



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado  
Especialidad en Enfermería

*Tesina*

*Proceso de Enfermería en Adolescente con Estenosis  
Subglótica Adquirida*

Presenta:

**LE. Abigail Bailón Arriaga**

Para obtener el Grado de:

Especialista en Pediatría

Diciembre, 2024



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado  
Especialidad en Enfermería

*Tesina*

*Proceso de Enfermería en Adolescente con Estenosis  
Subglótica Adquirida*

Presenta:

**LE. Abigail Bailón Arriaga**

Para obtener el Grado de:  
Especialista en Pediatría

Director de Tesina:  
DE. Marcela Flores Merlo

Diciembre, 2024

**Tesina:** Proceso de Enfermería en Adolescente con Estenosis Subglótica Adquirida

**Número de registro:** SIEP/EEP/004

**Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional**

---

DE. Marcela Flores Merlo

**Presidente**

---

MCE. María del Rosario Amador Gómez

**Secretario**

---

ME. Marisol Vargas Monterrosas

**Vocal**

---

DE. Marcela Flores Merlo

**Director de Tesina**

DCE. Francisco Javier Báez Hernández

**Director de la Facultad de Enfermería**

ME. Miguel Ángel Zenteno López

**Secretario de Investigación y Estudios de**

**Posgrado**

## Resumen

<b>Candidata para el Grado de</b>	Enfermera Especialista en Pediatría
<b>Fecha de Graduación</b>	Agosto 2024
<b>Universidad</b>	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
<b>Facultad</b>	Facultad de Enfermería
<b>Título de las Tesina</b>	Proceso de Enfermería en Niño con Estenosis Subglótica Adquirida
<b>Número de páginas</b>	67
<b>Área de Estudio</b>	Enfermería Clínica

### Introducción:

**Objetivo:** Desarrollar un Proceso de Enfermería a un paciente con Estenosis Subglótica adquirida postquirúrgico de traqueoplastia, en base a la identificación de la afectación de los Once Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, y de acuerdo con ello realizar intervenciones y actividades de enfermería que ayuden a mejorar el estado de salud del paciente.

**Metodología:** Mediante el Proceso de Atención de Enfermería y con apoyo de la valoración de los Once Patrones Funcionales de Marjory Gordon se obtuvieron los patrones funcionales afectados y los diagnósticos de enfermería correspondientes, se hizo empleo de las taxonomías NANDA, NOC y NIC para efectuar las intervenciones correspondientes y poder mejorar o mantener el estado de salud del paciente.

**Resultados:** Como resultados de las valoraciones realizadas se obtuvieron los siguientes diagnósticos de enfermería: limpieza ineficaz de las vías aéreas, deterioro de la deglución, deterioro de la comunicación verbal, riesgo de aspiración y deterioro de la movilidad física. Posteriormente con las intervenciones realizadas, se logró que hubiera un cambio en cuanto a la puntuación diana de cada uno de ellos. En las valoraciones posteriores se identificaron los siguientes diagnósticos: dolor agudo y riesgo de baja autoestima situacional.

**Conclusión:** La Estenosis Subglótica Adquirida suele ser una patología no frecuente en la edad pediátrica, sin embargo, si se llegará a presentar se tienen que indagar los factores que intervienen para llegar a desarrollarla. Es importante brindar apoyo en cualquiera etapa de la vida que se presente, cuando llegan a contar con intervención quirúrgica ya que al sufrir un cambio de imagen corporal pueden tener riesgo de afectar su integridad personal.

Firma del Director de Tesina: DE. Marcela Flores Merlo.

<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>6</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>6</b>
1.1 Planteamiento del problema .....	6
1.2 Marco de referencia .....	9
1.3 Objetivos.....	13
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>15</b>
<b>Diseño del Proceso de Enfermería.....</b>	<b>15</b>
2.1 Valoración Inicial .....	15
2.2 Diagnósticos de Enfermería .....	23
2.3 Plan de Cuidados de Enfermería, Ejecución y Evaluación del Cuidado.....	25
2.4 Valoración Continua.....	35
2.5 Diagnósticos de Enfermería .....	38
2.6 Plan de Cuidados de Enfermería, Ejecución y Evaluación del Cuidado.....	39
2.7 Recomendaciones de Alta y/o Continuidad de Cuidados Intrahospitalarios.....	45
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>47</b>
3.1 Discusión Clínica y Conclusiones.....	47
Referencias .....	49
Apéndices .....	53

# Capítulo I

## Introducción

### 1.1 Planteamiento del problema

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE, 2023) define a la estenosis como un estrechamiento de algún orificio o conducto. La Estenosis Subglótica (ES) se define como una disminución en la luz de la laringe en la parte baja de las cuerdas vocales que se extiende hasta llegar al borde inferior del cartílago cricoides. Esta patología puede llegar a presentarse de forma congénita o adquirida (Jefferson et al., 2016).

Se estima que el 90% de los casos presentados de ES son adquiridos, considerándose a la intubación endotraqueal como una de las principales causas asociadas. Entre los factores que la ocasionan se encuentra aquellos relacionados con una intubación traumática, la elección del tamaño del tubo, la presencia de balón y el tiempo que el paciente permaneció intubado. En los recién nacidos, la estimación de la tendencia puede variar a cifras más bajas debido a un mejor manejo de la intubación (Devine & Germiller, 2022).

Por su estructura anatómica, la subglotis presenta mayor presencia de estrechez en la vía aérea, siendo el sitio donde se produce mayor predominio de estenosis; iniciando en un principio con presencia de eritema y ulceración en la mucosa, inflamación y formación de tejido de granulación. Posterior hay presencia de condritis y aparición de necrosis del cartílago. El riesgo de llegar a padecer estenosis subglótica dependerá de los días de intubación, teniendo una alta probabilidad por cada cinco días que pasa con el manejo de la vía aérea (Ho et al., 2019).

Para poder realizar el diagnóstico de la ES Adquirida se emplea principalmente el uso de endoscopia y de acuerdo con ello, determinar el grado de severidad que se presenta. La clasificación de Myer-Cotton propuesta en 1984 ayuda a corroborar el grado de afectación que muestra la estenosis subglótica. En relación con el porcentaje de obstrucción y localización de la lesión, se asignarán los grados I al IV, de acuerdo con el nivel de porcentaje obstruido: grado I, con un 50% de obstrucción; grado II, abarcando un 51% a 70%; grado III, del 71% a 99% y grado IV abarcando una obstrucción total (Delgado et al., 2009., Myer et al., 1994).

Para que la estenosis se empiece a desarrollar regularmente se presenta posterior a la extubación, pueden llegar a pasar algunos días o incluso semanas para que el tejido que se formó cicatrice y empiece a incidir en la obstrucción de la vía aérea, teniendo una prevalencia entre el 0.9 al 8.3% (Truffin et al., 2019).

Cakir et al. (2020) llevaron a cabo la realización de un estudio relacionado con la ES post intubación en niños, contando con la participación de 112 pacientes, que tenían como antecedente el haber tenido previa intubación; de los cuales 50 de ellos tenían presente sintomatologías asociadas a problemas respiratorios posteriores a la extubación. Con esto se determinó que el riesgo de llegar a padecer ES está estrechamente relacionado con el tiempo de estar expuesto a intubación.

Por otra parte, Redondo-Sedano et al. (2018) hicieron un estudio retrospectivo en niños, para poder determinar los tipos, grados y las medidas de tratamiento para pacientes diagnosticados con estenosis laríngea. Este estudio abarca los años 2000 a 2017. Conto con una muestra total de 78 casos, se identificó que el 84.6% de ellos presento una lesión adquirida; del cual el 77% fue principalmente en la región subglótica. Para su manejo y tratamiento el 48.7% de los casos, fue manejado con la realización de traqueotomía de forma inicial.

Ahmad, L. M. y Jallu, A. S. (2020) de igual forma, llevan a cabo la realización de un estudio retrospectivo en donde describen la evaluación y manejo de lactantes que han presentado ES; teniendo como población muestra a 10 pacientes, 4 casos de estos presentaron estenosis subglótica adquirida. En relación con grado de afectación que presentaban, fue el tratamiento que se les aplico, interviniéndolos principalmente con dilatación de Bougie, traqueotomía y reconstrucción abierta. Mencionan que los tratamientos deben de adecuarse siempre a las necesidades de cada paciente.

En Corea del Sur, Lee et al. (2019) estudiaron la evaluación en el manejo de pacientes pediátricos con ES durante un periodo de 8 años. Conto con una muestra de 20 pacientes; siete de ellos presentaba ES grado II de acuerdo con la escala de Myer-Cotton. Dentro de las intervenciones mencionan que a 13 de los 20 participantes se les realizo traqueotomía.

Nuevamente Al-Khatib et al. (2022) realizan otro estudio retrospectivo sobre la tasa de éxito y la eficacia del uso de la laringo traqueoplastia en niños con ES en un centro de atención de tercer nivel. Contaron con un total de 20 pacientes que habían sido sometidos a este tratamiento; posterior a esto se les realizo la decanulación, quedando en periodo de vigilancia posterior a la reconstrucción de la vía aérea para identificar posibles riesgos de presentar estenosis residual. Con este estudio determinaron que el empleo de la laringo traqueoplastia promete una mejora en el tratamiento de la ES si se trata de forma eficaz.

## 1.2 Marco de referencia

La estenosis se define como una estrechez en la vía respiratoria que puede comprender a nivel de la laringe y la tráquea, provocando como consecuencia dificultad a nivel respiratorio impidiendo el paso del aire a los bronquios y pulmones. En los niños, la región subglótica suele ser el área más sensible y estrecha en donde puede haber mayor presencia de lesiones ocasionadas a la intubación endotraqueal (Jefferson et al., 2016).

Dentro de las causas relacionadas se encuentran los traumas externos laríngeos que pueden deberse a fracturas laríngeas; los traumas internos laríngeos por lo general serán secundarios a procesos de intubación endotraqueal prolongada, representando un 90 % aproximado de la mayoría de los casos reportados. En ocasiones, su detección puede pasar por desapercibida, hasta ser evidenciado por un cuadro infeccioso de las vías respiratorias (Rodríguez et al., 2013).

Otro de los factores predisponentes relacionados con el riesgo de presentar estenosis posterior a la intubación pueden deberse propios al paciente, como un estrechamiento congénito, pacientes que han sido prematuros, presencia de reflujo gastroesofágico, formaciones queloides, así como factores sistémicos que pueden ocasionar hipoperfusión en la mucosa como hipotensión, sepsis, anemia y shock; también los factores extrínsecos: como el tamaño y dureza del tubo endotraqueal (TET), y el traumatismo al momento de la intubación (Rodríguez et al., 2013).

Al ser el TET uno de los factores principales de conllevar a la estenosis, propicia una lesión traumática y genera mayor presión; dicha presión puede exceder la presión de perfusión capilar y ocasionar isquemia, posterior habrá edema, presencia de necrosis y ulceración. Cuando

esta lesión se va reparando, el tejido comienza a granularse llevando a cabo una disminución de la luz en la vía aérea y generar obstrucción (Monnier, 2011).

El proceso para desarrollar estenosis puede presentarse de forma progresiva, ya sea que los síntomas y signos empiecen a manifestarse en días o semanas posteriores a la intubación o llegar a presentarse meses después. Por ello es de importancia que se tenga una valoración subsecuente en pacientes que han sido previamente intubados para identificar el cuadro clínico de forma temprana. Entre estos se encontrará la presencia de estridor y dificultad respiratoria que puede ser de forma progresiva, puede haber presencia de disfonía, cuando la glotis y las cuerdas vocales se ven afectadas. En algunos casos puede llegar a confundirse con laringotraqueítis recurrente y asma (Neri & Grub, 2009).

El diagnóstico se basará ante la sospecha de presentar antecedente de intubación endotraqueal. Se hará uso de la endoscopia flexible para poder establecer el diagnóstico si el paciente se encuentra en condiciones de tolerarla, ya que, por medio de ella, se valorará si existe una afectación en la movilidad de las cuerdas vocales. El uso de la endoscopia rígida permitirá valorar la relación de la estenosis con las demás estructuras laringotraqueales. El grado de estenosis se establecerá de acuerdo con la clasificación de Myer Cotton (Neri & Grub, 2009).

El tratamiento dependerá de la gravedad y el cuadro clínico, así como la presencia de dificultad respiratoria. Por lo regular el tratamiento de elección se lleva de forma quirúrgica, siempre considerando los factores de cada paciente en relación con tipo de estenosis que presenta, el área afectada y su grado de obstrucción. Se pueden llegar a tratar también mediante dilataciones, resección mediante laser, con laringotraqueoplastia clásica con injerto de cartílago, laringotraqueoplastia de un solo tiempo o resección de la zona con estenosis (Neri & Grub, 2009).

Durante el actuar del profesional de enfermería, para poder brindar los cuidados necesarios al receptor, podemos guiarnos mediante las diferentes etapas del proceso enfermero, en el cual identificaremos las acciones de importancia a realizar y con base en ello poder tomar decisiones que den las pautas para brindar un nivel de cuidados de calidad y de forma humanista (Alfaro-LeFevre, 2014).

El Proceso de Enfermería (PE) se define como “aquel sistema que se aplica en la práctica de la Enfermería en el que el profesional hace uso de sus conocimientos, opiniones y habilidades para poder identificar, diagnosticar y tratar los problemas de salud que el paciente presente”. Por tal motivo, el PE es base fundamental en la disciplina profesional brindando sustentos metodológicos por medio del empleo del método científico, así como el uso del razonamiento científico y el pensamiento crítico (Iyer et al., 1997).

Una de las características relevantes del PE es que se va a realizar de forma sistemática y cíclica, ya que se conforma de cinco etapas que van a estar estrechamente relacionadas una de la otra debido a que llevan una secuencia para su realización. Estas etapas son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación (Alfaro-LeFevre, 2014).

La valoración comprende la primera etapa del PE, consiste en un proceso que va a llevarse de forma planificada, sistemática y de forma continua, con la finalidad de obtener los datos del estado de salud del paciente por medio de diferentes fuentes. Estos datos nos permitirán poder llevar a cabo un análisis en donde identifiquemos las necesidades y problemas relacionados al estado de salud del paciente y su cuidado. Para obtener la información, el personal de enfermería puede hacer empleo de diferentes métodos y materiales que le servirán de apoyo, así como el uso de las tecnologías de la información y comunicación (Sevilla, 2016).

En el año de 1973 Marjory Gordon, enfermera, teórica y profesora crea la teoría de la valoración de enfermería por medio de la “*Valoración de los Patrones Funcionales de Salud*” herramienta que permitirá conocer la historia clínica y de salud a través de la identificación de los patrones alterados de salud del individuo. Esta valoración comprende once patrones funcionales: percepción-manejo de la salud, nutricional-metabólico, eliminación, actividad-ejercicio, reposo-sueño, cognitivo-perceptual, autopercepción-autoconcepto, rol-relaciones, sexualidad-reproducción, afrontamiento-tolerancia al estrés y valores-creencias (Gordon, 2007).

La segunda fase del PE es el diagnóstico, etapa en la cual se llevará a cabo la realización del juicio clínico del profesional, donde identificará los problemas y alteración del estado de salud de la persona con relación a la valoración previamente realizada. Aquí se podrán identificar los problemas reales y potenciales que requerirán del actuar del profesional con el objetivo principal de resolverlo o disminuir (Proceso de Atención de Enfermería, 2013).

El profesional de enfermería podrá apoyarse mediante la utilización de los diagnósticos de enfermería aprobados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), los cuales mediante la identificación de las características definitorias y los factores relacionados se puede proporcionar las bases para llevar a cabo las intervenciones de enfermería que ayuden a solucionar el problema (Proceso de Atención de Enfermería, 2013).

Una vez ya realizada la valoración y la identificación de los diagnósticos en donde se han identificado los problemas, da paso a la tercera etapa, la planeación. En esta etapa se establecerán y llevarán a cabo los cuidados de enfermería, que ayuden al receptor ya sea a eliminar, reducir o prevenir los problemas identificados. Se determinará la asignación de prioridades en relación con los problemas que se consideren urgentes de resolver (Alfaro-LeFevre, 2014).

La Ejecución, corresponde a la cuarta etapa, aquí es donde se lleva la aplicación de los planes de cuidado que se han establecido en la planeación de acuerdo con los problemas prioritarios a resolver. En esta etapa el profesional de enfermería efectuara la realización de todas las actividades dirigidas a poder solucionar el o los problemas identificados. Continuara de igual forma con la recogida y valoración de los datos (Proceso de Atención de Enfermería, 2013).

La última etapa del PE, la evaluación; consiste en medir los resultados obtenidos posteriores a la intervención realizada en el receptor de cuidados, comparando de cierta forma el estado de salud inicial con el estado de salud posterior. Esta fase de igual forma se realiza de forma continua en cada una de las etapas anteriores, por medio de la verificación en cuanto a la relevancia de la calidad en cada una de las fases del proceso enfermero (Reina, 2010).

### **1.3 Objetivos**

#### Objetivo general

Desarrollar un Proceso de Enfermería a un paciente con Estenosis Subglótica adquirida, postquirúrgico de traqueoplastia, en base a la identificación de la afectación de los Once Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, y de acuerdo con ello realizar intervenciones y actividades de enfermería que ayuden a mejorar el estado de salud del paciente.

#### Objetivos específicos

- Realizar un análisis del estado de salud del paciente a través de los Once Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.
- Identificar por medio de los diagnósticos de enfermería las alteraciones presentes en el estado de salud del paciente.

- Llevar a cabo la planeación de las intervenciones de enfermería que ayuden a mejorar el estado de salud afectado del paciente.
- Implementar la realización de las intervenciones de enfermería abordando las necesidades identificadas respecto a las alteraciones identificadas.
- Evaluar la realización de los cuidados llevados a cabo en el paciente y describir los resultados.

## Capítulo II

### Diseño del Proceso de Enfermería

#### 2.1 Valoración Inicial

14 de noviembre de 2023, 10:00 am

##### 2.1.1 Datos de Identificación

JJPS adolescente de sexo masculino con 15 años y 7 meses de edad, fecha de nacimiento 19/03/2008, estudiante de nivel preparatoria, residente de la ciudad de Puebla, Puebla, vive con su madre, padre y un hermano de 9 años. Ingresa a la institución por su propio pie, tiene diagnóstico médico de Estenosis Subglótica adquirida Cotton II, programado para realización de una traqueoplastia.

##### *Antecedentes heredofamiliares*

Madre de 31 años, ama de casa, toxicomanías negadas, aparentemente sana. Padre de 33 años, comerciante, aparentemente sano. Hermano de 9 años, aparentemente sano. Por línea materna ambos abuelos con diabetes mellitus y línea paterna abuela con diabetes mellitus.

##### 2.1.2 Observación del Entorno

Se encuentra ubicado en la cama número 3 del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica (UCI-Qx), en cama hospitalaria, con barandales arriba, cuenta con monitorización hemodinámica no invasiva. Su unidad tiene adecuada iluminación, una cortina hospitalaria corrediza, buro para resguardo de objetos personales, la habitación ordenada, equipada con un tablero que tiene dos tomas de oxígeno medicinal, flujómetro para aire medicinal, toma de aspiración, toma corriente y una mesa pasteur.

### **2.1.3 Datos Históricos**

#### ***Patológicos y tratamientos recibidos***

Su familiar refiere que en el mes de febrero del año 2023 tuvo un accidente de motocicleta, presentando Traumatismo Cráneo Encefálico (TCE) que le ocasiono estar hospitalizado durante 15 días, contando con manejo avanzado de vía aérea por 3 días. Debido a esto, en el mes de abril del mismo año, se le realiza una endoscopia, en donde se le diagnostica Estenosis Subglótica, en el mes de septiembre nuevamente se le hace otra endoscopia donde se reafirma el diagnostico de Estenosis Subglótica adquirida Cotton II.

#### ***No patológicos***

Presento varicela a los 9 años, familiar refiere esquema de vacunación completo, pendiente vacuna de influenza anual.

#### ***Quirúrgicos***

Negados

#### ***Estudios de diagnóstico***

26/04/2023: Endoscopia que revela ES consecutiva a procedimientos de tratamiento derivado del TCE.

8/09/2023: endoscopia diagnostica fibrobroncospia: ES adquirida Cotton II.

#### ***Tratamiento farmacológico***

Por presentar resfriados frecuentes y tos recurrente se le proporciona tratamiento médico ambulatorio: Ácido ascórbico 100 mg cada 24 horas, zinc 30 mg cada 24 horas, salmeterol-

fluticasona 25/50 mcg, 2 disparos cada 12 horas, loratadina 10 mg cada 24 horas, montelukast 10 mg cada 24 horas.

#### **2.1.4 Valoración actual**

Durante su valoración el paciente se encuentra consciente, orientado en tiempo-espacio, Glasgow 15/15 (Anexo C) en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos quirúrgicos Pediátrica, post operado de traqueoplastia realizada el día 13 de noviembre 2023. Presenta lo siguientes signos vitales frecuencia respiratoria 14, frecuencia cardíaca 95, tensión arterial 123/73, temperatura 37°, saturación de oxígeno 94-97%.

Se le administran ceftriaxona 2000 mg iv c/12 horas, paracetamol 900 mg iv PRN, fenazopiridina 100 mg vo c/8 horas, micronebulizaciones con budesónida 250 mcg por razón necesaria (PRN). Se mantiene al momento en ayuno, con el siguiente esquema de soluciones intravenosas: solución mixta 825 ml + Cloruro de potasio 10 mEq (2.5 ml) a infundir 103.4 ml por hora.

#### ***Valoración de Enfermería a través de los “Patrones Funcionales de Marjory Gordon”.***

##### **1. Patrón de percepción-manejo de la salud.**

Presenta dificultad para poder vocalizar, por lo que atiende a las afirmaciones moviendo ligeramente la cabeza o haciendo gestos. Cuando se realiza la valoración su madre se encuentra presente por lo que complementa información del interrogatorio. Esta refiere que su hijo se ha encontrado muy enfermizo en los últimos meses, ya que ha presentado mucha dificultad al respirar y tos al realizar alguna actividad física. Actualmente se encuentra cursando su primer día postquirúrgico de traqueoplastia, con limitación al movimiento, refiere dolor en el cuello,

presenta salida de abundante cantidad de esputo con dificultad para poder expectorar y eliminar las secreciones.

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

Cuenta con una talla de 170 cm, peso 60 kg, Índice de Masa Corporal (IMC) 20.7, Superficie Corporal 1.65kg/m<sup>2</sup>. La madre refiere que su hijo no ingiere suplementos alimenticios, realizar 3 comidas al día consumiendo mayor cantidad durante la comida, variedad de raciones, en la cena solamente consume pan y café. Le desagradan alimentos principalmente del grupo de las verduras, como lo son el brócoli, ejotes y espinacas, tiene una ingesta aproximada de 1 litro y medio de agua al día, de manera general su apetito es normal, aunque ha presentado una disminución en su peso de 5 kg en los últimos 6 meses, ya que a veces menciona comer muy poco debido a problemas al momento de deglutir por presencia de tos espontánea y sentir sensación de ahogo.

Actualmente se encuentra iniciando la tolerancia a la vía oral con dieta líquida. Al momento de iniciar el proceso de alimentación, prueba un poco los alimentos, intenta deglutir, pero presenta dificultad para hacerlo, por lo que refiere no querer más.

## **3. Patrón de eliminación**

Refiere haber presentado su última evacuación el día 12 de noviembre, un día antes de su internamiento, menciona que fueron de característica normal, con consistencia y forma, de color café claro (Bristol 3, anexo E) anteriormente menciona presentar micciones aproximadamente de 5 veces al día, actualmente cuenta con sonda vesical instalada el día que fue intervenido quirúrgicamente.

#### **4. Patrón actividad – ejercicio**

Anteriormente su madre refiere que su hijo realizaba actividades físicas sin impedimento como jugar fútbol, pero debido al accidente su actividad se ha visto disminuida y en ocasiones presenta dificultad al caminar por presentar dolor en miembro inferior derecho.

Actualmente se encuentra en reposo en su cama hospitalaria, con limitación y disminución en sus movimientos (indicación médica de movilización en bloque), tensión muscular, presencia de molestia al realizar movimiento giratorio y referir dolor en su cuello con escala de valoración del dolor (EVA, anexo D) 8/10.

#### **5. Patrón Sueño-Descanso**

Refiere que en casa cuenta con un horario de sueño adecuado, durmiendo aproximadamente 8 horas, horario de sueño de 22:00 a 6:00 aproximadamente, no cuenta con dificultad para dormir, refiere sentirse descansado al despertar.

Al estar en su unidad hospitalaria no cuenta con la suficiente privacidad, por lo que menciona que a ratos intenta dormir, sin embargo no logra conciliar el sueño.

#### **6. Patrón cognitivo perceptual**

Al contar con presencia de cánula traqueal, presenta barreras para poder comunicarse, se ayuda por medio de gesticulaciones logrando afirmar cuando se le interroga.

#### **7. Patrón Autopercepción – autoconcepto**

Su madre lo describe como un joven alegre, en ocasiones serio, refiere que ha disminuido la frecuencia de hacer actividades físicas.

Al preguntarle ¿si le molesta el tener la cánula traqueal? Y ¿si le preocupa su imagen corporal? asiente con la cabeza que sí.

### **8. Patrón rol-relaciones**

Al no poder hablar cuando necesita de algún apoyo realiza movimientos o señalizaciones con las manos para ayudarlo. Cuenta con una familia nuclear integrada por su madre, su padre y un hermano menor; describe tener buena relación. En su escuela se lleva bien con sus compañeros.

### **9. Patrón sexualidad – Reproducción**

Genitales acordes al sexo masculino, estadio IV en escala de Tanner (anexo F). Al momento con presencia de sonda vesical, sin presencia de lesiones.

### **10. Patrón Adaptación – tolerancia al estrés**

Al estar ante un cambio en su imagen se muestra con incomodidad por contar con la cánula traqueal.

### **11. Patrón Valores–creencias**

Refiere que en conjunto con su familia profesa y acude a una iglesia católica.

### ***Valoración Céfalocaudal***

**Aspecto general:** 15 años y 7 meses de edad, complexión física mediana, estatura alta, alerta, consciente, cooperador, tez morena clara, al momento presenta dolor y aprehensión debido a intervención quirúrgica.

Talla de 170 cm, peso 60 kg, IMC 20.7, SC 1.65kg/m<sup>2</sup>, Temperatura 37°, post quirúrgico de traqueoplastia con 1 día de estancia, al momento en ayuno, piel ligeramente pálida, presencia de

herida quirúrgica a nivel del cuello, bien afrontada, sin datos de infección, mucosa oral semi hidratada, al momento con sonda vesical a derivación.

**Cabeza:** Cráneo normocéfalo, simétrico, sin presencia de lesiones.

**Cabello:** Buena implantación de cuero cabelludo, color negro, sin presencia de lesiones.

**Cara:** Se encuentra piel de tez morena, simétrica, sin lesiones, facies de dolor (gesticulaciones).

**Ojos:** Pupilas isocóricas normo reactivas a la luz, tamaño 3mm, no refiere usar dispositivos de ayuda visual.

**Nariz:** Pequeña, simétrica, semi hidratada, ligera presencia de secreciones.

**Boca:** Buena coloración de mucosa, semi hidratada, integra, cuenta con 30 piezas dentarias, presencia de caries y acumulación de sarro, con sialorrea.

**Lengua:** Integra con lengua saburral.

**Pabellón auricular:** Ambos pabellones simétricos, bien implantados, sin alteraciones, conductos auditivos permeables, con respuesta a estímulos auditivos.

**Cuello:** Cilíndrico sin masas palpables, pulso carotideo presente, prueba de tolerancia al dolor a la palpación refiere 8/10 en escala de EVA. Presencia de cánula traqueal y herida quirúrgica con buen aspecto, presencia de esputo de color amarillo, oxígeno suplementario y mascarilla para traqueostomía (puritan al 60%, 2 litros por minuto).

**Tórax:** Se observa simetría de tórax, estado respiratorio normal (eupnea), frecuencia respiratoria de 14x', presencia de simetría torácica a la inspiración/expiración, ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono e intensidad, sin agregados. Al auscultar campos pulmonares se encuentra presencia de

estertores y estridores, tos espontánea, saturando entre el 94-97%, presencia de monitorización continua de signos vitales no invasiva, tensión arterial 129/73, frecuencia cardíaca 95 x'.

**Abdomen:** Abdomen blando depresible, simétrico, ruidos peristálticos disminuidos, sin lesiones.

Al momento de su valoración con antecedente de última evacuación de más de 72 horas, y antecedente de ayuno por cirugía. Respecto al hábito urinario, al momento se encuentra con sondaje vesical, color amarillo ámbar, concentrada.

**Columna:** Integra, alineada, se encuentra en posición semi fowler, limitación en sus movimientos corporales.

**Extremidades superiores:** Simétricas, íntegras, ligera disminución del movimiento, flexión presente, pulsos periféricos palpables, uñas íntegras sin alteraciones, llenado capilar de 2 segundos. Catéter periférico funcional instalado en vena basilíca de miembro superior izquierdo del día 13 de noviembre.

**Extremidades inferiores:** Íntegras y simétricas, sin datos de edema, extremidades con fuerza y sensibilidad conservada, presencia de dolor al realizar flexión en miembro inferior derecho.

**Genitales:** Acordes al sexo, estadio IV en escala de Tanner.

### **2.1.5 Resultados de Auxiliares Diagnósticos**

Biometría hemática: Hemoglobina 15.4 g/dL, hemoglobina corpuscular media 29.9 pg, hematocrito 44.7 g/dL, volumen globular medio 84.7 fL, leucocitos  $5.59 \times 10^3 \mu\text{L}$ , linfocitos 34%, monocitos 6%, eosinófilos 3%, basófilos 0%, neutrófilos 57%, bandas 1%, segmentados 56%, plaquetas  $184 \times 10^3 \mu\text{L}$ .

Química sanguínea: Glucosa 89 mg/dL, urea 25.7 mg/dL, albumina 4g/dl, amilasa 58u/L, lipasa 104 u/L, nitrógeno ureico 12mg/dL, creatinina 0.9 mg/dL, ácido úrico 4.5 mg/dl, colesterol 136 mg/dL, triglicéridos 82 mg/dL, bilirrubina total 1mg/dL, bilirrubina indirecta 1 mg/dL, bilirrubina directa 0 mg/dL, transaminasa glutámico oxalacética (TGO) 25 u/L, transaminasa glutámico-pirúvica (TGP) 21 u/L, fosfatasa alcalina 104 u/L

Electrolitos séricos: Sodio 139 mEq/L, cloro 105 mEq/L, potasio 3.9 mEq/L, fosfato 5 mEq/L, calcio 9.2 mEq/L, magnesio 2.1 mEq/L.

Tiempos de coagulación: Tiempo de protrombina 13.1 seg, tiempo de tromboplastina parcial 36.3 seg, INR 1.08, fibrinógeno 402 mg/dl.

## **2.2 Diagnósticos de Enfermería**

Dominio: 11 Seguridad/ protección

Clase: 2 Lesión física

Diagnóstico de Enfermería 1: Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C, cuerpo extraño en la vía aérea (cánula traqueal) E/P cantidad excesiva de esputo, tos ineficaz, sonidos respiratorios adventicios (estertores, estridores)

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingestión

Diagnóstico de Enfermería 2: Deterioro de la deglución R/C defectos anatómicos adquiridos (estenosis subglótica) E/P dificultad para deglutir, tos, rechazo en la comida, limitación del volumen.

Dominio: 5 Percepción/ cognición

Clase: 5 Comunicación

Diagnóstico de Enfermería 3: Deterioro de la comunicación verbal R/C traqueostomía, alteración emocional, alteración del autoconcepto, barreras en el entorno E/P dificultad para verbalizar, incapacidad para hablar, dificultad para mantener la comunicación.

Dominio: 11 Seguridad/ protección

Clase: 2 Lesión física

Diagnóstico de Enfermería 4: Riesgo de aspiración R/C limpieza ineficaz de las vías aéreas (cantidad excesiva de esputo), dispositivos médicos (cánula traqueal), cirugía de cuello (traqueoplastia).

Domino: 4 Actividad/ reposo

Clase: 2 Actividad/ ejercicio

Diagnóstico de Enfermería 5: Deterioro de la movilidad física R/C dolor, restricción de la movilidad prescrita (movilización en bloque) E/P dificultad para girarse, movimientos lentos, expresa disconfort.

### 2.3 Plan de Cuidados de Enfermería, Ejecución y Evaluación del Cuidado

Análisis de los datos Diagnósticos de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultados esperados NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC Y GPC)</i>
	Dominio: 11 Seguridad/ protección Clase: 2 Lesión física Pág. NANDA: 490  Diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C cuerpo extraño en la vía aérea (cánula traqueal)  E/P cantidad excesiva de esputo, tos ineficaz, sonidos respiratorios	Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: E Cardiopulmonar Código NOC: 0415 Pág. NOC 402  Etiqueta: Estado respiratorio  Puntuación Basal 1 Grave  Puntuación Diana Mantener a 1 Aumentar a 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruidos respiratorios auscultables (1) (2)</li> <li>• Acumulación de esputo (1) (2)</li> <li>• Sonidos respiratorios adventicios (1) (2)</li> </ul> Escala (s) 1. Grave 2. Sustancial

adventicios (estertores, estridores).	Puntuación Post intervención	3. Moderado 4. Leve 5. Ninguna	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se hizo uso de una cánula de aspiración que ocupara la mitad del diámetro del interior de la cánula de traqueostomía.</li> <li>✓ Se limpio el área alrededor del estoma traqueal.</li> <li>✓ Se inicio aspirando la área traqueal y después se aspiró la orofaringe.</li> <li>✓ Se identifico el color, cantidad y consistencia de las secreciones.</li> <li>✓ Se observo si había presencia de dolor.</li> </ul>
	+ 1 Sustancial		

Observaciones post intervención
Se logro que tuviera un cambio de +1 en la escala utilizada para los indicadores, pasando de <i>grave a sustancial</i> mediante las intervenciones realizadas. Como resultado se noto que el paciente lograra mejorar su estado respiratorio al lograr un mejor control en la aspiración.

Análisis de los datos Diagnósticos de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultados esperados NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC Y GPC)</i>
	Dominio: 2 Nutrición Clase: 1 Ingestión Pág. NANDA: 252  Diagnóstico: Deterioro de la deglución R/C defectos anatómicos adquiridos (estenosis subglótica)  E/P dificultad para deglutir, tos, rechazo a la comida, limitación de volumen, sialorrea.	Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: K Digestión y Nutrición Código NOC: 1010 Pág. NOC 378 Etiqueta: Estado de la deglución  Puntuación Basal 2 Sustancialmente comprometido  Puntuación Diana Mantener a 2 Aumentar a 3  Puntuación Post intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incomodidad con la deglución (2) (3)</li> <li>• Tos (2) (3)</li> <li>• Acepta la comida (1) (2)</li> <li>• Mantiene la comida en la boca (2) (3)</li> <li>• Producción de saliva (1) (2)</li> </ul> Escala (s) 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido

	+ 1 Moderadamente comprometido	3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	
--	--------------------------------------	--	--

Observaciones post intervención
Se observo cambio de +1 en la escala empleada con los indicadores, pasando de <i>sustancialmente comprometido a moderadamente comprometido</i> , se obtuvo como resultado que su familiar se mantuviera al margen en ayudar a realizar las intervenciones y proporcionar ayuda logrando que mejorar al momento de consumir sus alimentos.

Análisis de los datos Diagnósticos de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultados esperados NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC Y GPC)</i>
	Dominio: 5 Percepción/ cognición Clase: 5 Comunicación Pág. NANDA: 358  Diagnóstico: Deterioro de la comunicación verbal R/C traqueostomía, alteración emocional, alteración del autoconcepto, barreras en el entorno.  E/P dificultad para verbalizar, incapacidad para hablar, dificultad para mantener la comunicación.	Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: J Neurocognitiva Código NOC: 0902 Pág. NOC Etiqueta: Comunicación  Puntuación Basal 2. Sustancialmente comprometido  Puntuación Diana Mantener a 2 Aumentar a 3  Puntuación Post intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza el lenguaje hablado (1) (1)</li> <li>• Utiliza el lenguaje no verbal (2) (3)</li> <li>• Interpretación exacta de los mensajes recibidos (2) (3)</li> </ul> Escala (s) 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido

	+1 Moderadamente comprometido	3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Intervención: Enseñanza: individual Actividades: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se proporciono confianza hacia el paciente.</li> <li>✓ Se definió el nivel de enseñanza del paciente.</li> <li>✓ Se identifico la capacidad del paciente a aprender.</li> <li>✓ Se involucro al familiar.</li> </ul>
--	-------------------------------------	--	--

Observaciones post intervención
Con las intervenciones realizadas, se obtuvo cambio en la puntuación de la escala de +1, estando en <i>sustancialmente comprometido a moderadamente comprometido</i> . Como resultado se obtuvo que la comunicación entre el personal sanitario hacia el paciente fuera más entendible al momento de realizar acciones o actividades.

Análisis de los datos Diagnósticos de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultados esperados NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC Y GPC)</i>
	Dominio: 11 Seguridad/ protección Clase: 2 Lesión física Pág. NANDA: 491  Diagnóstico: Riesgo de aspiración R/C limpieza ineficaz de las vías aéreas (cantidad excesiva de esputo), dispositivos médicos (cánula traqueal), cirugía de cuello (traqueoplastia).	Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: E Cardiopulmonar Código NOC: 0410 Pág. NOC 403  Etiqueta: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias  Puntuación Basal 1 Grave  Puntuación Diana Mantener a 1 Aumentar a 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tos (2) (3)</li> <li>• Acumulación de esputo (1) (2)</li> <li>• Capacidad para eliminar secreciones (1) (2)</li> <li>• Ruidos respiratorios patológicos (1) (2)</li> </ul> Escala (s) 1. Grave 2. Sustancial

	Puntuación Post intervención	3. Moderado 4. Leve 5. Ninguna	✓ Se vigilo el estado respiratorio y la oxigenación.
	+1 Sustancial		

Observaciones post intervención
El resultado de estas intervenciones se vio reflejado en pasar de acuerdo a la escala de valoración de <i>grave a sustancial</i> , ya que mediante las intervenciones se logro que el paciente pudiera mejorar su capacidad para eliminar las secreciones y ayudara a mejorar su estado respiratorio.

Análisis de los datos Diagnósticos de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultados esperados NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC Y GPC)</i>
	Dominio: 4 Actividad/ reposo Clase: 2 Actividad/ ejercicio Pág. NANDA: 303  Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física R/C dolor, restricción de la movilidad prescrita (movilización en bloque)  E/P dificultad para girarse, movimientos lentos, expresa discomfort.	Dominio: 1 Salud Funcional Clase: C Movilidad Código NOC: 0208 Pág. NOC: 440  Etiqueta: Movilidad Puntuación Basal 1. Gravemente comprometido Puntuación Diana Mantener a 1 Aumentar a 3 Puntuación Post intervención +1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mueve con facilidad (1) (2)</li> <li>• Mantenimiento de la posición corporal (1) (3)</li> <li>• Coordinación (1) (2)</li> </ul> Escala (s) 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido

	Sustancialmente comprometido	4. Levemente comprometido 5. No comprometido	
--	------------------------------	---	--

Observaciones post intervención
Se obtuvo cambio en la puntuación de la escala de +1, estando en <i>gravemente comprometido a sustancialmente comprometido</i> , el resultado se vio reflejado en el momento que se realizaban los cambios de posición, donde se mejoró la coordinación para realizarlo y no generar tanta molestia al paciente.

## **2.4 Valoración Continua**

*Valoración 15 de noviembre de 2023 10:00 horas. Continua en servicio de UCI-Qx*

### **Patrón 1. Percepción-manejo de la salud**

Continua sin poder vocalizar y emitir sonido al hablar. Aún hay presencia de abundante salida de esputo y mal manejo para poder expulsarlas por sí mismo, refiere dolor en cuello EVA 7/10.

### **Patrón 2. Nutricional-metabólico**

Se ofrece por turno matutino dieta líquida, con ayuda de su madre proporciona un poco de jugo, sin embargo, presenta náusea al ingerir, lo que le hace no tolerar la dieta muy bien, acepta muy poca cantidad.

### **Patrón 4. Actividad-ejercicio**

Continua en cama hospitalaria, se realiza baño de esponja, cambio de ropa de cama, refiere dolor al movilizarlo, principalmente en zona de cuello también comenta sentir dolor en miembro inferior derecho EVA 6/10

### **Patrón 5 sueño-descanso**

Refiere no poder conciliar el sueño por las noches, ya que se escucha ruido en el área.

### **Patrón 6 cognitivo perceptual**

Continua con dificultad para poder comunicarse verbalmente con el personal.

### **Patrón 7 autopercepción-autoconcepto**

Aun presenta inquietud en su apariencia física debido a presencia de cánula traqueal

*Valoración 16 de noviembre de 2023 9:00. Continúa en servicio de UCI-Qx*

**Patrón 1. Percepción-manejo de la salud**

Sigue sin poder vocalizar y emitir sonido al hablar. Continúa con dificultad para poder expulsar las secreciones, refiere dolor en cuello solo al tacto.

**Patrón 2. Nutricional-metabólico**

Sigue con intento de ir tolerando la dieta líquida, aunque la acepta en muy poca cantidad.

**Patrón 4. Actividad-ejercicio**

Al realizar baño de esponja solo refiere dolor al mover y tocar la zona de su cuello, refiere presencia de dolor en miembro inferior derecho, en una escala de EVA 7/10. Se agrega a su tratamiento ketorolaco 30 mg, alternado con paracetamol.

**Patrón 5 sueño-descanso**

Refiere que pudo dormir un poco más que la noche anterior.

**Patrón 6 cognitivo perceptual**

Sigue con dificultad de comunicarse verbalmente.

**Patrón 7 autopercepción-autoconcepto**

Continúa con inquietud en su apariencia física.

*Valoración 17 de noviembre de 2023 9:00. Continúa en servicio de UCI-Qx*

**Patrón 1. Percepción-manejo de la salud**

Aun no vocaliza ni emite sonido, hay una disminución en la presencia de secreciones, el dolor en cuello se encuentra solo al realizar tacto con fuerza.

#### **Patrón 2. Nutricional-metabólico**

Se inicia dieta blanda, paciente la tolera en poca cantidad.

#### **Patrón 4. Actividad-ejercicio**

Al movilizar refiere ligero dolor en miembro inferior derecho, continua con medicamentos analgésicos alternados.

#### **Patrón 5 sueño-descanso**

Pudo descansar un poco más por la noche, toma una siesta posterior a su baño de esponja, se le proporciona música se su agrado.

#### **Patrón 6 cognitivo perceptual**

Verbalmente no puede comunicarse, se comunica mediante señas.

#### **Patrón 7 autopercepción-autoconcepto**

Continua con inquietud en su apariencia física, se empieza a adaptar a su estado actual.

## **2.5 Diagnósticos de Enfermería**

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 Confort físico

Diagnóstico de Enfermería: Dolor agudo R/C lesión por agente físico (traqueoplastia) E/P verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor (Escala de EVA), expresión facial del dolor, postura para aliviar el dolor (se acomoda en posición cómoda y frota área de muslo derecho).

Dominio: 6 Autopercepción

Clase: 2 Autoestima

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional R/C trastorno de la imagen corporal (traqueoplastia), enfermedad física (estenosis subglótica).

Dominio: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento

Diagnóstico de Enfermería: Disposición para mejorar el afrontamiento E/P expresa deseos de mejorar el apoyo social, expresa deseos de mejorar el uso de estrategias orientada a las emociones y expresa deseos de mejorar el uso de estrategias orientadas al a solución de problemas.

## 2.6 Plan de Cuidados de Enfermería, Ejecución y Evaluación del Cuidado

Análisis de los datos Diagnósticos de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultados esperados NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC Y GPC)</i>
	Dominio: 12 Confort Clase: 1 Confort físico Pág. NANDA: 576  Diagnóstico: Dolor agudo R/C lesión por agente físico (traqueoplastia) E/P verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor (Escala de EVA), expresión facial del dolor, postura para aliviar el	Dominio: 5 Salud percibida Clase: V Sintomatología Código NOC: 2102 Pág. NOC 466  Etiqueta: Mejorar el Nivel del dolor Puntuación Basal 1. Grave Puntuación Diana Mantener a 1 Aumentar a 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor referido (1) (3)</li> <li>• Expresiones faciales de dolor (1) (3)</li> <li>• Tensión muscular (2) (3)</li> <li>• Frotarse el área afectada (2) (2)</li> </ul> Escala (s) 1. Grave 2. Sustancial

dolor (se acomoda en posición cómoda y frota área de muslo derecho).	Puntuación Post intervención	3. Moderado 4. Leve 5. Ninguna	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se puntúo el nivel de dolor empleando una escala del dolor apropiada previa a la administración y después del medicamento.</li> </ul> <p>Dominio: 1 Fisiológico: Básico Clase: E Fomento de la comodidad física Pág. NIC: 306 Intervención: Manejo del dolor: agudo Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se valoraron los factores que aliviaban o empeoraban el dolor.</li> <li>✓ Se observo el nivel de dolor empleando escalas de medición validadas.</li> <li>✓ Se vigilo si existían indicadores no verbales de incomodidad ante el dolor.</li> </ul>
	+2 Moderado		

Observaciones post intervención
El resultado obtenido fue favorable, con las intervenciones realizadas se logro que disminuyera la intensidad del dolor del paciente pasando de <i>grave a moderado</i> mediante la administración de medicamentos.

Análisis de los datos Diagnósticos de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultados esperados</i> <i>NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC Y GPC)</i>
	Dominio: 6 Autopercepción Clase: 2 Autoestima Pág. NANDA: 374  Diagnóstico: Riesgo de baja autoestima situacional R/C trastorno de la imagen corporal (traquoplastia), enfermedad física (estenosis subglótica).	Dominio: 3 Salud psicosocial Clase: N Adaptación psicosocial Código NOC: 1300 Pág. NOC 77  Etiqueta: Aceptación: estado de salud Puntuación Basal 2 Raramente demostrado Puntuación Diana Mantener a 2 Aumentar a 4 Puntuación Post intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se adapta al cambio en el estado de salud (2) (2)</li> <li>• Reconoce la realidad de la situación de salud (3) (4)</li> <li>• Busca información sobre la salud (2) (3)</li> <li>• Expresa autoestima positiva (2) (3)</li> </ul> Escala (s) 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado

	+1 A veces demostrado	4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	✓ Se ayudo a que reconociera y expresara sentimiento de tristeza, ansiedad o ira.
--	--------------------------	--	---

Observaciones post intervención
Por medio de las intervenciones se obtuvo que con apoyo del personal sanitario se lograra un cambio en la escala de raramente demostrado ha a veces demostrado, logrando que el paciente lograra expresar los sentimientos y emociones que se generaron relacionadas al cambio de imagen corporal.

Análisis de los datos Diagnósticos de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultados esperados NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC Y GPC)</i>
	Dominio: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase: 2 Respuestas de afrontamiento  Diagnóstico: Disposición para mejorar el afrontamiento E/P Expresa deseos de mejorar el apoyo social, expresa deseos de mejorar el uso de estrategias orientada a las emociones y expresa deseos de mejorar el uso	Dominio: 3 Salud psicosocial Clase: N Adaptación psicosocial Código NOC: 1305  Etiqueta: Modificación psicosocial: cambio de vida  Puntuación Basal 1 nunca demostrado  Puntuación Diana Mantener a 1 Aumentar a 3  Puntuación Post intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresa sentimientos permitidos (2) (3)</li> <li>• Expresa satisfacción con la organización de la vida (1) (2)</li> <li>• Expresa aceptación del nuevo rol (1) (2)</li> <li>• Expresa sentimientos de confort con el entorno físico (1) (2)</li> </ul> Escala (s) 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado

de estrategias orientadas al a solución de problemas.	+1 Raramente demostrado	4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	
---	-------------------------------	--	--

Observaciones post intervención
El resultado de las intervenciones realizadas fue brindar apoyo para que lograra mostrar mayor disposición a afrontar la situación que vivió al llevar a cabo un cambio en su imagen física, pasando de <i>nunca demostrado a raramente demostrado</i> .

## 2.7 Recomendaciones de Alta y/o Continuidad de Cuidados Intrahospitalarios

Plan de Alta y/o Continuidad de Cuidados Intrahospitalarios	
Intervenciones de Enfermería	
a) Datos de riesgo	<p>Evitar encontrarse en lugares donde haya polvo, humo o corrientes fuertes de aire.</p> <p>De preferencia evitar ropa que pueda generar pelusa.</p> <p>Mantenerse alejado de olores que puedan ser irritantes.</p> <p>No usar ropa que quede justa en el área del cuello.</p> <p>Al realizar el baño corporal, evitar que la corriente de agua caiga cerca de la zona de la traqueostomía.</p> <p>Enseñar al cuidador principal (madre) como realizar la limpieza de la herida.</p>
b) Tipo de Dieta/Nutrición	<p>Reconocer la alimentación adecuada en su dieta.</p> <p>Hay que recomendar que mantenga una adecuada posición con la cabeza erguida, y el cuello flexionado a la hora de alimentarse.</p> <p>Enseñar a que indique cuando ha terminado de comer.</p> <p>Hay que recomendar que evite distracciones a la hora de comer.</p> <p>Enseñar a comer sin prisas.</p> <p>En caso de que se fatigue al comer, posponer un momento la alimentación.</p> <p>Comprobar que no haya restos de comida en la boca después de comer.</p>
c) Cuidado de heridas, estomas, sondas y/o catéteres, etc.	<p>Enseñar al cuidador principal la vigilancia y estado de la piel.</p> <p>Prestar atención a las características de la herida.</p> <p>Enseñar los procedimientos de cuidados de las heridas.</p> <p>Enseñar signos y síntomas de infección.</p> <p>Observar si hay enrojecimiento, calor, edema o drenaje en la piel.</p> <p>Vigilar el color y la temperatura de la piel.</p> <p>Evitar usar sustancias que propicien irritación en la piel.</p>
d) Ejercicio	<p>Evitar deportes de contacto físico.</p>

	<p>Informar el tipo de actividad física que puede realizar de acuerdo con su condición de salud.</p> <p>Canalizar con algún centro de rehabilitación.</p>
--	---

## Capítulo III

### 3.1 Discusión Clínica y Conclusiones

#### Discusión

El presente Proceso de Atención de Enfermería se realizó con la finalidad de proporcionar cuidados integrales al receptor de cuidados, en este caso un adolescente con diagnóstico de Estenosis Subglótica post quirúrgico de traqueoplastia.

Mediante el empleo de la valoración de Enfermería a través de los “Patrones Funcionales de Marjory Gordon” se logró identificar los patrones funcionales afectados para así poder obtener los diagnósticos de enfermería que ayudaran a mejorar o mantener el estado de salud del paciente.

Los diagnósticos de enfermería detectados en la primera valoración fueron los siguientes: limpieza ineficaz de las vías aéreas, deterioro de la deglución, deterioro de la comunicación verbal, riesgo de aspiración y deterioro de la movilidad física. Posteriormente con las intervenciones realizadas, se logró que hubiera un cambio en cuanto a la puntuación diana de cada uno de ellos. En las valoraciones posteriores y al encontrarse el paciente más consciente y alerta de su estado de salud se identificaron los siguientes diagnósticos: dolor agudo y riesgo de baja autoestima situacional.

Es importante mencionar que no se encontraron estudios relacionados al tema en cuanto al estudio del área de enfermería, sin embargo los estudios relacionados por el área médica indican que dentro de las intervenciones realizadas a pacientes con estenosis subglótica esta el realizar una traqueotomía como lo mencionan Redondo-Sedano et al. (2018) y Lee et al. (2019).

## **Conclusiones**

La Estenosis Subglótica Adquirida es una patología que por lo regular en el área pediátrica no es tan frecuente. Los factores que intervendrán para desarrollarla dependerán del manejo que se brinde cuando hay un manejo avanzado de la vía aérea, dependerá de que tan traumática fue el proceso de intubación, la elección y número de cánula y el tiempo en que permaneció intubado.

A pesar de ser el tiempo uno de los factores que propician que a más tiempo de estar intubado mayor la probabilidad de desarrollar estenosis no siempre se mantiene esta regla, ya que si el paciente fue de difícil acceso al intubar y se lastimó su vía aérea es un factor predisponente para llegar a desarrollar estenosis. Por lo que es de importancia que se desarrollen las habilidades necesarias para poder realizar una intubación eficaz tanto al área médica como de enfermería.

También es de importancia que se brinde el apoyo necesario a pacientes que cursan por este proceso, es decir, cuando llegan a ser intervenidos quirúrgicamente para la realización de la traqueoplastia, y con más razón cuando se encuentran en una edad como la comprendida como adolescencia, ya que se encuentran cursando por cambios tanto físicos, emocionales que pueden llegar a afectar su integridad personal.

## Referencias

- Ahmad, L. M., & Jallu, A. S. (2020). Subglottic Stenosis in Children: Preliminary Experience from a Tertiary Care Hospital. *International journal of otolaryngology*, 2020, 6383568. <https://doi.org/10.1155/2020/6383568>
- Alfaro-LeFevre, R. (2014) *Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico* (8ª ed). Wolters Kluwer Health.
- Al-Khatib, T., Kurdi, A., Maqbul, W. A., Maqboul, A., & Alghamdi, T. (2022). Treatment of Childhood High-Grade Subglottic Stenosis (SGS) Through Laryngotracheoplasty (LTP) in a Tertiary Pediatric Center from 2013 to 2020. *Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery: official publication of the Association of Otolaryngologists of India*, 74(3), 363–368. <https://doi.org/10.1007/s12070-021-02767-7>
- Anónimo. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) (2013). *Revista de Salud Pública Paraguay*, 3 (1), 41-48.}
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2018). *NIC: Intervenciones de Enfermería* (7ª ed.). Elsevier.
- Cakir, E., Atabetk, A.A., Calim, O.F., Uzuner, S., AlShadfan, L., Yazan, H., Ozturan, O. & Cakir, F.B. (2019). Post-intubation subglottic stenosis in children: analysis of clinical features and risk factors. *Pediatrics International*. <https://doi:10.1111/ped.14122>
- Delgado, P. I., González, V, J. P., Machuca, C. M., & Pineda, M. M. (2009). Clínica, diagnóstico y tratamiento de las estenosis traqueales. *Anales de Pediatría*, 70(5), 443–448. <https://doi:10.1016/j.anpedi.2008.12.014>

Shah S.S., & Ronan J.C., & Catalozzi M, & Frank, G. (2022) *The Philadelphia Guide: Inpatient Pediatrics* (3ra ed.) McGraw-Hill

<https://accesspediatrics.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3111&sectionid=26057589>

9

Gordon, M. (2007) *Manual de diagnósticos de Enfermería* (11ª ed) McGraw-Hill Interamericana de España S.L.

Ho, A. M.-H., Mizubuti, G. B., Dion, J. M., & Beyea, J. A. (2019). Paediatric postintubation subglottic stenosis. *Archives of Disease in Childhood*, archdischild–2018–316517.

<https://doi:10.1136/archdischild-2018-316517>

Iyer P. W, Taptich B.J. y Bernocchi Losey D. *Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería*. 3ra edición. Mc Graw -Hill. 1997. p.11.

Jefferson, N. D., Cohen, A. P., & Rutter, M. J. (2016). Subglottic stenosis. *Seminars in Pediatric Surgery*, 25(3), 138–143. <https://doi:10.1053/j.sempedsurg.2016.02.006>

Lee, Jin-Choon; Kim, Min-Sik; Kim, Dong-Jo; Park, Da-Hee; Lee, IL-Woo; Roh, Hwan-Jung;

Lee, Byung-Joo; Kim, Young-A.; Ko, Sunghwa; Sung, Eui-Suk (2019). Subglottic stenosis in children: Our experience at a pediatric tertiary center for 8 years in South Korea. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 121(), 64–67.

<https://doi:10.1016/j.ijporl.2019.02.044>

Monnier P. Acquired post-intubation and tracheostomy-related stenoses. En: Monnier P, editor. *Pediatric Airway Surgery*. Lau-sanne, Switzerland: Springer eds; 2011. p. 183---98

- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2018). *NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería* (6ª ed.). Elsevier.
- Myer, C. M., O'Connor, D. M., & Cotton, R. T. (1994). Proposed Grading System for Subglottic Stenosis Based on Endotracheal Tube Sizes. *Annals of Otolaryngology & Laryngology*, 103(4), 319–323. <https://doi:10.1177/000348949410300410>
- NANDA International, Inc. (2021). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2022*. Elsevier.
- Neri, H. Á., & Grub, J. P (2009) Estenosis subglótica y su tratamiento. *Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*. McGraw-Hill Interamericana.
- Redondo-Sedano, J., Anton-Pacheco, J.L, Valverde, R.M., Diaz, M.L., Paredes, C.L., Guardia, L.M., Alelu, R.M., Huerta, I.J., Gordo, M.I.B. & Fraile, A.L. (2018). Laryngeal stenosis in children: Types, grades, and treatment strategies. *Journal of Pediatric Surgery*. <https://doi:10.1016/j.jpedsurg.2018.09.027>
- Reina, N. C. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral científico*, (17), 18-23.
- Rodríguez, H. et al. (2013). Estenosis subglótica postintubación en niños. Diagnóstico, tratamiento y prevención de las estenosis moderadas y severas. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 64(5), 339–344. <https://doi:10.1016/j.otorri.2013.03.006>
- Sevilla, J. C. R. (2016). Papel de Enfermería en el juicio clínico: La valoración y el diagnóstico (2ª parte). Sección de cuidados de enfermería. *Enfermería en Cardiología*, 23 (69): 30-39.

Truffin, R. et al. (2019). Estenosis laringotraqueal posintubación. Revista Cubana de Otorrinolaringología, 3(1), 73-83.

## Apéndices

### Anexo A

Puebla Pue. a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

#### Carta de consentimiento informado

Declaro en forma libre y voluntaria, sin ninguna presión física o moral sobre mi persona, que he comprendido las explicaciones que se me han proporcionado del propósito que conlleva mi participación en el estudio “*proceso de enfermería.....*” que lleva como título “*cuidados de enfermería en paciente .....*” el cual es llevado a cabo por el/la Licenciada/o en enfermería \_\_\_\_\_ estudiante de la especialidad en enfermería de \_\_\_\_\_ con matrícula \_\_\_\_\_.

Además, declaro que se me informó previamente sobre el objetivo de mi participación, el procedimiento y tiempo en que se realizará, resolviendo todas y cada una de mis dudas.

Se me ha comentado que tengo el derecho de no continuar con el Proceso de Enfermería si así lo deseo en el momento que yo decida, sin ninguna repercusión de algún tipo. Se me ha informado que mi participación es sin fines de lucro y con fines académicos; es de manera voluntaria sin alguna remuneración económica para alguna de las partes; además, de que la información obtenida y proporcionada de mi persona solo se usará con fines de investigación y educación. Asimismo, estoy de acuerdo en conservar mi anonimato durante todo el estudio.

En caso de que yo requiera más información respecto al uso de la información o el estudio se me dijo que puedo comunicarme a la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con dirección en la 25 Poniente No. 1304 Col. Volcanes Puebla, Pue. Tel. (01-222) 229-55-00 Ext. 6521 y 5618 o bien con el director de tesina \_\_\_\_\_ al número de celular \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 2

**Anexo B**

**GUIA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE “PATRONES FUNCIONES DE MARJORY GORDON”**

**I. HISTORIA DE ENFERMERÍA (Datos subjetivos):**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Datos básicos de ingreso: Nombre: (siglas)\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:\_\_\_\_  
Sexo:\_\_\_ Persona para contactar (siglas):\_\_\_\_\_ Procedente de (lugar de origen):\_\_\_\_\_  
Reside en (ciudad):\_\_\_\_\_ Domicilio (señalar geográficamente el punto)\_\_\_\_\_ Vive  
Solo:\_\_\_\_\_ Con familia:\_\_\_\_\_ Especificar:\_\_\_\_\_ Persona para  
contactar:\_\_\_\_\_ Llegada por su propio pie: si\_\_\_ no\_\_\_, motivo de hospitalización y/o solicitud  
de atención:\_\_\_\_\_ Fecha de ingreso previo al hospital\_\_\_\_\_

Motivo:\_\_\_\_\_

**Antecedentes Personales:**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Instrucciones: colocar en las líneas una X de acuerdo con los datos que se encuentren presentes en la valoración. Ampliar o describir en aquellos que requieren especificar.

Patrones de Salud:

**1. Patrón de Mantenimiento y Percepción de la Salud**

• Historia de su salud: Sano \_\_\_\_\_ regular \_\_\_\_\_ enfermizo \_\_\_\_\_  
(especifique):\_\_\_\_\_ Cómo la percibe en éste momento: bien \_\_\_\_\_ regular \_\_\_\_\_ mal  
\_\_\_\_\_ especificar \_\_\_\_\_

• Hábitos de cuidado bucodental: 3 veces al día \_\_\_\_\_ 2 o menos \_\_\_\_\_ nunca \_\_\_\_\_

• Hábitos de higiene general: baño diario \_\_\_\_\_ cada tercer día \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

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

• Cambio de ropa al bañarse \_\_\_ cambio de ropa sin baño \_\_\_ Lavado de manos: Sí \_\_\_ No \_\_\_ a  
veces \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

• Ha consumido tabaco alguna vez en su vida: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Fuma actualmente: : No \_\_\_\_\_

Si \_\_\_\_\_

Tiempo de consumo: \_\_\_\_\_ Cantidad (número de cigarrillos) al día: \_\_\_\_ a la semana \_\_\_\_\_, al mes \_\_\_\_ Lo dejo (fecha) \_\_\_\_\_

• Ha consumido bebidas con contenido alcohólico alguna vez en su vida: No \_\_\_ Si \_\_\_\_\_

Consumo

alcohol actualmente: : No \_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Tiempo de consumo: \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ cantidad al día, \_\_\_\_\_ a la semana \_\_\_\_\_, al mes \_\_\_\_ Lo dejo (fecha) \_\_\_\_\_

• Ha utilizado drogas alguna vez en la vida: No \_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Consume drogas actualmente :

No \_\_\_\_\_

Si \_\_\_\_\_ Tiempo de consumo: \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ cantidad al día \_\_\_\_ a la semana \_\_\_\_\_, al mes \_\_\_\_ Lo dejo (fecha) \_\_\_\_\_

• Presencia de alergias: : No \_\_\_ Si \_\_\_\_\_ especifique la causa: \_\_\_\_\_ tipo de reacción: \_\_\_\_\_

• Asistencia a revisión médica (aunque no se sienta enfermo): Sí \_\_\_\_\_ periodicidad \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ especifique motivos: \_\_\_\_\_

• Revisión dental: Sí \_\_\_\_\_ periodicidad \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ especifique motivos: \_\_\_\_\_

• Realización de ejercicio: : No \_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique tipo y horas a la semana) \_\_\_\_\_

• Tratamientos que ha utilizado: médicos \_\_\_\_\_ remedios caseros \_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_ Actualmente utiliza alguno de estos (especifique): \_\_\_\_\_

• Conoce la causa de su hospitalización: No \_\_\_ Sí \_\_\_ (especifique cuál) \_\_\_\_\_

• Concluye con el tratamiento y/o recomendaciones médicas o de enfermería prescritas: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Motivos: \_\_\_\_\_

#### Condiciones de la Vivienda

• Material de construcción: concreto \_\_ lámina \_\_ otros \_\_ (especifique): \_\_\_\_\_ Usos (especifique) \_\_\_\_\_

• Ventilación natural \_\_\_\_\_ artificial \_\_\_\_\_ No. de habitaciones \_\_\_\_\_

• Iluminación: natural \_\_\_\_\_ artificial \_\_\_\_\_ otros (especifique) \_\_\_\_\_

• Mobiliario acorde a las necesidades básicas. Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_

• Disposición de excretas en vivienda. Sanitario a drenaje \_\_ fosa séptica \_\_ letrina \_\_ pozo negro \_\_ otros \_\_\_\_\_

• Ubicación del sanitario: afuera de vivienda No \_\_\_ Sí \_\_, distancia de la toma de agua o de la vivienda \_\_ metros.

• Aseo diario de la vivienda: : No \_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique frecuencia) \_\_\_\_\_

• Presencia de vectores (moscas, cucarachas, roedores, etc.): No \_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_

• Medidas de control de vectores: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ (especifique método y frecuencia) \_\_\_\_\_

• Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda: No \_\_\_ Sí \_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_

**2. Patrón Nutricional Metabólico.**

- Uso de complementos o suplementos alimenticios (especifique) \_\_\_\_\_, número de comidas al día \_\_\_\_\_, menú día típico: (especificar tipo y cantidad):

Desayuno hora:	Comida hora:	Cena hora:	Entre horas

Desayuno hora: \_\_\_\_\_ Comida hora: \_\_\_\_\_ Cena hora: \_\_\_\_\_ Entre Horas

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

**3. Patrón de Eliminación**

- Hábitos de evacuación intestinal: frecuencia al día \_\_\_\_\_ fecha de última defecación \_\_\_\_\_ Describa características \_\_\_\_\_ utiliza algún apoyo (especificar) \_\_\_\_\_
- Presencia de estreñimiento \_\_\_ diarrea \_\_\_ hemorroides \_\_\_ sangrado \_\_\_ Incontinencia \_\_\_ flatulencia \_\_\_ ostomías: No \_\_\_ Si \_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_
- Hábitos de evacuación urinaria: Frecuencia aproximada al día: \_\_\_\_\_ Describa características \_\_\_\_\_ catéter urinario: No \_\_\_ Si \_\_\_ Fecha de instalación: \_\_\_\_\_  
Refiere presencia de distensión vesical \_\_\_\_\_ dolor \_\_\_\_\_ ardor \_\_\_\_\_ prurito \_\_\_\_\_ retención \_\_\_ incontinencia \_\_\_ urgencia diurna \_\_\_\_\_ urgencia nocturna \_\_\_\_\_ fuerza y/o cambios en la continuidad de la emisión: : No \_\_\_ Si \_\_\_  
especifique: \_\_\_\_\_ ostomías: No \_\_\_ Si \_\_\_ tipo \_\_\_\_\_  
Motivo: \_\_\_\_\_
- Referencia de sudoración habitual y/o cambios en ella: Si \_\_\_ No \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

#### 4. Patrón de Actividad y Ejercicio

- Referencia de cambios en función cardíaca al realizar actividades cotidianas: No \_\_\_ Si \_\_\_ especificar (palpitaciones, lipotimias, necesidad de detener la acción que realiza): \_\_\_\_\_
- Presencia de marcapaso: No \_\_\_ Si \_\_\_ Fecha de instalación: \_\_\_\_\_
- Ha sentido cambios en patrón respiratorio: No \_\_\_ Si \_\_\_ especificar (fatiga, disnea al caminar, al comer, al subir escalera, al estar acostado, y a qué distancia) \_\_\_\_\_
- Referencia de cambios en estado vascular periférico: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique (distensión venosa yugular, equimosis, hematomas, varicosidades, red venosa alterada, parestesias, edema de miembros inferiores, etc.) \_\_\_\_\_
- Referencia de cambios neuromusculares: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique (calambres, disminución de la sensibilidad, dolor, limitación del movimiento, antecedentes de fracturas, etc.) \_\_\_\_\_
- Dificultad para movilizarse: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Que actividades realiza en los tiempos libres: recreativas \_\_\_ domésticas \_\_\_ especifique (salida, paseo, ver televisión, etc.) \_\_\_\_\_
- ESCALA PARA VALORAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL: Valorar capacidad funcional para la realización de actividades de autocuidado con los siguientes valores que al ser detectados marcará con una X en la casilla que corresponda:  
0 = Independiente 1 = Con aparato auxiliar 2 = Ayuda de otros 3 = Ayuda de otros y equipo 4 = Dependiente/incapacitado

	0	1	2	3	4
Baño/Higiene					
Comer/beber					
Vestirse/arreglarse					
Evacuación	Intestinal				
	Vesical				
Caminar					
Limpieza/Arreglo del hogar					
Ir de compras					
Cocinar					
Subir escaleras					
Movilizar en cama					
Trabajar					

#### 5. Patrón de Sueño y Descanso

- Hábito: Número de horas de sueño nocturno \_\_\_ horario de sueño \_\_\_ Siesta: No \_\_\_ Si \_\_\_ Motivo: \_\_\_ especifique tiempo \_\_\_ Apoyo y/o rutina para dormir (medicamentos, música, luz, etc.) especifique \_\_\_\_\_
- Calidad del sueño: dificultad para conciliar el sueño No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ sueño interrumpido No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ Se siente descansado al iniciar el día: si \_\_\_ no \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

- Referencia de cambios de humor(en relación al sueño) \_\_\_ bostezos \_\_\_ ojeras \_\_\_  
especifique \_\_\_\_\_

## 6. Patrón Cognitivo-Perceptivo

- Dificultad para oír: no \_\_\_ si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ presencia de zumbidos no \_\_\_  
si \_\_\_ Vértigo: no \_\_\_ si \_\_\_ dolor No \_\_\_ Sí \_\_\_ ¿a qué se lo atribuye? \_\_\_\_\_  
auxiliares auditivos \_\_\_\_\_ (especifique oído derecho o izquierdo Y tiempo de  
uso) \_\_\_\_\_
  - Dificultad para ver no \_\_\_ si \_\_\_ ceguera no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ prótesis  
no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ Auxiliares externos no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_  
(especifique tipo y derecho - izquierdo) \_\_\_\_\_ última revisión \_\_\_\_\_ tiempo de  
uso \_\_\_\_\_
  - Problemas para distinguir olores no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_
  - Tiene dificultad al identificar los sabores (salado, agrio, amargo y dulce) no \_\_\_ si \_\_\_  
especificar \_\_\_\_\_
  - Algún cambio en su memoria: no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_
  - Algún cambio en su concentración: no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_
  - Algún cambio en la orientación: no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_
  - Lenguaje hablado: cambios en el tono de la voz no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_,  
cambios en la fluidez en el discurso: no \_\_\_ sí \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_
  - Cambios en la sensibilidad (al tacto, frío, calor y/o dolor) Sí \_\_\_ No \_\_\_  
especificar \_\_\_\_\_
  - Manera de aprender (leyendo, escuchando, con dibujos, etc.) especificar \_\_\_\_\_
- Nota: Sí se observa desorientado: reporte y considere "riesgos de lesiones o accidentes"

## 7. Patrón Autopercepción y Concepto de sí Mismo

- Descripción como persona: alegre \_\_\_ seria \_\_\_ temerosa \_\_\_ optimista \_\_\_ irritable \_\_\_  
Otros (especificar) \_\_\_\_\_
- Como percibe su imagen corporal: positiva \_\_\_\_\_ negativa \_\_\_\_\_ en ambos casos  
especifique \_\_\_\_\_
- Conformidad con lo que es: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Pérdida de interés por las cosas: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Dificultad para tomar decisiones: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Pérdidas y/o cambios importantes en el último año: Sí \_\_\_ No \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Ha experimentado períodos de: desmotivación \_\_\_ apatía \_\_\_ depresión \_\_\_ adinamia \_\_\_  
Ninguno de los anteriores \_\_\_\_\_ especifique tiempo y describa la situación: \_\_\_\_\_
- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión: No \_\_\_ Si \_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_
- Qué le ayudaría a sentirse mejor en éste momento (especifique) \_\_\_\_\_

## 8. Patrón de Rol-relaciones

- Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Profesión y/u ocupación \_\_\_\_\_  
situación actual: estudiante \_\_\_ empleado \_\_\_ desempleado \_\_\_ incapacidad \_\_\_\_\_  
pensionado \_\_\_ jubilado \_\_\_ empleos temporales \_\_\_\_\_
- Sistema de apoyo: cónyuge \_\_\_ familia \_\_\_ vive solo \_\_\_ vecinos \_\_\_ amigos \_\_\_\_\_

- Conformación de Familia que vive en el hogar: No. de miembros \_\_\_\_\_  
 Describir de mayor a menor, incluyendo al usuario

Nombre (iniciales)	Parentesco	Edad	Sexo	Ocupación

- Como considera la relación familiar: especifique \_\_\_\_\_
- Existe vínculo estrecho con algún miembro de su familia o persona externa a esta: (especifique) \_\_\_\_\_
- Papel que desempeña en la familia: dependiente \_\_ proveedor \_\_ cuidador principal \_\_
- Algún problema por el papel que desempeña No \_\_\_ Si \_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ ingreso económico mensual aproximado \_\_\_\_\_
- Idioma/dialecto (especifique) \_\_\_\_\_ Dificultad para comunicarse: No \_\_\_ Si \_\_\_ (especifique con quién, y a qué lo atribuye) \_\_\_\_\_
- Pertenece algún grupo, asociación, club, etc. No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Referencia de amistad con vecinos: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

### 9. Patrón de Sexualidad-Reproducción

- Tiene pareja sexual actualmente: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ IVSA (edad): \_\_\_\_\_
- Expresa algún cambio en las respuestas sexuales: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Menarquia (edad) \_\_\_\_\_ ciclo menstrual: regular \_\_\_ irregular \_\_\_ Duración y periodicidad \_\_\_\_\_
- Gesta \_\_\_ Partos \_\_\_ Abortos \_\_\_ Cesáreas \_\_\_ Embarazada actualmente No \_\_\_ Si \_\_\_ especificar tiempo de embarazo y fecha probable de parto \_\_\_\_\_
- Satisfecho con el número de hijos procreados: Sí \_\_\_ No \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ No aplica \_\_\_\_\_
- Prácticas de autoexamen mamario mensual: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_
- Mamografías: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ fecha de la última \_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_ No aplica \_\_\_\_\_
- Examen cérvico-vaginal/prostático anual: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ fecha del último \_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_
- Examen Testicular mensual: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ fecha del último y resultados \_\_\_\_\_ No aplica \_\_\_\_\_
- Presencia de flujos: No \_\_\_ Sí \_\_\_ características (color, olor, cantidad, etc.) \_\_\_\_\_
- Menopausia \_\_\_ Andropausia \_\_\_\_\_
- Prácticas de sexo seguro: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especifique uso de condón, una sola pareja, abstinencia total) \_\_\_\_\_ Uso de algún método de planificación familiar: Sí \_\_\_ No \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_

### 10. Patrón de Afrontamiento-Tolerancia al Estrés

- Preocupaciones fundamentales en relación a: hospitalización y/o enfermedad \_\_\_\_\_

económicas \_\_ de autocuidado \_\_ de empleo \_\_\_\_\_ imagen corporal \_\_\_\_\_ especificar \_\_\_\_\_

- Formas en las que expresa el estrés: llanto \_\_ ira \_\_ molestias físicas \_\_ especificar \_\_
- Acciones que realiza para controlar el estrés o la ira: beber alcohol \_\_ fumar \_\_\_\_\_ comer \_\_\_\_\_ beber café \_\_\_\_\_ leer \_\_\_\_\_ medicamentos \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Frecuencia con la que presenta estas respuestas al estrés: 1-2 veces al mes \_\_\_\_\_ 1-2 veces a la semana \_\_ diariamente \_\_\_\_\_ Especifique a que lo atribuye: \_\_\_\_\_

### 11. Patrón de Valores y Creencias

- Prácticas de alguna religión: Sí \_\_ No \_\_ (especificar cuál) \_\_\_\_\_
- Existen restricciones por parte de su religión para seguir indicaciones médicas y/o de enfermería: Sí \_\_ No \_\_ cuáles \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún sistema de creencias que le proporcionen consuelo y fuerza? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_ (especificar cuál) \_\_\_\_\_
- ¿Qué es lo que le da sentido a su vida? Especificar \_\_\_\_\_  
Esto ha cambiado desde que está enfermo \_\_\_\_\_
- Siente preocupación acerca de morir Sí \_\_ No \_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio: Sí \_\_ No \_\_ (especificar cuál) \_\_\_\_\_
- Valores morales más importantes (describa lo que considera más valioso en su vida) \_\_\_\_\_

## II. EXAMEN FÍSICO (datos objetivos)

### Aspecto General

- Edad aparente: igual \_\_ mayor \_\_ menor \_\_ a la cronológica ( ) años, complexión física: robusta \_\_ media \_\_ delgada \_\_ ; estatura: alta \_\_ media \_\_ baja \_\_ ; aliñado: Sí \_\_ No \_\_ ; Facies: dolor \_\_ angustia \_\_ aprensión \_\_ relajada \_\_\_\_\_ (otra, describa) \_\_\_\_\_ ; tes: morena \_\_ moreno clara \_\_ claro \_\_ , orientado en tiempo, lugar, persona: si \_\_ no \_\_ actitud hacia la enfermedad, especifique \_\_\_\_\_
- Estado de ánimo: decaído \_\_ irritable \_\_ euforia \_\_ indiferente \_\_\_\_\_ (describa) \_\_\_\_\_
- Estado de conciencia: alerta \_\_ obnubilación \_\_ somnolencia \_\_ inconsciencia \_\_\_\_\_  
Responde a preguntas (colaborador) Sí \_\_ No \_\_ Postura adoptada: Libre \_\_ erguida \_\_ semi erguida \_\_ movimiento repetitivos \_\_\_\_\_ Otros (especifique) \_\_\_\_\_

### 1. Patrón Nutricional Metabólico

- Tipo de dieta actual durante la estancia hospitalaria \_\_\_\_\_ ayuno: No \_\_ Sí \_\_ No. de días \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_ Temperatura corporal \_\_\_\_\_ °C. Peso \_\_\_\_\_ kg. talla \_\_ IMC \_\_\_\_\_
- Piel (características): \_\_\_\_\_ presencia de heridas Qx. \_\_\_\_\_ (describir características) presencia de drenes No \_\_ Sí \_\_\_\_\_ (especificar tipo y condiciones de la piel circundante) \_\_\_\_\_ sondas \_\_\_\_\_ (especificar tipo y condiciones de la piel circundante) \_\_\_\_\_ otro tipo de lesiones (especificar) \_\_\_\_\_ características \_\_\_\_\_ estado de uñas \_\_\_\_\_ Mucosas \_\_\_\_\_ Edema (áreas): Sí \_\_ No \_\_ Godette: NO \_\_ Sí (señalar sitio y profundidad) \_\_\_\_\_

FOVEA	+	++	+++
Profundidad	2mm	3mm	4mm

- Cabeza: Forma \_\_\_\_\_, tamaño \_\_\_\_\_, Simetría Sí \_\_\_ No \_\_, cuero cabelludo: Color \_\_\_\_\_ hidratación Sí \_\_\_ No \_\_ prurito Sí \_\_\_ No \_\_ cicatrices sí \_\_\_ no \_\_\_ zonas dolorosas no \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_
  - Cabello: cantidad, implantación, color, textura (especificar si hay alteraciones; protuberancias, hundimiento, heridas, escasez, desprendimiento etc.) \_\_\_\_\_
  - Cara: Piel (describir características) \_\_\_\_\_ simetría Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ lesiones No \_\_\_ Sí \_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ (par craneal V y VII)
  - Labios: forma \_\_\_ tamaño \_\_\_ Mucosa bucofaringea íntegra Sí \_\_\_ No \_\_\_ color \_\_\_ lesiones No \_\_\_ Sí \_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ hidratación Sí \_\_\_ No \_\_ reflejo nauseoso (par craneal X) No \_\_\_ Sí \_\_\_ obstrucción \_\_\_ presencia de cánulas, mascarillas, sondas (especificar) \_\_\_\_\_ disfagia (par craneal XII) \_\_\_\_\_ Piezas dentarias. Número \_\_\_\_\_ integridad Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar piezas, sitio y tipo de alteración) \_\_\_\_\_ Higiene adecuada: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar presencia de detritus, halitosis, etc.) \_\_\_\_\_ caries \_\_\_ sarro \_\_\_ placa dentobacteriana \_\_\_\_\_
  - Cuello: Estado de la piel (características): \_\_\_\_\_ Masas: Sí \_\_\_ No \_\_ dolor: Sí \_\_\_ No \_\_ Desarrollo Muscular \_\_\_\_\_ (par craneal XI)
  - Abdomen: forma plano \_\_\_ globoso \_\_\_ excavado \_\_\_ circunferencia abdominal \_\_\_\_\_ cm Simetría: Sí \_\_\_ No \_\_ Masas: Sí \_\_\_ No \_\_ dolor: Sí \_\_\_ No \_\_ Distensión: Sí \_\_\_ No \_\_ presencia de visceromegalia, ostomías, etc.) \_\_\_\_\_ Hallazgos a la percusión (especificar) \_\_\_\_\_ Ruidos peristálticos: Presentes \_\_\_\_\_ ausentes \_\_\_\_\_ disminuidos \_\_\_ aumentados \_\_\_\_\_
  - Ingreso de líquidos en 24 horas. (especificar cantidad y vía) \_\_\_\_\_
- Nota: Algunos datos podrán ser recolectados en valoración subsecuente y/o a partir de patrones que impliquen procesos vitales mientras se estabiliza la condición del usuario, así como la valoración de perímetros y para comparar valores normales consultar tabla de autores mexicanos y etapa de crecimiento.

## 2. Patrón de Eliminación

- Intestinal: frecuencia de defecaciones en 24 hr. \_\_\_\_\_ derivaciones intestinales No \_\_\_ Sí \_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ características de las heces: normales Sí \_\_\_ No \_\_\_ (describir duras, semilíquidas, líquidas, con sangre, parásitos, cantidad, semi pastosas, con dolor, etc., utilizar escala de Bristol) \_\_\_\_\_ Región perianal: íntegra \_\_\_ con lesiones \_\_\_ (describir hemorroides, fisuras) \_\_\_\_\_
- Urinario: orina frecuencia al día \_\_\_ características normales Sí \_\_\_ No \_\_\_ (describir; cantidad, sangre, color, turbiedad, fuerza y continuidad en la emisión) \_\_\_\_\_ derivaciones vesicales \_\_\_\_\_ Región Perineal: íntegra \_\_\_ con lesiones \_\_\_ (describir) \_\_\_\_\_
- Presencia de sondas u otros dispositivos: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (describir tipo y estado de la región) \_\_\_\_\_
- Sudoración: alteraciones Sí \_\_\_ No \_\_\_ (describir tipo de alteración y sitios) \_\_\_\_\_
- Egresos de líquidos (por turno o 24 hr. considerando todas las vías) \_\_\_\_\_ pérdidas insensibles \_\_\_\_\_ Nota: Especificar balance en caso de diálisis

### 3. Patrón Cognitivo-Perceptivo

- Pares craneales II, III, IV y V. Simetría de ojos Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar) \_\_\_  
integridad de párpados Sí \_\_\_ No \_\_\_ Conductos lagrimales permeables: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
sensibilidad de córnea Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar) \_\_\_ pupilas: Tamaño \_\_\_ mm, reacción a  
la luz \_\_\_ a la acomodación \_\_\_ en ambos ojos \_\_\_ asimetría \_\_\_ Ceguera total \_\_\_  
lesiones \_\_\_ (especificar si es en un ojo o en ambos). Agudeza visual con carta de Snellen a 6  
metros. de distancia: (mencione cifras) ojo derecho \_\_\_ ojo izquierdo \_\_\_ ambos ojos \_\_\_
- Oído externo: Pabellón auricular, simetría \_\_\_ implantación \_\_\_ integridad \_\_\_  
forma, proporción \_\_\_ alteraciones (especificar) \_\_\_ hiperemia, \_\_\_\_\_. Conducto  
auditivo (resultados de otoscopia): forma \_\_\_ tamaño \_\_\_ mucosa \_\_\_ presencia de vellosidades  
Sí \_\_\_ No \_\_\_ cerumen (color, cantidad, consistencia) \_\_\_ Obstrucción \_\_\_ tímpano (describir,  
características) \_\_\_\_\_. Par craneal VIII: audición intacta Sí \_\_\_ No \_\_\_ técnica: susurro \_\_\_ tic,  
tac \_\_\_ roce de dedos \_\_\_ (especificar distancia) \_\_\_ prueba de rinne weber (uso diapason) \_\_\_  
describir resultados, \_\_\_\_\_
- Describir tipo, tamaño, volumen(proporción) de nariz \_\_\_\_\_ rinoscopia: (especifica  
color, hidratación integridad de mucosa nasal) \_\_\_\_\_ alineación de tabique nasal Sí \_\_\_  
No \_\_\_ senos paranasales (técnica de transiluminación), \_\_\_\_\_ presencia de secreciones \_\_\_  
dolor \_\_\_  
Par craneal I: Olfato intacto a la prueba del olor y reflejo de estornudo (jabón, café, tabaco y  
pluma de algodón) Sí \_\_\_ No \_\_\_ alteración especificar \_\_\_\_\_
- Par craneal IX y X: gusto: percepción de sabores básicos: ácido, agrio, salado, dulce (describir  
resultados) \_\_\_\_\_ Tacto: sin alteración a la prueba de  
sensibilidad Si \_\_\_ No \_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_
- Prueba de tolerancia al dolor: describir sitio, tipo, estimar intensidad con escala analógica 0-10:  
(0 = tolerable, 10 = intolerable) \_\_\_\_\_
- Memoria: intacta \_\_\_ alterada \_\_\_ especifique (hechos remotos, recientes, etc.) \_\_\_\_\_
- Orientación: Intacta \_\_\_ alterada \_\_\_ especifique (tiempo, lugar, persona) \_\_\_\_\_
- Escala de Glasgow: (describe la puntuación identificada) \_\_\_\_\_, no aplica \_\_\_\_\_
- Nivel de sedación: escala de Ramsay (describe la puntuación identificada) \_\_\_, no aplica \_\_\_\_\_

### 4. Patrón Actividad – Ejercicio

- Tórax: forma \_\_\_\_\_ volumen \_\_\_\_\_ simetría \_\_\_\_\_ relación diámetros anteroposterior y  
transverso: alterado \_\_\_ normal \_\_\_\_\_ estado respiratorio: tipo de respiración  
(especifique) \_\_\_\_\_ Frecuencia respiratoria \_\_\_ X' ritmo \_\_\_\_\_ amplitud \_\_\_\_\_ Movimientos  
respiratorios: Expansión torácica:(describir simetría,  
frémito) \_\_\_\_\_
- Auscultación de campos pulmonares: ruidos respiratorios presentes (ruidos traqueales,  
vesiculares, bronco vesiculares) normales. \_\_\_\_\_ anormales \_\_\_\_\_ (sibilancias, estertores,  
estridor, roncus, otros) \_\_\_\_\_ Tos: Sí \_\_\_ No \_\_\_ especificar  
características \_\_\_\_\_ características de esputo \_\_\_\_\_
- Presencia de apoyo ventilatorio: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especificar tipo y  
parámetros) \_\_\_\_\_ oxígeno suplementario (Especificar tipo y  
dosis) \_\_\_\_\_ SO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ % presencia de traqueostomía Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_ signos de insuficiencia respiratoria: disociación toracoabdominal \_\_\_ aleteo  
nasal \_\_\_ disnea \_\_\_ cianosis \_\_\_ tiros intercostales \_\_\_ retracción xifoidea \_\_\_
- Medición signos vitales: Método invasivo \_\_\_ no invasivo \_\_\_ Frecuencia cardíaca \_\_\_\_\_,

pulso(describir características) \_\_\_\_\_

Tensión arterial \_\_\_\_\_ mm/hg PVC \_\_\_\_\_

• Ruidos cardíacos. Calidad: Claros y bien diferenciados \_\_\_ Apagados y difusos \_\_\_  
Soplos \_\_\_\_\_ Frecuencia: Igual al periférico Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Ritmo: Regular y uniforme Sí  
\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

• Estado vascular periférico: pulsos: (describir ritmo, frecuencia comparada con su homólogo)  
\_\_\_\_\_ varicosidades Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar región, extensión, coloración y temperatura  
local) \_\_\_\_\_ Llenado capilar \_\_\_\_\_ (<3”).

• Catéter vascular \_\_\_ (tipo, sitio, características, fecha de instalación y última curación)

• Musculo esquelético: Capacidad de movilización: completa \_\_\_ incompleta \_\_\_\_\_  
nula \_\_\_ (describir de acuerdo a arcos de movimientos en articulaciones) \_\_\_\_\_

• Marcha: estable \_\_\_ Inestable \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ (utilizar prueba de Romberg si es  
necesario). Se apoya con aditamentos: Si \_\_\_ No \_\_\_ (especificar muletas, andadera, bastón,  
pasamanos) \_\_\_\_\_

• Fuerza en manos: simétrica \_\_\_ asimétrica \_\_\_ (describir en una escala de 0 al 5 donde el cero  
indica sin contracción muscular y el cinco arco de movimiento completo contra gravedad y  
resistencia fuerte),especificar \_\_\_\_\_ Fuerza en piernas: simétrica \_\_\_  
asimétrica \_\_\_ (describir en una escala de 0 al 5 donde el cero indica sin contracción muscular y  
el cinco arco de movimiento completo contra gravedad y resistencia  
fuerte),especificar \_\_\_\_\_

• Reflejos osteotendinosos: Bicipital Presente \_\_\_ Ausente \_\_\_ Rotuliano Presente \_\_\_  
Ausente \_\_\_ Aquiliano Presente \_\_\_\_\_ Ausente \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
describir en cada uno, respuesta al estímulo con percusión (martillo de reflejos)

• Ausencia de Miembro \_\_\_ total \_\_\_ parcial \_\_\_ (especificar región y  
tipo) \_\_\_\_\_ Parálisis: \_\_\_\_\_ especificar (lugar y magnitud) \_\_\_\_\_ riesgo de  
lesiones en sitios de presión (describir, tipo y magnitud valorando desde occipucio hasta talón de  
Aquiles, usar escala de Braden o Norton) \_\_\_\_\_

• Riesgo de caídas \_\_\_\_\_

## 5. Patrón de Sexualidad-Reproducción

• Integridad de genitales externos Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar; lesiones episorrafia,  
circuncisión, fimosis, flujos, sangrados, olor, características  
morfológicas) \_\_\_\_\_

• Reflejo cremasteriano Si \_\_\_ No \_\_\_ No aplica \_\_\_\_\_

• Mamas: Forma \_\_\_\_\_ simetría \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ características de la  
piel \_\_\_\_\_ tumoraciones: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_ describir sitio y  
características \_\_\_\_\_ galactorrea \_\_\_\_\_ Cadena ganglionar palpable: Sí \_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Dolor: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Nivel \_\_\_\_\_ (usar escala convenida y codificar del 0-10)

## Anexo C

# LA ESCALA DE GLASGOW

M<sup>a</sup> del Pilar Fernández Méndez - TCAE

Palabras clave: Glasgow, evaluación, consciencia, daño cerebral, puntuación.

## INTRODUCCIÓN

La escala de coma de Glasgow (GCS) es una herramienta empleada en la exploración neurológica que permite valorar el **nivel de consciencia**, así como evaluar la existencia de daño a nivel cerebral en los pacientes que han sufrido un traumatismo craneoencefálico. En la actualidad se ha convertido en el parámetro más utilizado para la valoración del estado de consciencia.

## OBJETIVOS

- Esta escala se emplea con tres fines:
- 1 Escoger tratamiento según la gravedad de la lesión
  - 2 Comparar distintas lesiones
  - 3 Predecir la evolución de la lesión y la recuperación de la misma

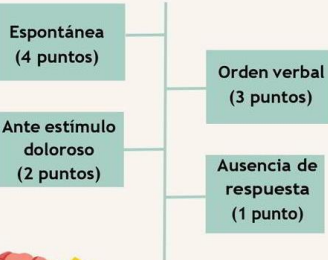
## MÉTODO

Para valorar el nivel de consciencia se observan tres parámetros y se asigna una puntuación:



### Apertura de ojos

Grado de estimulación que se requiere para que se abran los ojos. Puntuación del 1 al 4.



### Respuesta verbal

Grado de comprensión y expresión ante una pregunta. Puntuación del 1 al 5.



### Respuesta motora

Capacidad del paciente para obedecer órdenes sencillas como sacar la lengua o sonreír. Puntuación del 1 al 6.



## RESULTADOS

Tras haber realizado el examen, se va a obtener una puntuación en cada apartado. La suma total puede variar entre 3, que es la puntuación mínima y 15, la puntuación máxima. En función del valor, se clasifica el traumatismo craneoencefálico en:

**LEVE: 13-15 puntos**

**MODERADO: 9-12 puntos**

**GRAVE: < o = 8 puntos**

Con el fin de evitar errores, no se debe dar una puntuación cuando el paciente está intubado o bajo sedación, puesto que este estado va a interferir en el resultado. En estos casos, hay que dejarlo reflejado por escrito como "no valorable".

## CONCLUSIONES



La escala de Glasgow es un instrumento imprescindible a la hora de valorar la integridad de las funciones cerebrales de los pacientes, ya que se trata de un método relativamente sencillo y rápido. Al ser muy empleado, debemos tener conocimiento sobre ello, pues los enfermos van a requerir unos cuidados u otros según los resultados obtenidos.

## BIBLIOGRAFÍA

Muñana-Rodríguez J. E., Ramírez-Eliás A.. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2023 Jul 12]; 11(1): 24-35. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=scl\\_arttext&pid=S1665-70632014000100005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=scl_arttext&pid=S1665-70632014000100005&lng=es). [Internet]. [citado 2023 Jul 12]. Disponible en: <https://meiga.info/Escalas/Glasgow.pdf> [Internet]. [citado 2023 Jul 12]. Disponible en: <http://www.agapap.org/druagapap/system/files/EscalaGlasgow.pdf>

# ESCALA DE EVA (ESCALA ANÁLOGA VISUAL)

La escala visual analógica mide la intensidad para el dolor, es representada por una línea recta en la que un extremo significa **ausencia de dolor** y el otro extremo significa el **peor dolor que se pueda imaginar**. El paciente marca un punto en la línea que coincide con la cantidad de dolor que siente.



**Sin dolor**



**Dolor insoportable**

Tipos de dolor según su duración:

- **Agudo:** Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Ejemplos lo constituyen la perforación de víscera hueca, el dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.
- **Crónico:** Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer.

## Escala de Bristol

Tipo 1		Pedazos duros separados. Como <b>nueces</b> (difícil excreción)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa ( <b>compuesta de fragmentos</b> )
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con <b>grietas</b> en la superficie
Tipo 4		Con forma de salchicha ( <b>o serpiente</b> ) pero lisa y suave
Tipo 5		Trozos <b>pastosos</b> con bordes bien definidos
Tipo 6		Pedazos <b>blandos</b> y esponjosos con bordes irregulares
Tipo 7		Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente <b>líquida</b>

# TEST DE TANNER

## NIÑOS ADOLESCENTES

### DEFINICION

La escala de Tanner describe los cambios físicos que se observan en genitales, pecho y vello púbico, a lo largo de la pubertad en ambos sexos. Esta escala, que está aceptada internacionalmente, clasifica y divide el continuo de cambios puberales en 5 etapas sucesivas que van de niño a adulto

### ESTADIO

I



El volumen testicular menor de 1,5 ml. Pene pequeño, de 5 cm o menos, Sin vello púbico  
Edad normalmente menor de 9 a 10 años

### ESTADIO

II



Volumen testicular entre 1,6 y 6 ml. La piel del escroto se adelgaza, se enrojece. se arruga y se agranda. Pequeña cantidad de vello largo y aterciopelado con una ligera pigmentación en la base del pene y el escroto. Edad entre 10 y 14 años.

### ESTADIO

III



Volumen testicular entre 6 y 12 ml. El escroto se agranda aún más. El pene comienza a alargarse. Edad entre 14 y 16 años.

### ESTADIO

IV



Volumen testicular de entre 12 y 20 ml. El escroto se agranda más y se oscurece. El pene incrementa su longitud, y hay diferenciación del glande. El vello son similares a las del adulto; se extiende a través del pubis pero no alcanza los muslos Edad entre los 16 y los 18 años.

### ESTADIO

V



Volumen testicular mayor de 20 ml. Escroto y pene de adulto. El vello se extiende por la superficie medial de los muslos. Edad 18 años o mayor

