimétrico: X

### PALPACIÓN SUPERFICIAL

Temperatura: Normal: X Frialdad: \_\_\_\_\_

Características de la piel: Color: \_\_\_\_\_

Tono muscular: Normal: X Hipotónico: \_\_\_\_\_ Hipertónico: \_\_\_\_\_

Dolor: Si X No\_\_\_

Edema: Si\_\_\_ No X

Características del Edema: con fóvea si\_\_\_ no\_\_\_ Región donde localiza el edema: \_\_\_\_\_

Clasificación del edema +\_\_\_\_++\_\_\_\_+++\_\_\_\_++++\_\_\_\_\_

### MEDICIONES

\*Longitudinal: Real: MSD: 35CM MSI: 34CM MID: 44CM MII 43CM

Aparente: MSD \_\_\_\_\_ MSI \_\_\_\_\_ MID \_\_\_\_\_ MII \_\_\_\_\_

### FUNCIÓN

Movilidad activa:

Movilidad pasiva: X

Flexión: Normal: \_\_\_\_\_ Reducido: X Simétrico: \_\_\_\_\_ Asimétrico: \_\_\_\_\_

Extensión: Normal: \_\_\_\_\_ Reducido: X Simétrico: \_\_\_\_\_ Asimétrico: X

Abducción: Normal: \_\_\_\_\_ Reducido: X Simétrico: \_\_\_\_\_ Asimétrico: \_\_\_\_\_

Aducción: Normal: \_\_\_\_\_ Reducido: X Simétrico: \_\_\_\_\_ Asimétrico: \_\_\_\_\_

Pronación: Normal: \_\_\_\_\_ Reducido: X Simétrico: \_\_\_\_\_ Asimétrico: \_\_\_\_\_

Supinación: Normal: \_\_\_\_\_ Reducido: X Simétrico: \_\_\_\_\_ Asimétrico: \_\_\_\_\_

Rotación: Normal: \_\_\_\_\_ Reducido: X Simétrico: \_\_\_\_\_ Asimétrico: \_\_\_\_\_

Amplitud del movimiento: Normal: \_\_\_ Reducido: X Simétrico: \_\_\_\_\_ Asimétrico: \_\_\_\_\_

Desarrollo Muscular: Normal: \_\_\_\_\_ Reducido: X Simétrico: \_\_\_\_\_ Asimétrico: \_\_\_\_\_

Medición de la Fuerza muscular: LEVE

Pruebas de fuerza muscular:

## VASCULAR PERIFÉRICO

### INSPECCION

Aspecto general:

Cianosis: Si\_\_\_ No X Región: \_\_\_\_\_

Varices: Si\_\_\_ No X Región: \_\_\_\_\_

Micro varices: Si\_\_\_ No X Región: \_\_\_\_\_

Ulceras: Si\_\_\_ No X Región: \_\_\_\_\_

Lesiones: Si\_\_\_ No X Región: \_\_\_\_\_

### PALPACION

Dolor en extremidades inferiores: Si X No\_\_\_

Fóvea presente: Si\_\_\_ No X Región: \_\_\_\_\_

Valoración del edema: 0\_\_\_ 1+\_\_\_ 2+\_\_\_ 3+\_\_\_ 4+\_\_\_

Llenado capilar: Mas de tres segundos: \_\_\_\_\_ Menos de tres segundos: X

Pulsos periféricos presentes: Si X No\_\_\_

Pulsos palpables según escala: 0\_\_\_ 1+\_\_\_ 2+\_\_\_ 3+\_\_\_

Diaforesis: Si\_\_\_ No X Signos de Tromboflebitis: Si\_\_\_ No X

Varices: Si\_\_\_ No X Micro varices: Si\_\_\_ No X

Perfusión tisular: \_\_\_\_\_

### AUSCULTACION

Detección de soplos arteriales anormales: Si\_\_\_ No X

Descripción de hallazgos-----

## NEURÓLOGICO

### ESFERA MENTAL

Conciencia: Alerta: X Somnolencia: \_\_\_Orientación: SI Tiempo: Si X No\_\_\_

Persona: Si X No\_\_\_ Lugar: Si X No\_\_\_

Juicio: Conservado X Alterado \_\_\_

Pruebas de memoria: \_\_\_\_\_

Pruebas de lenguaje: \_\_\_\_\_

### SENSIBILIDAD

#### Sensibilidad Superficial:

Al tacto fino en zonas simétrica: Normal: X Hipoestesia: \_\_\_\_\_

Hiperestesia: \_\_\_\_\_ Anestesia: \_\_\_\_\_

Sensibilidad al dolor: percibe el dolor ( el usuario percibe el roce romo o afilado en las diferentes partes) normal X  
disminuido\_\_\_\_\_ no percibe\_\_\_\_\_

Sensibilidad a la temperatura si X no\_\_\_\_\_

Sensibilidad a la posición. En dedo medio de la mano o pulgar del pie.( solicitar al paciente que cierre los ojos ,mover dedo hacia arriba/lado y que identifique la posición)

Lo describe CORRECTAMENTE SI

Sensibilidad Fina descripción táctil:

Discriminación de 1 o 2 puntos estimular la piel con un objeto afilado simultáneamente y luego solo un lado) los identifica ambos lados X -solo un lado\_\_\_\_\_

Estero gnosis: reconoce un objeto: Si X No\_\_\_

Grafestesia: Reconoce un dibujo como la palma de su mano: SiX No\_\_\_

#### PRUEBAS DE EQUILIBRIO Y COORDINACIÓN:

Se Camina en línea recta: \_\_\_\_\_

Prueba de romberg de pie con los pies juntos y brazos a los lados.\_\_\_\_\_

Parado en un solo pie con los ojos cerrados: \_\_\_\_\_

Marcha: talón –punta\_\_\_\_\_en puntillas\_\_\_\_\_ o talones\_\_\_\_\_

Motoras finas:

Dedo-nariz----- NORMAL

Movimiento de supinación-pronación sobre rodillas/o en mis manos\_\_\_\_\_

Dedo –nariz y a dedo enfermera NORMAL

Dedo a DEDO NORMAL

Dedo a pulgar (misma manos hacerlo en ambas manos) NORMAL

Pruebas en miembros inferiores:

Talón espinilla\_\_\_\_\_ dedo gordo del pie a dedo de la enfermera\_\_\_\_\_

#### REFLEJOS PROFUNDOS U OSTEOTENDINOSOS:

Superciliar: Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_

Masetero: Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_

Bicipital: Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_

Tricipital: Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_

Rotuliano: Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_

Patelar: Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_

Aquilino: Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_

Braquiorradial: Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_

REFLEJOS SUPERFICIALES O CUTANEOMUCOSOS:

Corneal: Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_

Cutáneo Abdominal: Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_

Cremastérico: Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_

Plantar: Normal: X Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_

Valoración de pares craneales

PAR	NOMBRE	PRESENTE	AUSENTE	HALLASGO
I	OLFATORIO	X		
II	OPTICO	X		
III	OCULOMOTOR	X		
IV	TROCLEAR7PATETICO	X		
V	TRIGEMINO	X		

VI	OCULOMOTOR EXTERNO /ABDUCEN	X		
VII	FACIAL	X		leve desvío de labio inferior al lado izquierdo
VIII	AUDITIVO	X		
IX	GLOsofarINGEO	X		
X	VAGO	X		
XI	ESPINAL	X		
XII	HIPOGLOSO	X		

## ANEXO 3 GUIA DE ANAMNESIA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

### GUIA DE ANAMNESIS

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha: 27/ 4/ 24 Nombre: Alfredo Ponce

Edad: 72 años Sexo: Masculino Estado civil: Soltero N° de historia: 955470

Ocupación Desempleado Procedencia Salvadoreño

Dirección actual: final ca. Celiz barrio concepción 22 av. nte. Casa 14, s.s

Escolaridad: Escuela Media

Fuente de información: Expediente y Datos del Paciente Confiable SI: X NO\_\_

#### II. CONDICIÓN DE SALUD \_\_\_\_\_

PROBLEMÁTICA ACTUAL: lavado Quirúrgico más colocación de espaciador de cemento, más osteomielitis de cadera derecha positivo a S. AUREUS, mas diabetes mellitus, mas secuela de accidente cerebro vascular isquémico, más anciano frágil, más DHE en resolución.

Explicación del problema: Paciente masculino quien consultó por dos días de presentar periodos de adinamia e hipoactividad, hace un día familiar nota poca respuesta a estímulos verbales y táctiles, hace 12 horas nota imposibilidad para la movilización de hemicuerpo

derecho, por lo que consulta con médico particular quien refiere a este centro de salud; actualmente cumpliendo 15 días de estancia hospitalaria en este servicio, se observa paciente con ropa hospitalaria consciente y orientado en sus 3 esferas mentales, respirando aire ambiente sin dificultad, tolerando vía oral, en subclavia derecha catéter venoso central de 3 lúmenes colocado el día 22/4/24, ambos miembros superiores simétricos y normales, abdomen blando y depresible a la palpación, micción espontánea abundante, miembro inferior derecho herida operatoria sana cerrada sin suturas ni signos de infección, ambos miembros inferiores con poca movilidad motora más dolor a la movilización; en resolución hiponatremia leve, paciente aparentemente estable.

#### SIGNOS Y SINTOMAS

- Iniciación
- Fecha en que se inició el problema: 31/3/24
- Forma en que apareció el síntoma Gradual: X Súbito
- Características: inmovilidad motora
- Caracteres \_\_\_\_\_
- Localización: miembro inferior derecho
- Intensidad o severidad Suave \_\_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_\_ Severo: X
- Tiempo \_\_\_\_\_

#### EVOLUCION

- Tratamiento: cuidados de herida operatoria, cambios de posición cada 2 horas, signos vitales cada 8 horas, omeprazol 40mg cada día, solución salina normal 500 cc más 2 cc de sulfato de magnesio cada 12 horas, acetaminofén 1 g endovenoso cada 8 horas, heparina 5000 unidades cada 12 horas, trimetropin mas sulfametoxazol 1 tableta cada 8 horas, vancomicina 1 gramo cada 12hrs.

- Mejoría Si  No
- Empeoramiento Si  No
- Estabilidad Si  No
- Efecto de tratamiento Si  No
- Factores potenciales \_\_\_\_\_
- Otras observaciones \_\_\_\_\_

### III. ESTILO DE VIDA

- Composición familiar: 2 hijos
- Quienes firman la familia \_\_\_\_\_
- Edades: 29 y 35
- Quienes convive con la o el usuario actualmente:
- Escolaridad (solo para escolares)
- Sabe leer y escribir Si:  No  Que grado estudio: Escuela Media
- Rendimiento académica Muy Bueno:  BUENO:  Deficiente
- Deserción escolar Si:  No  Causas: Económicamente.
- Trabajo que realiza: ninguno
- Tipo \_\_\_\_\_
- Exposición a riesgo Si  No:  Cuales \_\_\_\_\_

- N° de Horas \_\_\_\_\_
  - Estabilidad            Sí\_\_\_ No\_\_\_
  - Ingreso familiar (mensual o quincenal) hijos
  - Hábitos: Drogas\_\_\_Alcohol: si hace 10 años que lo dejo. Cigarrillo\_\_\_Especifique\_\_\_\_\_
  - Dieta (Alimentos que come con más frecuencia): Dieta para diabético, hiposódica, hiperproteica, cereales, atoles, frutas, verduras...
  - Sueño
  - N° de horas: 7 horas.
  - Calidad del sueño: aceptable
  - Relaciones interpersonales (familiares, vecinos amigos)
- Bueno Si\_\_\_ No\_\_\_      Regular Si: X No:\_\_\_    Conflictivas Si\_\_\_ No: X
- 
- Medio Ambiente
  - Vivienda: Techo de lámina, pared de ladrillos
  
  - Características (paredes, techo, piso, ventilación, iluminación)
  
  - Numero de cuarto: 4
  
  - Número de personas por cuarto:---

- Disponibilidad de servicios básicos
- Agua Si: X No\_\_\_
- Luz Si: X No\_\_\_
- Alcantarillado Si: X No\_\_\_
- Recursos del barrio
- Centros de salud Si: X No\_\_\_
- Iglesia Si: X No\_\_\_
- Mercado Si: X No\_\_\_
- Transporte Si: X No\_\_\_
- Aspectos educativos (conocimientos sobre su problema de salud, aspectos del cuidado de la salud que le gustaría que le enseñaran): paciente que no se le dificulta entender las explicaciones de los médicos y enfermeras por lo que él entiende el resultado de su enfermedad.
- Aspectos espirituales
- Se congrega en alguna iglesia Si: X No\_\_\_ \_\_\_\_\_
- Grado de participación en las actividades de la iglesia: Mínimo
- Siente apoyo de Dios Si: X No\_\_\_

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes ginecológicos

- Historia de flujos Si\_\_\_ No\_\_\_ Características\_\_\_\_\_
- Citología vaginal Si\_\_\_ No\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_
- Auto examen de mamas Si\_\_\_ No: X Fecha\_\_\_\_\_

Antecedentes patológicos (últimos 5 años)

- Enfermedades infectocontagiosas Si\_\_\_No: X cuales\_\_\_\_\_
- Enfermedades no contagiosas Si: X No\_\_\_\_\_ cuales:

Diabetes mellitus desde hace 15 años tratado con glibenclamida/Metformina cada día oral.

Colocación de MOOS en columna lumbar por trauma secundario a accidente de tránsito a los 20 años. Laparotomía exploratoria por abdomen pseudo obstructivo en octubre 2023 HNR Colocación de MOOS por fractura de mano derecha por accidente de tránsito.

Habla bradilálica.

#### V. REVISION DE SISTEMAS

Estado general

- Peso actual (si lo sabe)\_\_\_\_\_
  - Modificaciones de peso Si\_\_\_ No\_\_\_ Razones\_\_\_\_\_
- 

- Decaimiento Si:\_\_\_ No X
- Malestar Si\_\_\_ No: X
- Fiebre Si\_\_\_ No: X

#### CABEZA

- Cefalea Si\_\_\_ No: X                      Seborrea Si\_\_\_ No: X

- Pediculosis Si\_\_\_ No: X Alopecia Si X\_ No:\_\_\_

#### CARA

- Edema Si\_\_\_ No: X Dolor Si:- No: X
- Lesiones de piel Si:\_\_\_ No X Masas Si\_\_\_ No: X
- Manchas Si\_\_\_ No: X

#### OJOS

- Dolor Si\_\_\_ No: X Lagrimeo Si\_\_\_ No: X
- Visión borrosa Si\_\_\_ No: X Uso de lentes Si\_\_\_ No X
- Perdida de la visión Si\_\_\_ No: X Secreciones Si\_\_\_ No: X
- Edema de parpados Si\_\_\_ No: X Otros \_\_\_\_\_

#### NARIZ Y SENOS PARANALES

- Dolor en los senos Si\_\_\_ No: X Prurito Si\_\_\_ No: X
- Obstrucción Si\_\_\_ No: X Rinorrea Si\_\_\_ No: X
- Epistaxis Si\_\_\_ No: X Modificaciones en el olfato Si\_\_\_ No: X

Otros \_\_\_\_\_

## OIDOS

- Dolor Si\_\_\_ No: X Secreción Si\_\_\_ No: X
- Audición Si:\_\_\_ No X Tinnitus Si\_\_\_ No: X
- Prurito Si\_\_\_ No: X Vértigo Si\_\_\_ No: X

Otros \_\_\_\_\_

## CAVIDAD ORAL

- Dolor Si\_\_\_ No: X Uso de prótesis Si\_\_\_ No: X
- Sangrado Si\_\_\_ No: X Modificación del gusto Si\_\_\_ No: X
- Frecuencia del aseo oral: en cada comida.

## CUELLO

- Dolor Si\_\_\_ No: X
- Limitación de movimiento Si\_\_\_ No: X
- Rigidez Si\_\_\_ No: X

## RESPIRATORIO

- Dolor Si\_\_\_ No: X Expectoración Si\_\_\_ No\_\_\_
- Tos Si\_\_\_ No: X Hemoptisis Si\_\_\_ No: X
- Disnea Si\_\_\_ No: X Otros \_\_\_\_\_

## CARDIVASCULAR

- Dolor Si\_\_\_ No: X Intolerancia al ejercicio Si\_\_\_ No: X

Otros \_\_\_\_\_ GASTROINTESTINAL

- Apetito Si: X No\_\_\_ Habito intestinal (frecuencia): 3 VECES AL DIA

- Características de deposiciones: semi sólidas, fétidas, cafesoso
- Nauseas Si\_\_ No: X Vómitos Si\_\_ No: X
- Eructos Si\_\_ No\_\_ Pirosis Si\_\_ No: X
- Idiosincrasia a los alimentos Si\_\_ No: X Dolor abdominal Si\_\_ No: X
- Flatulencia Si: X No\_\_ Distensión abdominal Si\_\_ No: X
- Uso de laxantes Si\_\_ No: X Prurito anal Si\_\_ No: X
- Expulsión de parásitos Si\_\_ No: X Otros aspectos: \_\_\_\_\_

#### GENITOURINARIO

- Frecuencia y características de la orina : CLARA, 4 VECES
- Dolor y ardor al orinar Si\_\_ No: X urgencia urinaria Si\_\_ No: X
- Dolor en flancos Si\_\_ No: X Oliguria Si\_\_ No: X
- Dolor en región lumbar Si\_\_ No: X Nicturia Si\_\_ No:
- Incontinencia Si\_\_ No X Otros:

#### MUSCULO ESQUELETICO

- Dolor Si: X No\_\_ Rigidez Si: X No\_\_
- Eritema Si\_\_ No: X Masas Si\_\_ No: X
- Limitación de movimientos Si: X No\_\_ Pie plano Si\_\_ No: X
- Artralgias Si\_\_ No: X Otros:

#### SISTEMA NERVIOSO

- Desmayo Si\_\_\_ No: X
  - Alucinación Si\_\_\_ No: X
  - Insomnio Si\_\_\_ No: X
  - Temblores Si\_\_\_ No: X
  - Otros\_\_\_\_\_
- Exposición a tóxicos Si\_\_\_ No: X
  - Debilidad Si\_\_\_ No: X
  - Parestesias Si\_\_\_ No: X
  - Convulsiones Si\_\_\_ No: X
- 

#### HEMATOPOYETICO

- Tendencia al sangrado de pie y mucosas Si\_\_\_ No: X
- Otros\_\_\_\_\_

#### PIEL

- Cambios de color Si\_\_\_ No X
- Erupciones Si\_\_\_ No X
- Prurito Si\_\_\_ No X

ANEXO 4 FOTOGRAFIAS DEL PACIENTE.



Don Alfredo Ponce Alfaro de 72 años al momento con cambio de posición y cuidado higiénicos, en la ejecución de planes al tercer día





Don Alfredo Ponce Alfaro de 72 años con cuidados higiénicos utilización de rodillete para separación de miembros inferiores, en ejecución de planes 6 días.

ANEXO 5 CRONOGRAMA.

ACTIVIDADES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Creación del grupo de Whastapp	3						
Primera reunión con asesora		11					
Segunda asesoría		18					
Tercera asesoría			2				
Cuarta asesoría			17				
Entrega de primer avance de Proceso de Enfermería				6			
Primera Reunión de equipo para Arreglar las primeras observaciones					19		
Reunión con licenciada Mayra para solventar					23		

dudas.							
Entrega de segundo avance sobre Proceso Enfermero						8	
Reunión presencial con licenciada Mayra sobre discusión y solución de dudas.						15	
Segunda reunión de equipo para orden del documento del Proceso Enfermero						24	
Tercera reunión de equipo para arreglo de nuevas observaciones.							11
Reunión con licenciada asesora Mayra sobre Correcciones y retroalimentaciones de las observaciones.							12

**ANEXO 6 PRESUPUESTO**

<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PRECIO UNIDAD</b>	<b>PRECIO TOTAL</b>
<b>Proceso Enfermero Final</b>			
Internet residencial	2	\$25.00	\$50
Datos móviles	2	2.10	4.20
Transporte de viaje	2	1.00	\$4.50
Alimentación	3	\$25	\$75
Impresión	1 (111 páginas)	\$0.10	\$11.1
Anillado	1	3.00	\$3.00
<b>SUBTOTAL</b>			\$147.8
<b>IMPREVISOS</b>			\$14.41
<b>TOTAL</b>			\$162.21

## ANEXO 7 CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE CIENCIA DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



SR....., de..... años de edad y con DUI .....

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado “xxx”.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los Objetivos especificados en el proyecto.

Fecha.....

Firma.....

Nombre investigador.....

Firma del investigador.....

## ANEXO 8 EXAMENES DE LABORATORIO.

**Resultados de Exámenes de Laboratorio.**

**BACTERIOLOGÍA**

**CULTIVO DE SECRECIÓN**      Estado: **Resultado Completo**      Fecha de Resultado: **15/08/2024 08:39 AM**  
**Urgente: NO**

Fecha de Recepción: **12/08/2024 10:42 AM**      Tipo de muestra: **Herida Quirúrgica**

Validado por: **LIC. MARTINEZ DE\_PORTILLO MIRNA GUADALUPE**

Resultado: **Positivo**  
 Observación: **Cultivo positivo por**

Organismo: **Staphylococcus aureus**  
 Cultivo con cuenta de Colonias: **Cultivo positivo por**

Antibiótico	Lectura	Interpretación
Ciprofloxacina	>= 8	Resistente
Clindamicina	>= 4	Resistente
Eritromicina	>= 8	Resistente
Linezolid	1	Sensible
Nitrofurantoína	<= 16	Sensible
Tetraciclina	<= 1	Sensible
Trimetoprima/Sulfametoxazol	<= 10	Sensible
Vancomicina	1	Sensible
B-Lactamasa	Pos	Positivo
Levofloxacina	4	Resistente
Benzilpenicilina	>= 0,5	Resistente
Oxacilina	>= 4	Resistente
Rifampicina	<= 0,03	Sensible
Detección de Cefoxitina	Pos	Positivo
Resistencia Inducible a la Clindamicina	Neg	Negativo
Daptomicina	0,25	Sensible
Ceftarolina	0,5	Sensible

**ITIC** Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones - Mini

Eritromicina	>= 8	Resistente
Linezolid	1	Sensible
Nitrofurantoína	<= 16	Sensible
Tetraciclina	<= 1	Sensible
Trimetoprima/Sulfametoxazol	<= 10	Sensible
Vancomicina	1	Sensible
B-Lactamasa	Pos	Positivo
Levofloxacina	4	Resistente
Benzilpenicilina	>= 0,5	Resistente
Oxacilina	>= 4	Resistente
Rifampicina	<= 0,03	Sensible
Detección de Cefoxitina	Pos	Positivo
Resistencia Inducible a la Clindamicina	Neg	Negativo
Daptomicina	0,25	Sensible
Ceftarolina	0,5	Sensible