

Valoración y planeación de cuidados de enfermería de los padecientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2, hipertensión arterial y artritis reumatoide, bajo los patrones funcionales de Marjory Gordon



**Alberto Bazán María Elena
Gómez Pérez José
Cortés Escárcega Irma**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



**Valoración y planeación de cuidados
de enfermería de los padecientes con
diabetes mellitus tipo 1 y 2, hipertensión
arterial y artritis reumatoide, bajo los
patrones funcionales de Marjory Gordon**

**Alberto Bazán María Elena
Gómez Pérez José
Cortés Escárcega Irma**
Autores

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Datos para catalogación bibliográfica

Editora: Alberto Bazán María Elena, José Gómez Pérez, Irma Cortés Escárcega.

Becarios: Miguel Ángel Herrera Velásco, Elisa Yaotzihuatl Ortega Pérez, Alfonso Rodríguez Escalona, Uriel Sánchez Sandoval.

Valoración y planeación de cuidados de enfermería de los padecientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2, hipertensión arterial y artritis reumatoide, bajo los patrones funcionales de Marjory Gordon.

UNAM, FES Zaragoza, julio de 2019.

Peso: 10.2 MB.

Diseño de portada: Carlos Raziel Leños.

Diseño y formación de interiores: Claudia Ahumada Ballesteros.

ISBN: 978-607-30-2007-7.

Proyecto PAPIME PE 204716. Consultoría, valoración integral y planeación de cuidados del profesional de enfermería (CAVIPLACE).

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

Valoración y planeación de cuidados de enfermería de los padecientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2, hipertensión arterial y artritis reumatoide, bajo los patrones funcionales de Marjory Gordon.

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,
Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I Referentes Teóricos	9
1.1 Antecedentes históricos del Proceso de Atención de Enfermería	9
1.2 Modelo de los patrones funcionales de Marjory Gordon	10
1.3 Uso de Skimming y Scanning o exploración	11
CAPITULO II Historias clínicas de padecientes con Diabetes Mellitus	13
2.1 Concepto de Diabetes mellitus tipo 2 y manifestaciones clínicas.	13
CAPÍTULO III Historias clínicas de padecientes de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica	95
3.1 Concepto y manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial sistémica	95
CAPÍTULO IV Historias clínicas de padecientes con probable Artritis Reumatoide	159
4.1 Concepto de Artritis reumatoide y manifestaciones clínicas	159
CAPÍTULO V Historias clínicas de padecientes con sobrepeso y obesidad	181
5.1 Concepto de Obesidad y manifestaciones clínicas	181
ANEXO	235



PRESENTACIÓN

Las complicaciones suscitadas de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), se han reconocido como la causa más frecuente de incapacidad prematura, además, de pronunciarse como emergencia de salud pública considerada epidemia internacional. Entre las ECNT, más frecuentes que contribuyen a la morbi-mortalidad mundial, se encuentran: la diabetes mellitus tipo 1 y 2 (DM), la hipertensión arterial sistémica (HAS) y la artritis reumatoide (AR). Las cuales pueden estar presentes de forma aislada o aparecer todas ellas en una persona, precipitando aún más las fallas multiorgánicas que acortan el ciclo vital.

Por fortuna, la evolución natural de estos padecimientos se puede modificar, con acciones que cambian el curso clínico que determinan su aparición e incidencia, siendo estas: la modificación en los hábitos alimenticios, la práctica de actividad física frecuente, el monitoreo de somatometría, de glicemia capilar y la toma de la presión arterial.

La prevención y control de las ECNT, debe ser una prioridad para el sistema nacional de salud, de lo contrario repercutirá en efectos sociales y económicos, debido a su incidencia en la edad productiva y los costos elevados para el manejo de las complicaciones que derivan de las mismas.

Por lo cual, se hace necesario que el profesional de enfermería, se encuentre familiarizado con el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de las ECNT, para ello es preciso emplear el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y teniendo especial atención en la primera fase denominada valoración, en la cual identificará plenamente todas aquellas respuestas humanas tanto objetivas como subjetivas que manifieste la persona, convergiendo que esta fase es indispensable para organizar los datos obtenidos, le permitirá al profesional de enfermería proseguir con las subsecuentes etapas: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, en cualquier nivel de atención a la salud en donde esté realizando sus actividades.

Con base a lo anterior se presenta el siguiente libro que contiene Planes de Cuidados de Enfermería estructurados a partir de la interacción personal y atención individualizada a padecientes de diabetes mellitus tipo 1 y 2 (DM), y/o hipertensión arterial sistémica (HAS) y/o artritis reumatoide (AR), utilizando instrumentos de valoración con los patrones funcionales de Marjory Gordon y la integración de las taxonomías NANDA, NOC, NIC.

INTRODUCCIÓN

El presente libro electrónico está conformado por una parte teórica que informa lo relativo al Proceso Atención Enfermería (PAE), una breve explicación de cada una de sus etapas, se presenta una síntesis de la teoría de transiciones de Afab Ibrahim Meleis, debido a que se consideran elementos de sus postulados en el tratamiento y manejo de PAE, así mismo en la estructuración de uno de los instrumentos utilizados para obtener información que permita el análisis y razonamiento de las valoraciones ejecutadas en padecientes atendidos en la CUAS Tamaulipas y Reforma de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z) perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

El instrumento de valoración se diseñó con el fin de facilitar la obtención de datos objetivos y subjetivos en base a los patrones funcionales de Marjory Gordon, se explica cómo es que se plantea el razonamiento diagnóstico que permite establecer el plan de cuidados de enfermería (PLACE), donde podremos ver cuáles fueron los cuidados, intervenciones establecidas para cada uno de los casos atendidos durante la vigencia del proyecto PAPIME PE 204716 (mayo 2016 a junio 2018).

Finalmente los autores consideramos que los Planes de Cuidados de Enfermería compilados en este libro electrónico, pueden ser fuente de consulta para los alumnos y docentes de la Carrera de Enfermería.

Referentes teóricos

1.1 Antecedentes históricos del Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería PAE, tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio deW cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Por lo que el PAE, se considera un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería. En este libro electrónico, se hace uso del modelo de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, con la adaptación de un instrumento de recolección de datos elaborado durante este proyecto, que permitió identificar las respuestas humanas de los usuarios de las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud (CUAS) Tamaulipas y Reforma, posteriormente se incluyó la valoración podológica con el documento denominado The Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI), el cual cuenta con una confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.747, organizado con tres dimensiones (sintomatología, características morfológicas y exploración física), contempla 43 ítems, la necesidad de aplicarlo obedeció a los hallazgos observados en los padecientes, quienes muestran cambios

relevantes en los miembros podológicos que enfatizan el comienzo de la neuropatía diabética, complicación que a su vez es el preámbulo de la presencia del pie diabético y la consecuente amputación de una o ambas extremidades inferiores.

Siendo el PAE un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud, permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el padeciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

Tras valorar al paciente mediante la exploración física y ordenar los datos obtenidos en la historia clínica y la valoración podológica, resolvimos utilizar en el presente libro electrónico el formato para la elaboración de planes de cuidados, recomendado por la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), así como atendimos los lineamientos establecidos para su estructuración, el mencionado formato se contempla como el instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones e intervenciones y la evaluación de los cuidados proporcionados.

De esta forma se interrelacionan tres aspectos fundamentales: el primero es la taxonomía NANDA que categoriza y clasifica los diagnósticos de enfermería, en la versión actual (2018-2020) incluye 244 diagnósticos de enfermería que son agrupados (clasificados) en más de 13 dominios (categorías) de la práctica de enfermería: Promoción de la Salud, Nutrición, Eliminación e Intercambio, Actividad/Descanso, Percepción/Cognición, Auto-percepción, Relaciones de Rol, Sexualidad, Afrontamiento/Tolerancia al Estrés, Principios de Vida, Seguridad/Protección, Confort, Crecimiento/Desarrollo. Otro aspecto son los objetivos que se persiguen con el cuidado que se le proporciona al padeciente Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) identificado con las siglas en inglés NOC (Nursing Outcomes Classification); y por último, con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (**CIE**) conocidas por sus siglas en inglés Nursing Interventions Classification (**NIC**), **comprendiendo** a la intervención enfermera como todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Los pasos descritos aportan a enfermería la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, los cuidados sistematizados, lógicos y racionales. Que realizados de forma óptima le da a la enfermería la categoría de ciencia.

1.2 Modelo de los patrones funcionales de Marjory Gordon

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente en las esferas de lo físico, psíquico, social y del entorno de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud .
- Patrón 2: Nutricional - metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividad - ejercicio.
- Patrón 5: Sueño - descanso.
- Patrón 6: Cognitivo - perceptual.
- Patrón 7: Autopercepción – auto concepto.
- Patrón 8: Rol - relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad - reproducción.
- Patrón 10: Adaptación y tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores - creencias.

Toda esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos Patrones Funcionales que están alterados, o en peligro de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación. En las siguientes líneas vamos a desarrollar los distintos Patrones en lo relativo a sus contenidos y objetivos y, también, en la manera en que se puede hacer de ellos una herramienta útil y práctica en la valoración, mediante la exposición de preguntas pertinentes y focos de atención relacionados con cada uno de ellos.

1.3 Uso de Skimming y Scanning o exploración

Tanto skimming y scanning, ambas son técnicas utilizadas en la lectura, y en esta ocasión son elementos propuestos para lograr una mayor eficacia en la etapa de valoración según los expertos, es el tiempo un factor problemático para lograr una óptima valoración, es por ello, que estas técnicas se proponen al momento de la ejecutar la misma.

Tratemos de explicar, la técnica de lectura skimming, la cual se utiliza para identificar rápidamente las ideas principales de un texto. Cuando se lee el periódico, probablemente no se está leyendo palabra por palabra, se está escaneando el texto. Se realiza a una velocidad de tres a cuatro veces más rápido que la lectura normal. Por lo tanto, consiste en dar una lectura rápida, identificando ideas o frases claves; no es necesario leer cada palabra del texto. Se lee la primera oración de cada párrafo y se trata de identificar las frases o palabras clave de cada uno de ellos. Al final.

Este concepto, equiparándolo con nuestra labor de valoración, permitirá visualizar a la persona, rápidamente e inclusive antes de saludarla, en este momento, se pretende que se identifique, la forma de deambular, color de piel, si utiliza algún aditamento para desplazarse, si lleva sus manos a una zona del cuerpo específica que implique darnos una idea de lo que sucede, por ejemplo, llevar las manos al pecho, puede ser un indicativo de infarto cardiaco; si al momento de desplazarse hacia nosotros se percibe dificultad y rictus de dolor, nos puede indicar dolor en área abdominal o genitourinaria.

Por otro lado, podemos hacer uso de scanning o exploración, que en términos de lectura rápida, se entiende como la búsqueda de una palabra en la guía telefónica o un diccionario. Escaneo significa originalmente para leer de una manera superficial o apresurada echar un vistazo a. En la mayoría de los casos, se sabe lo que está buscando, por lo que está concentrado en encontrar una respuesta en particular. Escaneo implica mover los ojos rápidamente por la página de búsqueda de palabras y frases específicas.

En el contexto de Enfermería específicamente en la valoración, escanear significará, que una vez visualizada la persona y con nuestros conocimientos enriquecidos con la experiencia, intuyamos lo que él usuario nos presenta como respuesta, es decir, vamos a encontrar lo sospechado, que al sumar una búsqueda rápida y otra específica nos de los datos particulares en las manifestaciones que depara la persona.

Estas dos formas de aproximación, más la valoración física o focalizada, permitirán recolectar, validar y registrar la información de forma rápida y eficaz, que es indispensable en etapa de la valoración

Bibliografía

- Ackley BJ, Ladwing GB. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. 7° edición. España: Elsevier Mosby 2007.
- Alfaro-LeFebre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5° ed. España: Mason 2005
- Cardoso MA., Zarco A., Aburto I., Moreno G. Cortés I. Atender al padeciente: una propuesta conceptual para la conformación de un modelo de atención médica para enfermedades crónicas, en: Principales problemas de Salud Pública en México. México: UNAM, FES Zaragoza 2018.
- Cardoso M.A., Zarco A., Aburto I., Rodríguez M.A. Padeciente: concepto para un modelo de atención médica. UNAM Revista de la Facultad de Medicina. Vol.57, N° 5. Septiembre –Octubre 2014.

Capítulo II

Historias clínicas de padecientes con Diabetes Mellitus

2.1 Concepto de Diabetes mellitus tipo 2 y manifestaciones clínicas

De acuerdo a la Organización Panamericana de la SALUD (OPS) la Diabetes Mellitus tipo 2 se caracteriza por presentarse por un grupo de trastornos metabólicos que afectan a diferentes órganos y tejidos, esta puede ser adquirida o heredada y generalmente inicia por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre (Hiperglicemia).

Las personas con Diabetes mellitus presentan hiperglicemia, principalmente debido a dos factores combinados:

- Uno es que el páncreas no produce suficiente insulina.
- Los músculos, la grasa y las células hepáticas no responden de manera normal a la pobre concentración o cantidad de insulina circulante en el organismo.

En la diabetes mellitus pueden presentarse complicaciones agudas y crónicas.

En las agudas se presentan dos principalmente:

- Hipoglucemia: Es la baja presencia de glucosa en la sangre y un factor esencial en las personas con diabetes. Algunos de los indicios de la hipoglucemia son, temblores, mareo, diaforesis (sudoración excesiva), cefalea (dolor de cabeza), palidez, cambios repentinos en el estado de ánimo.
- Hiperglicemia: Es alta concentración de glucosa en sangre y también es un factor que influye de manera importante en las personas con diabetes tipo 2, es muy importante mantener controlado el nivel de glucosa, debido que mantener continuo este padecimiento tendrá complicaciones a largo plazo o denominadas crónicas.

Algunos síntomas incluyen polidipsia, polifagia, taquipnea, náuseas, vómito, visión borrosa y xerostomía (sequedad en la boca).

Entre las complicaciones crónicas las más frecuentes son:

- Retinopatía Diabética.
- Nefropatía Diabética.
- Neuropatía Diabética.
- Enfermedad Vascular periférica (daño en los vasos sanguíneos/circulación).
- Dislipidemia (niveles elevados de colesterol en la sangre), hipertensión arterial, aterosclerosis y arteriopatía coronaria.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: AEG			Fecha de nacimiento: 17 de Diciembre de 1945
Edad: 73	Sexo: F	Domicilio: Calle Gardenia 123, Nezahualcóyotl. Estado de México	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 22 Agosto del 2016			Folio: 01

Motivo de consulta: Elaboración de Historia Clínica Diagnostico presuntivo: Diabetes Mellitus	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>T°</th> <th>F.C</th> <th>F.R</th> <th>T.A</th> <th>G.C.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>36 °C</td> <td>88 lpm</td> <td>14 rpm</td> <td>110/70 mm/hG</td> <td>128 mg/dl</td> </tr> </tbody> </table>	T°	F.C	F.R	T.A	G.C.	36 °C	88 lpm	14 rpm	110/70 mm/hG	128 mg/dl
T°	F.C	F.R	T.A	G.C.							
36 °C	88 lpm	14 rpm	110/70 mm/hG	128 mg/dl							

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Vacunación completa</td> <td>Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negado</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negado</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negado	Alimentos: Negado	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negado																				
Alimentos: Negado																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Bueno</td> <td>Regular</td> <td>Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Una vez</td> <td>Dos veces</td> <td>Tres veces</td> <td>Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Cada tercer día</td> <td>Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Siempre</td> <td>Nunca</td> <td>A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <p>Especifique:</p> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <p>Especifique:</p>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	<p>1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Cuando está enfermo</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Cuando lo requiere</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué? Asi me lo han enseñado</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué? Asi me lo han enseñado	Si	No	¿Por qué?									
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué? Asi me lo han enseñado																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1 Talla y peso

1.50 Mts	74 Kg
----------	-------

2.2 ¿Número de comidas al día?

<2	3	Especifique
----	---	-------------

2.3 ¿En qué lugar come?

Casa	Trabajo	Escuela	Otro
------	---------	---------	------

2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?

Si	No	¿Cuál?
----	----	--------

2.5 ¿Qué alimentos le gustan?

Frutas	Verduras	Carne	Leguminosas	Otro
--------	----------	-------	-------------	------

2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?

Frutas	Verduras	Carnes	Leguminosas	Otro
--------	----------	--------	-------------	------

2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad

Agua natural	Agua azucarada	Refresco
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt. No

2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?

Si	No	Frecuencia
----	----	------------

2.12 ¿Cómo considera su apetito?

Normal	Aumentado	Disminuido
--------	-----------	------------

2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?

Ninguno	Aumentado__ kg	Disminuido__ kg
---------	----------------	-----------------

2.14 ¿Usa prótesis dentales?

Si	No
----	----

2.15 La piel es:

Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente	

2.16 Las uñas son:

Color	Rosadas	Amarillentas
Forma	Cóncava	Convexa
Textura	Dura	Quebradiza

2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?

Si	No
----	----

3.- ELIMINACIÓN

3.1 Número de micciones al día

5

3.2. Características de la micción

Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro

3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?

Si	No
----	----

3.4 Tiene dolor al miccionar:

Si	No
----	----

3.5 Número de deposiciones al día:

1	2-3	>3
---	-----	----

3.6 Características de la deposición

Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases

3.7 ¿Presenta estreñimiento?

Si	No
----	----

3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?

Si	No
----	----

3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?

Si	No
----	----

3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?

Si	No
----	----

3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?

Si	No
----	----

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <p>Buena <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/></p> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <p>Sí <input checked="" type="checkbox"/> Caminata <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <p>Bast3n <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/></p>	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Bañarse</td> <td>Comer</td> <td>Caminar</td> <td>Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <p>110/70 mm/hG <input type="text"/> 14 rpm <input type="text"/></p>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama										
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio										
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar										

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <p>10:00PM <input checked="" type="checkbox"/> 11:00PM <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <p>6h <input type="checkbox"/> 8h <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	--

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
---	---

7.-AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	--

8.-ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <table border="1"> <tr> <td>Estudiante</td> <td>Hogar</td> <td>Trabajador</td> </tr> </table> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <table border="1"> <tr> <td>Solo</td> <td>Familia</td> <td>Cónyuge</td> <td>Amigos</td> <td>Otros</td> </tr> </table> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <table border="1"> <tr> <td>3-4</td> <td>5-7</td> <td>>8</td> </tr> </table> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Estudiante	Hogar	Trabajador	Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros	3-4	5-7	>8	Si	No	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <table border="1"> <tr> <td>Buena</td> <td>Mala</td> <td>Regular</td> </tr> </table> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Buena	Mala	Regular	Si	No
Estudiante	Hogar	Trabajador																					
Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros																			
3-4	5-7	>8																					
Si	No																						
Si	No																						
Si	No																						
Buena	Mala	Regular																					
Si	No																						

9.-SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Regular</td> <td>Irregular</td> <td>Menopausia</td> </tr> </table> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <table border="1"> <tr> <td>G=11</td> <td>P=11</td> <td>C=</td> <td>A=</td> </tr> </table> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo que usa?</p> <table border="1"> <tr> <td>Condón</td> <td>DIU</td> <td>Orales</td> <td>Implante</td> <td>Ninguno</td> </tr> </table>	Regular	Irregular	Menopausia	Si	No	G=11	P=11	C=	A=	Si	No	Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No								
Regular	Irregular	Menopausia																									
Si	No																										
G=11	P=11	C=	A=																								
Si	No																										
Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno																							
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										

10.-ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <table border="1"> <tr> <td>Medicamentos</td> <td>Drogas</td> <td>Alcohol</td> <td>Apoyo social/familiar</td> </tr> </table>	Si	No	Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1"> <tr> <td>Comer</td> <td>Beber</td> <td>Leer</td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Comer	Beber	Leer	Fumar	Drogas	Especifique	Si	No
Si	No														
Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar												
Comer	Beber	Leer													
Fumar	Drogas	Especifique													
Si	No														

11.-VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión que profesa</p> <table border="1"> <tr> <td>Católico</td> <td>Protestante</td> <td>Ateo</td> </tr> <tr> <td>Cristiano</td> <td>Judío</td> <td>Otra</td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Católico	Protestante	Ateo	Cristiano	Judío	Otra	Si	No	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <table border="1"> <tr> <td>La enfermedad nos llega antes que la muerte</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	La enfermedad nos llega antes que la muerte
Católico	Protestante	Ateo												
Cristiano	Judío	Otra												
Si	No													
Si	No													
Si	No													
La enfermedad nos llega antes que la muerte														

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Ortega Pérez Elisa Yacotzihuatl.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: AEG

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
<input type="checkbox"/> Dedos en Martillo <input type="checkbox"/> Dedos Sobrepuestos <input checked="" type="checkbox"/> Haluxvalgus <input type="checkbox"/> Subluxación de la articulación <input type="checkbox"/> Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular								
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos								
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 73 años de edad, con antecedentes patológicos personales de Diabetes mellitus de 15 años de evolución, glicemia capilar de 128 mg/dl, con presencia de neuropatía moderada, IMC 32.8 (Obesidad grado II).

A la exploración física, utiliza prótesis dental con deficiente higiene oral (Halitosis), presenta alteraciones sensoriales en la agudeza visual y auditiva, así como de la memoria de corto plazo.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- Neuropatía diabética moderada.
- IMC 32.8 (Obesidad grado II).
- Halitosis.
- Alteraciones sensoriales (visual y auditiva).
- Alteración de la memoria de corto plazo.

Dominio: 4 Clase: 4					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Perfusión tisular periférica ineficaz Factores relacionados (causas) E Glicemia capilar mayor a 180mg/dL Características definitorias (signos y síntomas) Claudicación Alteración de la función motora Parestesia Hiperalgnesia Hormigueo	Perfusión tisular: Periférica	<ul style="list-style-type: none"> Dolor localizado en extremidades Hormigueo Calambres musculares 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 9 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 12	
	(2400) Función sensitiva: táctil	<ul style="list-style-type: none"> Discriminación de dos puntos Discriminación de la vibración Parestesia Perdida de la sensibilidad 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 12 Aumentar a: 16 Resultado obtenido: 12	
	Nivel de Glicemia	<ul style="list-style-type: none"> Concentración sanguínea de glucosa 	Desviación GRAVE del rango normal hasta SIN desviación del rango normal	Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Resultado obtenido: 5	

INTERVENCIONES (NIC): (5603) Enseñanza: Cuidado de los pies
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edemas en los pies. Inspeccionar los zapatos del paciente para ver si calzan correctamente. Poner los pies en remojo, si es necesario. Secar cuidadosamente los espacios interdigitales. Aplicar loción. Limpia las uñas. Aplicar polvos absorbentes, si está indicado. Comentar con el paciente la rutina habitual de cuidado de los pies. Instruir al paciente / familia en la importancia del cuidado de los pies. Ofrecer una inducción positiva respecto de las actividades de cuidados de los pies por sí mismo. Observar el paso del paciente y la distribución de peso sobre los pies. Controlar la limpieza y estado general de los zapatos y calcetines. Enseñar al paciente a que inspecciones el interior de los zapatos por si hay zonas ásperas. Comprobar el nivel de hidratación de los pies. Observar si hay edema en piernas y pies. Instruir al paciente acerca de la importancia de la inspección, especialmente cuando disminuya la sensibilidad. Cortar las uñas de los pies de grosor normal cuando estén blandas, con un cortaúñas y utilizando la curva del dedo como guía. Remitir al podólogo para el corte de las uñas gruesas.

INTERVENCIÓN (NIC): (5614) Enseñanza: dieta prescrita
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado. Remitir al paciente a un dietista / experto en nutrición. Explicar el propósito de la dieta. Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible. Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. Informar al paciente de las posibles interacciones de fármacos / comida. Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita. Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente. Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas. Proporcionar un plan escrito de comidas. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. Incluir a la familia / ser querido.

INTERVENCIONES (NIC): (5616) Enseñanza: Medicamento prescrito

ACTIVIDADES

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa).
- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas).
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.
- Enseñar al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios.
- Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede.
- Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.
- Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración.
- Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

Dominio: 11	Clase: 2
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	

Etiqueta (problema) p
Deterioro de la dentición

Factores relacionados (causas) E
Higiene oral ineficaz

Características definitorias (signos y síntomas)
Falta de piezas dentarias

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(0308) Autocuidados: Higiene oral	<ul style="list-style-type: none"> • Se cepilla los dientes • Utiliza seda dental • Limpia las prótesis dentales. • Acude al dentista regularmente 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 12 Aumentar a: 16 Resultado obtenido: 16

INTERVENCIONES (NIC): (1710) Mantenimiento de la salud bucal

ACTIVIDADES

- Establecer una rutina de cuidados bucales.
- Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca.
- Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.
- Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis.
- Ayudar con los cuidados de la dentadura postiza, si es necesario.
- Enseñar al paciente a tomar chicles sin azúcar para aumentar la producción de saliva y la limpieza de los dientes.
- Observar si hay signos y síntomas de micosis.

Dominio: 2		Clase: 1			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Deterioro de la memoria</p> <p>Factores relacionados (causas) E Deterioro cognitivo por envejecimiento</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) Expresa experiencia de olvidos Incapacidad para aprender nueva información incapacidad para recordar acontecimientos</p>		(0908) Deterioro de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda información inmediata de manera precisa • Recuerda información reciente de forma precisa • Recuerda información remota de forma precisa 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 4 Aumentar a: 11 Resultado obtenido: 13

INTERVENCIONES (NIC): (4760) Entrenamiento de la memoria	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el paciente cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado. • Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. • Recordar experiencias pasadas con el paciente • Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información. • Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje y el recuerdo de la información verbal o gráfica presentada. • Proporcionar entrenamiento de orientación, como el que el paciente repase información y fechas personales. • Proporcionar oportunidades para la concentración, como juegos de mesa. • Facilitar oportunidad de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes. 	

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: ATM		Fecha de nacimiento: 15 Agosto 1945	
Edad: 71	Sexo: M	Domicilio: Calle Dania No. 45 Col. Tamaulipas	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 23 de Agosto del 2016			Folio: 02

Motivo de consulta: Realización de Historia clínica Diagnostico presuntivo: Diabetes Mellitus	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>T°</td> <td>F.C</td> <td>F.R</td> <td>T.A</td> <td>G.C.</td> </tr> <tr> <td>36.5 °C</td> <td>87 lpm</td> <td>17 rpm</td> <td>110/70 mm/hG</td> <td>167 mg/dl</td> </tr> </table>	T°	F.C	F.R	T.A	G.C.	36.5 °C	87 lpm	17 rpm	110/70 mm/hG	167 mg/dl
T°	F.C	F.R	T.A	G.C.							
36.5 °C	87 lpm	17 rpm	110/70 mm/hG	167 mg/dl							

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Vacunación completa</td> <td>Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Pescado</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negada	Alimentos: Pescado	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negada																				
Alimentos: Pescado																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Bueno</td> <td>Regular</td> <td>Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Una vez</td> <td>Dos veces</td> <td>Tres veces</td> <td>Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Cada tercer día</td> <td>Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Siempre</td> <td>Nunca</td> <td>A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <p>Especifique: _____</p> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <p>Especifique: _____</p>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	<p>1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Quando está enfermo</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Quando lo requiere</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Quando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Quando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué?												
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Quando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Quando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1 Talla y peso
 1.50 Mts | 64 Kg

2.2 ¿Número de comidas al día?
 <2 | 3 | Especifique

2.3 ¿En qué lugar come?
 Casa | Trabajo | Escuela | Otro

2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?
 Si | No | ¿Cuál?

2.5 ¿Qué alimentos le gustan?
 Frutas | Verduras | Carne | Leguminosas | Otro

2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?
 Frutas | Verduras | Carnes | Leguminosas | Otro

2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad

Agua natural	Agua azucarada	Refresco
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt. No

2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?
 Si | No | Frecuencia

2.12 ¿Cómo considera su apetito?
 Normal | Aumentado | Disminuido

2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?
 Ninguno | Aumentado__ kg | Disminuido__ kg

2.14 ¿Usa prótesis dentales?
 Si | No

2.15 La piel es:

Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente	

2.16 Las uñas son:

Color	Rosadas	Amarillentas
Forma	Cóncava	Convexa
Textura	Dura	Quebradiza

2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?
 Si | No

3.-ELIMINACIÓN

3.1 Número de micciones al día
 5

3.2. Características de la micción

Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro

3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?
 Si | No

3.4 Tiene dolor al miccionar:
 Si | No

3.5 Número de deposiciones al día:
 1 | 2-3 | >3

3.6 Características de la deposición

Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases

3.7 ¿Presenta estreñimiento?
 Si | No

3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?
 Si | No

3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?
 Si | No

3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?
 Si | No

3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?
 Si | No

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <p>Buena <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/></p> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <p>Sí <input checked="" type="checkbox"/> Caminata <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <p>Bast3n <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/></p>	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Bañarse</td> <td>Comer</td> <td>Caminar</td> <td>Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <p>110/70 mm/hG <input type="text"/> 17 rpm <input type="text"/></p>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama										
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio										
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar										

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <p>10:00PM <input checked="" type="checkbox"/> 11:00PM <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <p>6h <input type="checkbox"/> 8h <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	--

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
---	---

7.- AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	--

8.- ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <p>Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/></p> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <p>Solo <input type="checkbox"/> Familia <input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <p>3-4 <input checked="" type="checkbox"/> 5-7 <input type="checkbox"/> >8 <input type="checkbox"/></p> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <p>Buena <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/></p> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	--

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <p>Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/></p> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <p>G= <input type="checkbox"/> P= <input type="checkbox"/> C= <input type="checkbox"/> A= <input type="checkbox"/></p> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo que usa?</p> <p>Condón <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Orales <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/></p>	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	---

10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <p>Medicamentos <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Apoyo social/familiar <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <p>Comer <input type="checkbox"/> Beber <input type="checkbox"/> Leer <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Fumar <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Especifique <input type="checkbox"/></p> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
---	--

11.- VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión que profesa</p> <p>Católico <input checked="" type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Ateo <input type="checkbox"/></p> <p>Cristiano <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/></p> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <p>La vida es el regalo más maravilloso que le puede pasar a alguien.</p>
---	---

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: ____X____.W

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Sánchez Sandoval Uriel.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: AEG

Edad: Sexo: M F Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: X Tabaquismo: X Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Masculino de 71 años, con antecedentes personales patológicos de Diabetes mellitus tipo 2 con 30 años de evolución, neuropatía diabética moderada, presentando glicemia capilar de 167 mg/dl, IMC 28.4 (Obesidad grado I), con problemas para consiliar adecuadamente el sueño, así como periodos de ansiedad, miedo inexplicable y desesperanza relacionado a problemas intrafamiliares.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- Hiperglicemia (167 mg/dl)
- Neuropatía diabética moderada
 - Claudicación intermitente
- IMC 28.4 (Obesidad grado I)
- Insomnio
- Ansiedad
- Miedo inexplicable
- Desesperanza
- Alteraciones de la memoria

Dominio: 4 Clase: 4					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Perfusión tisular periférica ineficaz Factores relacionados (causas) E Glicemia capilar mayor a 180mg/dL Características definitorias (signos y síntomas) Claudicación Alteración de la función motora Parestesia Hiperalgnesia Hormigueo	Perfusión tisular: Periférica	<ul style="list-style-type: none"> Dolor localizado en extremidades Hormigueo Calambres musculares 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 9 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 12	
	(2400) Función sensitiva: táctil	<ul style="list-style-type: none"> Discriminación de dos puntos Discriminación de la vibración Parestesia Perdida de la sensibilidad 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 12 Aumentar a: 16 Resultado obtenido: 12	
	Nivel de Glicemia	<ul style="list-style-type: none"> Concentración sanguínea de glucosa 	Desviación GRAVE del rango normal hasta SIN desviación del rango normal	Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Resultado obtenido: 5	

INTERVENCIONES (NIC): (5603) Enseñanza: Cuidado de los pies
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edemas en los pies. Inspeccionar los zapatos del paciente para ver si calzan correctamente. Poner los pies en remojo, si es necesario. Secar cuidadosamente los espacios interdigitales. Aplicar loción. Limpia las uñas. Aplicar polvos absorbentes, si está indicado. Comentar con el paciente la rutina habitual de cuidado de los pies. Instruir al paciente / familia en la importancia del cuidado de los pies. Ofrecer una inducción positiva respecto de las actividades de cuidados de los pies por sí mismo. Observar el paso del paciente y la distribución de peso sobre los pies. Controlar la limpieza y estado general de los zapatos y calcetines. Enseñar al paciente a que inspeccione el interior de los zapatos por si hay zonas ásperas. Comprobar el nivel de hidratación de los pies. Observar si hay edema en piernas y pies. Instruir al paciente acerca de la importancia de la inspección, especialmente cuando disminuya la sensibilidad. Cortar las uñas de los pies de grosor normal cuando estén blandas, con un cortaúñas y utilizando la curva del dedo como guía. Remitir al podólogo para el corte de las uñas gruesas.

INTERVENCIÓN (NIC): (5614) Enseñanza: dieta prescrita
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado. Remitir al paciente a un dietista / experto en nutrición. Explicar el propósito de la dieta. Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible. Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. Informar al paciente de las posibles interacciones de fármacos / comida. Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita. Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente. Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas. Proporcionar un plan escrito de comidas. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. Incluir a la familia / ser querido.

INTERVENCIONES (NIC): (5616) Enseñanza: Medicamento prescrito
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. • Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento. • Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. • Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa). • Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis. • Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. • Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas). • Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento. • Enseñar al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios. • Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios. • Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede. • Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos. • Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración. • Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad. • Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

INTERVENCIONES (NIC): (2120) Manejo de la hiperglucemia
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado. • Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas. • Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina. • Comprobar los niveles de gases en sangre arterial, electrolitos y betahidroxibutirato, según disponibilidad. • Vigilar presión sanguínea ortostática y pulso, si está indicado. • Administrar insulina según prescripción. • Potenciar la ingesta oral de líquidos. • Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.. • Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. • Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia. • Fomentar el control de los niveles de glucosa en sangre. • Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios

Dominio: 2	Clase: 1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Etiqueta (problema) p Deterioro de la memoria	
Factores relacionados (causas) E Deterioro cognitivo por envejecimiento	
Características definitorias (signos y síntomas) Expresa experiencia de olvidos Incapacidad para aprender nueva información incapacidad para recordar acontecimientos	

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(0908) Deterioro de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda información inmediata de manera precisa • Recuerda información reciente de forma precisa • Recuerda información remota de forma precisa 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 3 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 12

INTERVENCIONES (NIC): (4760) Entrenamiento de la memoria	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> Comentar con el paciente cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado. Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. Recordar experiencias pasadas con el paciente Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información. Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje y el recuerdo de la información verbal o gráfica presentada. Proporcionar entrenamiento de orientación, como el que el paciente repase información y fechas personales. Proporcionar oportunidades para la concentración, como juegos de mesa. Facilitar oportunidad de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes. 	

Dominio: 2	Clase: 1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Etiqueta (problema) p Aflicción crónica	
Factores relacionados (causas) E Problemas familiares	
Características definitorias (signos y síntomas) Expresa sentimientos de tristeza, desesperanza, depresión y temor	

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(1208) Nivel de Depresión	<ul style="list-style-type: none"> Estado de ánimo deprimido Tristeza Enfado 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 9 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 12
(1201) Esperanza	<ul style="list-style-type: none"> Expresión de una orientación futura positiva Expresión de significado de la vida 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Mantener a: 6 Aumentar a: 9 Resultado obtenido: 9
(1210) Nivel de miedo	<ul style="list-style-type: none"> Temor verbalizado Abandono 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 6 Aumentar a: 8 Resultado obtenido: 10

INTERVENCIONES (NIC): (5330) Control del estado de ánimo	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el humor (signos, síntomas, historia personal inicialmente), sobre un patrón estándar regular. Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás. Remitir al paciente para la evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que pueda contribuir a un humor alterado (alteraciones tiroideas, alteraciones psiquiátricas, etc.). Comprobar la capacidad para el autocuidado (higiene, alimentación, evacuación, etc.). Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal, hidratación, etc.). Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de vigilia / sueño (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína y medicamentos sedantes). Proporcionar oportunidades de actividad física (caminar, montar en bicicleta estática, etc.). Proporcionar o remitir a psicoterapia (conductismo cognitivo, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente. Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o dar oportunidad al paciente para hablar acerca de sus sentimientos. Ayudar al paciente a controlar conscientemente el humor (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar diario). Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes en el humor disfuncional. Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del humor disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales y problemas físicos). Proporcionar actividades sociales y/o entrenamiento en asertividad, según sea necesario. Proporcionar retroalimentación al paciente de acuerdo con la convivencia de sus conductas sociales. Proporcionar guía sobre el desarrollo y mantenimiento de sistemas de apoyo (familia, amigos, recursos espirituales, grupos de apoyo y asesoramiento, etc.). 	

INTERVENCIONES (NIC): (5270) Apoyo Emocional

ACTIVIDADES

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Remitir a servicios de asesoramiento.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: JJV			Fecha de nacimiento: 30 Julio 1973
Edad: 63 años	Sexo: Femenino	Domicilio: Calle Jazmín 218 Colonia las Flores	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 26 Agosto 2016			Folio: 03

Motivo de consulta: Realización de Historia clínica Diagnostico presuntivo: Diabetes Mellitus	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">T° 36.2 °C</td> <td style="text-align: center;">F.C 68 lpm</td> <td style="text-align: center;">F.R 15 rpm</td> <td style="text-align: center;">T.A 130/80 mm/hG</td> <td style="text-align: center;">G.C. 136 mg/dl</td> </tr> </table>	T° 36.2 °C	F.C 68 lpm	F.R 15 rpm	T.A 130/80 mm/hG	G.C. 136 mg/dl
T° 36.2 °C	F.C 68 lpm	F.R 15 rpm	T.A 130/80 mm/hG	G.C. 136 mg/dl		

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diabetes</td> <td style="text-align: center;">HTA</td> <td style="text-align: center;">Artritis</td> <td style="text-align: center;">Cáncer</td> <td style="text-align: center;">Epilepsia</td> <td style="text-align: center;">I. Cardiaca</td> <td style="text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diabetes</td> <td style="text-align: center;">HTA</td> <td style="text-align: center;">Artritis</td> <td style="text-align: center;">Cáncer</td> <td style="text-align: center;">Epilepsia</td> <td style="text-align: center;">I. Cardiaca</td> <td style="text-align: center;">Otro Artritis Reumatoide</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Vacunación completa</td> <td style="text-align: center;">Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro Artritis Reumatoide	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td>Medicamentos: Negado</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negado</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negado	Alimentos: Negado	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro Artritis Reumatoide														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negado																				
Alimentos: Negado																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Bueno</td> <td style="text-align: center;">Regular</td> <td style="text-align: center;">Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Una vez</td> <td style="text-align: center;">Dos veces</td> <td style="text-align: center;">Tres veces</td> <td style="text-align: center;">Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diario</td> <td style="text-align: center;">Cada tercer día</td> <td style="text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Siempre</td> <td style="text-align: center;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diario</td> <td style="text-align: center;">Una vez por semana</td> <td style="text-align: center;">Ocasional</td> <td style="text-align: center;">Especifique</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <p>Especifique: _____</p> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diario</td> <td style="text-align: center;">Una vez por semana</td> <td style="text-align: center;">Ocasional</td> <td style="text-align: center;">Especifique</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <p>Especifique: _____</p>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	<p>1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Cuando está enfermo</td> <td style="text-align: center;">Una vez al mes</td> <td style="text-align: center;">Una vez al año</td> <td style="text-align: center;">otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Cuando lo requiere</td> <td style="text-align: center;">Una vez al mes</td> <td style="text-align: center;">Una vez al año</td> <td style="text-align: center;">otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué? Prefiere mejorar.</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué? Puede empeorar la Salud.</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué? Prefiere mejorar.	Si	No	¿Por qué? Puede empeorar la Salud.	Si	No	¿Por qué?	Si	No	¿Por qué?	Si	No	¿Por qué?
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué? Prefiere mejorar.																																																	
Si	No	¿Por qué? Puede empeorar la Salud.																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

<p>2.1 Talla y peso</p> <p>1.53 Mts 93 Kg</p> <p>2.2 ¿Número de comidas al día?</p> <p><2 3 Especifique</p> <p>2.3 ¿En qué lugar come?</p> <p>Casa Trabajo Escuela Otro</p> <p>2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?</p> <p>Si No ¿Cuál?</p> <p>2.5 ¿Qué alimentos le gustan?</p> <p>Frutas Verduras Carne Leguminosas Otro</p> <p>2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?</p> <p>Frutas Verduras Carnes Leguminosas Otro</p> <p>2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3 días >3 días</p> <p>2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3 días >3 días</p> <p>2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3 días >3 días</p> <p>2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3 días >3 días</p> <p>2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad</p> <table border="1"> <tr> <td>Agua natural</td> <td>Agua azucarada</td> <td>Refresco</td> </tr> <tr> <td><1lt. >1lt. </td> <td><1lt. >1lt. </td> <td><1lt. >1lt. No</td> </tr> </table>	Agua natural	Agua azucarada	Refresco	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt. No	<p>2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?</p> <p>Si No Frecuencia</p> <p>2.12 ¿Cómo considera su apetito?</p> <p>Normal Aumentado Disminuido</p> <p>2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?</p> <p>Ninguno Aumentado ___ kg Disminuido 3 kg</p> <p>2.14 ¿Usa prótesis dentales?</p> <p>Si No</p> <p>2.15 La piel es:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color:</td> <td>Rosada</td> <td>Pálida</td> <td>Ictérica</td> <td>Cianótica</td> </tr> <tr> <td>Turgencia</td> <td>Humectada</td> <td>Deshidratada</td> <td>frágil</td> <td>Firme</td> </tr> <tr> <td>Temp:</td> <td>Normo térmica</td> <td>Fría</td> <td>Caliente</td> <td></td> </tr> </table> <p>2.16 Las uñas son:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Rosadas</td> <td>Amarillentas</td> </tr> <tr> <td>Forma</td> <td>Cóncava</td> <td>Convexa</td> </tr> <tr> <td>Textura</td> <td>Dura</td> <td>Quebradiza</td> </tr> </table> <p>2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?</p> <p>Si No</p>	Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica	Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme	Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente		Color	Rosadas	Amarillentas	Forma	Cóncava	Convexa	Textura	Dura	Quebradiza
Agua natural	Agua azucarada	Refresco																													
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt. No																													
Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica																											
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme																											
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente																												
Color	Rosadas	Amarillentas																													
Forma	Cóncava	Convexa																													
Textura	Dura	Quebradiza																													

3.- ELIMINACIÓN

<p>3.1 Número de micciones al día</p> <p>6</p> <p>3.2. Características de la micción</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Amarillo claro</td> <td>Amarillo fuerte</td> <td>Incoloro</td> </tr> <tr> <td>Olor</td> <td>Característico</td> <td>Fuerte</td> <td>Inoloro</td> </tr> </table> <p>3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.4 Tiene dolor al miccionar:</p> <p>Si No</p> <p>3.5 Número de deposiciones al día:</p> <p>1 2-3 >3</p>	Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro	Olor	Característico	Fuerte	Inoloro	<p>3.6 Características de la deposición</p> <table border="1"> <tr> <td>Tipo:</td> <td>Formada</td> <td>Líquida</td> <td>Dura</td> <td>Blanda</td> </tr> <tr> <td>Coloración:</td> <td>Café</td> <td>Verdosa</td> <td>Negra</td> <td>Blanca</td> </tr> <tr> <td>Presencia de:</td> <td>Sangre</td> <td>Parásitos</td> <td>Moco</td> <td>Gases</td> </tr> </table> <p>3.7 ¿Presenta estreñimiento?</p> <p>Si No</p> <p>3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?</p> <p>Si No</p> <p>3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?</p> <p>Si No</p> <p>3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?</p> <p>Si No</p>	Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda	Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca	Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases
Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro																					
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro																					
Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda																				
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca																				
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases																				

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Buena</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Regular</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Mala</td> </tr> </table> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Caminata</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Bast3n</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Muletas</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Silla de ruedas</td> </tr> </table>	Buena	Regular	Mala	Sí	Caminata	No	Bast3n	Muletas	Silla de ruedas	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Bañarse</td> <td style="width: 25%;">Comer</td> <td style="width: 25%;">Caminar</td> <td style="width: 25%;">Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">130/80 mm/hG</td> <td style="width: 40%;">15 rpm</td> </tr> </table>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar	130/80 mm/hG	15 rpm
Buena	Regular	Mala																						
Sí	Caminata	No																						
Bast3n	Muletas	Silla de ruedas																						
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama																					
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio																					
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar																					
130/80 mm/hG	15 rpm																							

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">9:00 PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">11:00 PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">8hr</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">6hr</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	9:00 PM	11:00 PM	Otro	8hr	6hr	Otro	Sí	No	Sí	No	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No
9:00 PM	11:00 PM	Otro															
8hr	6hr	Otro															
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																

7.-AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.7 ¿Tiene períodos de desesperanza?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														

8.-ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <p>Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/></p> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <p>Solo <input type="checkbox"/> Familia <input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <p>3-4 <input type="checkbox"/> 5-7 <input type="checkbox"/> >8 <input type="checkbox"/></p> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <p>Buena <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/></p> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	--

9.-SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <p>Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Menopausia <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <p>G=12 <input type="checkbox"/> P=12 <input type="checkbox"/> C=<input type="checkbox"/> A=<input type="checkbox"/></p> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <p>Condón <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Orales <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Ninguno <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	--

10.-ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <p>Medicamentos <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Apoyo social/familiar <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <p>Comer <input type="checkbox"/> Beber <input type="checkbox"/> Leer <input type="checkbox"/></p> <p>Fumar <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Especifique: Hogar <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	--

11.-VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión qué profesa</p> <p>Católico <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Ateo <input type="checkbox"/></p> <p>Cristiano <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/></p> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <p>La enfermedad es larga y hace sufrir a las personas, la muerte es la felicidad porque descansa el cuerpo</p>
---	---

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Ortega Pérez Elisa Yaotzihuatl.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: JJV

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presento alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 63 años de edad, con antecedentes personales patológicos de Diabetes mellitus de 17 años de evolución, con glicemia capilar de 136 mg/dl, IMC 39.7 (Obesidad mórbida), con los siguientes antecedentes ginecobstétricos: 12 gestas, 12 partos, utiliza bastón para la movilización y ambulación.

A la exploración física presenta alteraciones de la agudeza visual y de la memoria a corto plazo, refiere problemas intrafamiliares, así como no sentirse feliz con las actividades que realiza.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- Alteraciones de la movilidad
- IMC 39.7 (Obesidad mórbida)
- Hiperglicemia (136 mg/dl)
- Alteraciones de la agudeza visual
- Alteraciones de la memoria de corto plazo

Dominio: 4 Clase: 2					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Deterioro de la ambulación</p> <p>Factores relacionados (causas) E Obesidad Mórbida</p> <p>Características definatorias (signos y síntomas) Deterioro de la habilidad para caminar distancias requeridas y subir rampas o escaleras.</p>		(0200) Ambular	<ul style="list-style-type: none"> • Soporta el peso. • Camina con marcha eficaz. • Sube escaleras • Baja escaleras. • Camina alrededor de obstáculos. 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido.	Mantener a: 5 Aumentar a: 15 Resultado obtenido: 15

INTERVENCIONES (NIC): (6480) Manejo ambiental
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente seguro par el paciente. • Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta. • Acompañar al paciente en las actividades realizadas fuera de la sala, si procede. • Permitir que la familia / ser querido se queden con el paciente. • Educar al paciente y a la familia acerca de los cambios y precauciones, de forma que no interrumpan inadvertidamente el ambiente planificado.

INTERVENCIÓN (NIC): (0221) Terapia de Ejercicios: Ambulación
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. • Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno. • Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente. • Instruir a cerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde. • Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. • Ayudar al paciente en el traslado cuando sea necesario. • Aplicar / proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) par la deambulación si el paciente no camina bien. • Ayudar al paciente en la deambulación iniciar, si es necesario. • Instruir al paciente / cuidador acerca de las técnicas de traslado ambulación seguras. • Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar. • Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal. • Ayudara al paciente a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulación. • Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de la seguridad.

INTERVENCIONES (NIC): (5614) Enseñanza: dieta prescrita
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. • Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado. • Remitir al paciente a un dietista / experto en nutrición. • Explicar el propósito de la dieta. • Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible. • Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. • Informar al paciente de las posibles interacciones de fármacos / comida. • Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. • Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita. • Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. • Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente. • Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas. • Proporcionar un plan escrito de comidas. • Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. • Incluir a la familia / ser querido.

INTERVENCIONES (NIC): (2120) Manejo de la hiperglucemia
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado. • Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas. • Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina. • Comprobar los niveles de gases en sangre arterial, electrolitos y betahidroxibutirato, según disponibilidad. • Vigilar presión sanguínea ortostática y pulso, si está indicado. • Administrar insulina según prescripción. • Potenciar la ingesta oral de líquidos. • Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.. • Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. • Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia. • Fomentar el control de los niveles de glucosa en sangre. • Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios

Dominio: 2	Clase: 1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
<p>Etiqueta (problema) p Deterioro de la memoria</p> <p>Factores relacionados (causas) E Deterioro cognitivo por envejecimiento</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) Expresa experiencia de olvidos Incapacidad para aprender nueva información incapacidad para recordar acontecimientos</p>	

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(0908) Deterioro de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda información inmediata de manera precisa • Recuerda información reciente de forma precisa • Recuerda información remota de forma precisa 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 4 Aumentar a: 11 Resultado obtenido: 13

INTERVENCIONES (NIC): (4760) Entrenamiento de la memoria

ACTIVIDADES

- Comentar con el paciente cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado.
- Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente.
- Recordar experiencias pasadas con el paciente
- Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información.
- Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje y el recuerdo de la información verbal o gráfica presentada.
- Proporcionar entrenamiento de orientación, como el que el paciente repase información y fechas personales.
- Proporcionar oportunidades para la concentración, como juegos de mesa.
- Facilitar oportunidad de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre: MMV	Fecha de nacimiento: 28 Diciembre de 1945
Edad: 70 años	Sexo: Femenino
Domicilio: Bugambilia 140 Colonia las Flores	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 24 de Agosto del 2016	Folio: 04

Motivo de consulta: Realización de Historia clínica Diagnostico presuntivo: Diabetes Mellitus	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">T° 36 °C</td> <td style="width: 15%;">F.C 74 lpm</td> <td style="width: 15%;">F.R 14 rpm</td> <td style="width: 15%;">T.A 120/70 mm/hG</td> <td style="width: 15%;">G.C. 136 mg/dl</td> </tr> </table>	T° 36 °C	F.C 74 lpm	F.R 14 rpm	T.A 120/70 mm/hG	G.C. 136 mg/dl
T° 36 °C	F.C 74 lpm	F.R 14 rpm	T.A 120/70 mm/hG	G.C. 136 mg/dl		

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">Diabetes</td> <td style="width: 12.5%;">HTA</td> <td style="width: 12.5%;">Artritis</td> <td style="width: 12.5%;">Cáncer</td> <td style="width: 12.5%;">Epilepsia</td> <td style="width: 12.5%;">I. Cardiaca</td> <td style="width: 12.5%;">Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">Diabetes</td> <td style="width: 12.5%;">HTA</td> <td style="width: 12.5%;">Artritis</td> <td style="width: 12.5%;">Cáncer</td> <td style="width: 12.5%;">Epilepsia</td> <td style="width: 12.5%;">I. Cardiaca</td> <td style="width: 12.5%;">Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">Vacunación completa</td> <td style="width: 50%;">Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negado</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negado</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negado	Alimentos: Negado	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negado																				
Alimentos: Negado																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Bueno</td> <td style="width: 33%;">Regular</td> <td style="width: 33%;">Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Una vez</td> <td style="width: 25%;">Dos veces</td> <td style="width: 25%;">Tres veces</td> <td style="width: 25%;">Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Diario</td> <td style="width: 33%;">Cada tercer día</td> <td style="width: 33%;">Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Siempre</td> <td style="width: 33%;">Nunca</td> <td style="width: 33%;">A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">Si</td> <td style="width: 50%;">No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Diario</td> <td style="width: 25%;">Una vez por semana</td> <td style="width: 25%;">Ocasional</td> <td style="width: 25%;">Especifique</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <p>Especifique: _____</p> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">Si</td> <td style="width: 50%;">No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Diario</td> <td style="width: 25%;">Una vez por semana</td> <td style="width: 25%;">Ocasional</td> <td style="width: 25%;">Especifique</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <p>Especifique: _____</p>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	<p>1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">Si</td> <td style="width: 50%;">No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Cuando está enfermo</td> <td style="width: 33%;">Una vez al mes</td> <td style="width: 33%;">Una vez al año</td> <td style="width: 33%;">otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Cuando lo requiere</td> <td style="width: 33%;">Una vez al mes</td> <td style="width: 33%;">Una vez al año</td> <td style="width: 33%;">otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Si</td> <td style="width: 25%;">No</td> <td style="width: 50%;">¿Por qué? Reincidencia.</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Si</td> <td style="width: 25%;">No</td> <td style="width: 50%;">¿Por qué? Ignorancia de los Medicamentos.</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Si</td> <td style="width: 25%;">No</td> <td style="width: 50%;">¿Por qué? Descuido</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Si</td> <td style="width: 25%;">No</td> <td style="width: 50%;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Si</td> <td style="width: 25%;">No</td> <td style="width: 50%;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué? Reincidencia.	Si	No	¿Por qué? Ignorancia de los Medicamentos.	Si	No	¿Por qué? Descuido	Si	No	¿Por qué?	Si	No	¿Por qué?
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué? Reincidencia.																																																	
Si	No	¿Por qué? Ignorancia de los Medicamentos.																																																	
Si	No	¿Por qué? Descuido																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

<p>2.1 Talla y peso</p> <p>1.50 Mts 70 Kg</p> <p>2.2 ¿Número de comidas al día?</p> <p><2 3 Especifique 5</p> <p>2.3 ¿En qué lugar come?</p> <p>Casa Trabajo Escuela Otro</p> <p>2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?</p> <p>Si No ¿Cuál?</p> <p>2.5 ¿Qué alimentos le gustan?</p> <p>Frutas Verduras Carne Leguminosas Otro</p> <p>2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?</p> <p>Frutas Verduras Carnes Leguminosas Otro</p> <p>2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3 días >3 días</p> <p>2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3 días >3 días</p> <p>2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3 días >3 días</p> <p>2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad</p> <table border="1"> <tr> <td>Agua natural</td> <td>Agua azucarada</td> <td>Refresco</td> </tr> <tr> <td><1lt. >1lt. </td> <td><1lt. >1lt. </td> <td><1lt. >1lt No</td> </tr> </table>	Agua natural	Agua azucarada	Refresco	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No	<p>2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?</p> <p>Si No Frecuencia</p> <p>2.12 ¿Cómo considera su apetito?</p> <p>Normal Aumentado Disminuido</p> <p>2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?</p> <p>Ninguno Aumentado ___ kg Disminuido ___ kg</p> <p>2.14 ¿Usa prótesis dentales?</p> <p>Si No</p> <p>2.15 La piel es:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color:</td> <td>Rosada</td> <td>Pálida</td> <td>Ictérica</td> <td>Cianótica</td> </tr> <tr> <td>Turgencia</td> <td>Humectada</td> <td>Deshidratada</td> <td>frágil</td> <td>Firme</td> </tr> <tr> <td>Temp:</td> <td>Normo térmica</td> <td>Fría</td> <td>Caliente</td> <td></td> </tr> </table> <p>2.16 Las uñas son:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Rosadas</td> <td>Amarillentas</td> </tr> <tr> <td>Forma</td> <td>Cóncava</td> <td>Convexa</td> </tr> <tr> <td>Textura</td> <td>Dura</td> <td>Quebradiza</td> </tr> </table> <p>2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?</p> <p>Si No</p>	Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica	Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme	Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente		Color	Rosadas	Amarillentas	Forma	Cóncava	Convexa	Textura	Dura	Quebradiza
Agua natural	Agua azucarada	Refresco																													
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No																													
Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica																											
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme																											
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente																												
Color	Rosadas	Amarillentas																													
Forma	Cóncava	Convexa																													
Textura	Dura	Quebradiza																													

3.- ELIMINACIÓN

<p>3.1 Número de micciones al día</p> <p>6</p> <p>3.2. Características de la micción</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Amarillo claro</td> <td>Amarillo fuerte</td> <td>Incoloro</td> </tr> <tr> <td>Olor</td> <td>Característico</td> <td>Fuerte</td> <td>Inoloro</td> </tr> </table> <p>3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.4 Tiene dolor al miccionar:</p> <p>Si No</p> <p>3.5 Número de deposiciones al día:</p> <p>1 2-3 >3</p>	Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro	Olor	Característico	Fuerte	Inoloro	<p>3.6 Características de la deposición</p> <table border="1"> <tr> <td>Tipo:</td> <td>Formada</td> <td>Líquida</td> <td>Dura</td> <td>Blanda</td> </tr> <tr> <td>Coloración:</td> <td>Café</td> <td>Verdosa</td> <td>Negra</td> <td>Blanca</td> </tr> <tr> <td>Presencia de:</td> <td>Sangre</td> <td>Parásitos</td> <td>Moco</td> <td>Gases</td> </tr> </table> <p>3.7 ¿Presenta estreñimiento?</p> <p>Si No</p> <p>3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?</p> <p>Si No</p> <p>3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?</p> <p>Si No</p> <p>3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?</p> <p>Si No</p>	Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda	Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca	Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases
Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro																					
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro																					
Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda																				
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca																				
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases																				

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Buena</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Regular</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Mala</td> </tr> </table> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Caminata</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Bast3n</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Muletas</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Silla de ruedas</td> </tr> </table>	Buena	Regular	Mala	Sí	Caminata	No	Bast3n	Muletas	Silla de ruedas	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Bañarse</td> <td style="width: 25%;">Comer</td> <td style="width: 25%;">Caminar</td> <td style="width: 25%;">Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">120/70 mm/hG</td> <td style="width: 40%;">14 rpm</td> </tr> </table>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar	120/70 mm/hG	14 rpm
Buena	Regular	Mala																						
Sí	Caminata	No																						
Bast3n	Muletas	Silla de ruedas																						
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama																					
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio																					
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar																					
120/70 mm/hG	14 rpm																							

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">10:00 PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">11:00 PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">6hr</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">8hr</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	10:00 PM	11:00 PM	Otro	6hr	8hr	Otro	Sí	No	Sí	No	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No
10:00 PM	11:00 PM	Otro															
6hr	8hr	Otro															
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																

7.- AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														

8.- ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <p>Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/></p> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <p>Solo <input type="checkbox"/> Familia <input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <p>3-4 <input type="checkbox"/> 5-7 <input checked="" type="checkbox"/> >8 <input type="checkbox"/></p> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <p>Buena <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/></p> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	--

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <p>Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/></p> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <p>G=5 <input type="checkbox"/> P=3 <input type="checkbox"/> C=<input type="checkbox"/> A=2 <input type="checkbox"/></p> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <p>Condón <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Orales <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Ninguno <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
---	---

10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <p>Medicamentos <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Apoyo social/familiar <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1"> <tr> <td>Comer</td> <td>Beber</td> <td>Leer <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique: <input type="text"/></td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	Comer	Beber	Leer <input checked="" type="checkbox"/>	Fumar	Drogas	Especifique: <input type="text"/>
Comer	Beber	Leer <input checked="" type="checkbox"/>					
Fumar	Drogas	Especifique: <input type="text"/>					

11.- VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión qué profesa</p> <table border="1"> <tr> <td>Católico <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Protestante <input type="checkbox"/></td> <td>Ateo <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cristiano <input type="checkbox"/></td> <td>Judío <input type="checkbox"/></td> <td>Otra <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	Católico <input checked="" type="checkbox"/>	Protestante <input type="checkbox"/>	Ateo <input type="checkbox"/>	Cristiano <input type="checkbox"/>	Judío <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <p>La enfermedad te lleva a la muerte. <input checked="" type="checkbox"/></p>
Católico <input checked="" type="checkbox"/>	Protestante <input type="checkbox"/>	Ateo <input type="checkbox"/>					
Cristiano <input type="checkbox"/>	Judío <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>					

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: Sánchez Sandoval Uriel.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: MMV

Edad: Sexo: M F Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 70 años de edad, con antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus de 30 años de evolución, glicemia capilar de 136 mg/dl, IMC 31.1 (Obesidad grado I), refiere problemas para contener la orina, así como su energía durante el día regular, con problemas para conciliar adecuadamente el sueño.

A la exploración física se encuentran alteraciones de la agudeza visual, auditiva y de la memoria a corto plazo, episodios continuos de enfado y enojo.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- Hiperglicemia 136mg/dL
- IMC 31.1 (Obesidad grado I)
- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Se siente cansada durante el día .
- Insomnio.
- Alteraciones sensoriales de la gudeza visual y auditiva.
- Alteraciones de la memoria a corto plazo.
- Episodios de enojo.

Domino: 2	Clase: 1				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Riesgo de síndrome de desequilibrio metabólico.		(2300) Nivel de glucemia	<ul style="list-style-type: none"> Concentración sanguínea de glucosa 	Desviación GRAVE del rango normal hasta SIN desviación del rango normal.	Mantener a: 2 Aumentar a: 4 Resultado obtenido: 2
Factores relacionados (causas) E Hiperglicemia		(1619) Autocontrol: diabetes	<ul style="list-style-type: none"> Realiza prácticas preventivas de cuidado de los pies. Realiza el régimen de tratamiento según lo prescrito 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado.	Mantener a: 3 Aumentar a: 7 Resultado obtenido: 6

INTERVENCIONES (NIC): (5603) Enseñanza: Cuidado de los pies
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edemas en los pies. Inspeccionar los zapatos del paciente para ver si calzan correctamente. Poner los pies en remojo, si es necesario. Secar cuidadosamente los espacios interdigitales. Aplicar loción. Limpieza de las uñas. Aplicar polvos absorbentes, si está indicado. Comentar con el paciente la rutina habitual de cuidado de los pies. Instruir al paciente / familia en la importancia del cuidado de los pies. Ofrecer una inducción positiva respecto de las actividades de cuidados de los pies por sí mismo. Observar el paso del paciente y la distribución de peso sobre los pies. Controlar la limpieza y estado general de los zapatos y calcetines. Enseñar al paciente a que inspeccione el interior de los zapatos por si hay zonas ásperas. Comprobar el nivel de hidratación de los pies. Observar si hay edema en piernas y pies. Instruir al paciente acerca de la importancia de la inspección, especialmente cuando disminuya la sensibilidad. Cortar las uñas de los pies de grosor normal cuando estén blandas, con un cortaúñas y utilizando la curva del dedo como guía. Remitir al podólogo para el corte de las uñas gruesas.

INTERVENCIÓN (NIC): (5614) Enseñanza: dieta prescrita
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado. Remitir al paciente a un dietista / experto en nutrición. Explicar el propósito de la dieta. Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible. Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. Informar al paciente de las posibles interacciones de fármacos / comida. Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita. Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente. Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas. Proporcionar un plan escrito de comidas. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. Incluir a la familia / ser querido.

INTERVENCIONES (NIC): (5616) Enseñanza: Medicamento prescrito

ACTIVIDADES

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa).
- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas).
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.
- Enseñar al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios.
- Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede.
- Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.
- Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración.
- Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

INTERVENCIONES (NIC): (2120) Manejo de la hiperglucemia

ACTIVIDADES

- Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.
- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas.
- Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina.
- Comprobar los niveles de gases en sangre arterial, electrolitos y betahidroxibutirato, según disponibilidad.
- Vigilar presión sanguínea ortostática y pulso, si está indicado.
- Administrar insulina según prescripción.
- Potenciar la ingesta oral de líquidos.
- Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia..
- Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.
- Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.
- Fomentar el control de los niveles de glucosa en sangre.
- Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios

Dominio: 3	Clase: 1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Etiqueta (problema) p Incontinencia urinaria de esfuerzo	
Factores relacionados (causas) E Debilitamiento de los músculos del suelo pélvico	
Características definitorias (signos y síntomas)	

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(0502) Continencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce la urgencia miccional • Micción mayor a 150 ml cada vez • Perdidas de orina entre micciones • Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina • Perdida de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, reír, levantar peso). 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Mantener a: 7 Aumentar a: 18 Resultado obtenido: 18

INTERVENCIONES (NIC): (560) Ejercicios del suelo pélvico	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de evacuar. • Enseñar al paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal. • Enseñar al paciente a evitar contraer los músculos abdominales, muslos glúteos, los que participan en la respiración o estirarse durante la realización de los ejercicios. • Asegurarse de que el paciente puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseado y el esfuerzo de contención no deseado. • Enseñar a la paciente femenina a identificar los músculos elevador del ano y urogenital colocando un dedo en la vagina y procediendo a apretar. • Enseñar al paciente a realizar ejercicios de contracción muscular, entre 30 y 50 cada día, manteniendo la contracción durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo diez segundos entre cada contracción. • Enseñar al paciente a detener y reiniciar el flujo de orina. • Explicar al paciente que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6 – 12 semanas. • Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos. • Enseñar al paciente a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina no más de una vez por semana. • Proporcionar retroalimentación o estimulación eléctrica en pacientes, cuando la asistencia esté indicada, para identificar los músculos correctos para contraer y / o escoger la fuerza deseada de la contracción del músculo. • Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas. • Comentar el registro diario de continencia con el paciente para proporcionar seguridad. 	

Dominio: 2		Clase: 1			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Deterioro de la memoria</p> <p>Factores relacionados (causas) E Deterioro cognitivo por envejecimiento</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) Expresa experiencia de olvidos Incapacidad para aprender nueva información incapacidad para recordar acontecimientos</p>		(0908) Deterioro de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda información inmediata de manera precisa • Recuerda información reciente de forma precisa • Recuerda información remota de forma precisa 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 4 Aumentar a: 11 Resultado obtenido: 13

INTERVENCIONES (NIC): (4760) Entrenamiento de la memoria	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el paciente cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado. • Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. • Recordar experiencias pasadas con el paciente • Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información. • Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje y el recuerdo de la información verbal o gráfica presentada. • Proporcionar entrenamiento de orientación, como el que el paciente repase información y fechas personales. • Proporcionar oportunidades para la concentración, como juegos de mesa. • Facilitar oportunidad de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes. 	

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre: MLAC	Fecha de nacimiento: 26 de Enero de 1964
Edad: 52 años	Sexo: Femenino
Domicilio: 1ra Avenida 156.	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 24 de Agosto del 2016	Folio: 05

Motivo de consulta: Realización de Historia clínica Diagnostico presuntivo: Diabetes Mellitus	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">T°</td> <td style="width: 20%;">F.C</td> <td style="width: 20%;">F.R</td> <td style="width: 20%;">T.A</td> <td style="width: 20%;">G.C.</td> </tr> <tr> <td>36.6 °C</td> <td>76 lpm</td> <td>18 rpm</td> <td>120/70 mm/hG</td> <td>126 mg/dl</td> </tr> </table>	T°	F.C	F.R	T.A	G.C.	36.6 °C	76 lpm	18 rpm	120/70 mm/hG	126 mg/dl
T°	F.C	F.R	T.A	G.C.							
36.6 °C	76 lpm	18 rpm	120/70 mm/hG	126 mg/dl							

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Vacunación completa</td> <td>Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negada	Alimentos: Negada	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negada																				
Alimentos: Negada																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Bueno</td> <td>Regular</td> <td>Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Una vez</td> <td>Dos veces</td> <td>Tres veces</td> <td>Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Cada tercer día</td> <td>Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Siempre</td> <td>Nunca</td> <td>A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique: 2 veces por semana</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Especifique: 1 cigarrillo al día</td> </tr> </table> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique: Reuniones</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Especifique: 3 a 4 copas</td> </tr> </table>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique: 2 veces por semana	Especifique: 1 cigarrillo al día	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique: Reuniones	Especifique: 3 a 4 copas	<p>1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Quando está enfermo</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Quando lo requiere</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué? No hay recaídas</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué? Puedo perjudicar mi salud</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué? Apendicitis</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Quando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Quando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué? No hay recaídas	Si	No	¿Por qué? Puedo perjudicar mi salud	Si	No	¿Por qué?	Si	No	¿Por qué? Apendicitis	Si	No	¿Por qué?
Bueno	Regular	Malo																																																			
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																		
Diario	Cada tercer día	Otro																																																			
Siempre	Nunca	A veces																																																			
Si	No																																																				
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique: 2 veces por semana																																																		
Especifique: 1 cigarrillo al día																																																					
Si	No																																																				
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique: Reuniones																																																		
Especifique: 3 a 4 copas																																																					
Si	No																																																				
Quando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																		
Quando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																		
Si	No	¿Por qué? No hay recaídas																																																			
Si	No	¿Por qué? Puedo perjudicar mi salud																																																			
Si	No	¿Por qué?																																																			
Si	No	¿Por qué? Apendicitis																																																			
Si	No	¿Por qué?																																																			

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

<p>2.1 Talla y peso</p> <p>1.59 Mts 68 Kg</p> <p>2.2 ¿Número de comidas al día?</p> <p><2 3 Especifique</p> <p>2.3 ¿En qué lugar come?</p> <p>Casa Trabajo Escuela Otro</p> <p>2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?</p> <p>Si No ¿Cuál?</p> <p>2.5 ¿Qué alimentos le gustan?</p> <p>Frutas Verduras Carne Leguminosas Otro</p> <p>2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?</p> <p>Frutas Verduras Carnes Leguminosas Otro</p> <p>2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3 días >3 días</p> <p>2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3 días >3 días</p> <p>2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3 días >3 días</p> <p>2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3 días >3 días</p> <p>2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad</p> <table border="1"> <tr> <td>Agua natural</td> <td>Agua azucarada</td> <td>Refresco</td> </tr> <tr> <td><1lt. >1lt. 1lt.</td> <td><1lt. >1lt. </td> <td><1lt. >1lt. No</td> </tr> </table>	Agua natural	Agua azucarada	Refresco	<1lt. >1lt. 1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt. No	<p>2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?</p> <p>Si No Frecuencia: Reuniones</p> <p>2.12 ¿Cómo considera su apetito?</p> <p>Normal Aumentado Disminuido</p> <p>2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?</p> <p>Ninguno Aumentado ___ kg Disminuido ___ kg</p> <p>2.14 ¿Usa prótesis dentales?</p> <p>Si No</p> <p>2.15 La piel es:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color:</td> <td>Rosada</td> <td>Pálida</td> <td>Ictérica</td> <td>Cianótica</td> </tr> <tr> <td>Turgencia</td> <td>Humectada</td> <td>Deshidratada</td> <td>frágil</td> <td>Firme</td> </tr> <tr> <td>Temp:</td> <td>Normo térmica</td> <td>Fría</td> <td>Caliente</td> <td></td> </tr> </table> <p>2.16 Las uñas son:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Rosadas</td> <td>Amarillentas</td> </tr> <tr> <td>Forma</td> <td>Cóncava</td> <td>Convexa</td> </tr> <tr> <td>Textura</td> <td>Dura</td> <td>Quebradiza</td> </tr> </table> <p>2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?</p> <p>Si No</p>	Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica	Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme	Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente		Color	Rosadas	Amarillentas	Forma	Cóncava	Convexa	Textura	Dura	Quebradiza
Agua natural	Agua azucarada	Refresco																													
<1lt. >1lt. 1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt. No																													
Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica																											
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme																											
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente																												
Color	Rosadas	Amarillentas																													
Forma	Cóncava	Convexa																													
Textura	Dura	Quebradiza																													

3.- ELIMINACIÓN

<p>3.1 Número de micciones al día</p> <p>6</p> <p>3.2. Características de la micción</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Amarillo claro</td> <td>Amarillo fuerte</td> <td>Incoloro</td> </tr> <tr> <td>Olor</td> <td>Característico</td> <td>Fuerte</td> <td>Inoloro</td> </tr> </table> <p>3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.4 Tiene dolor al miccionar:</p> <p>Si No</p> <p>3.5 Número de deposiciones al día:</p> <p>1 2-3 >3</p>	Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro	Olor	Característico	Fuerte	Inoloro	<p>3.6 Características de la deposición</p> <table border="1"> <tr> <td>Tipo:</td> <td>Formada</td> <td>Líquida</td> <td>Dura</td> <td>Blanda</td> </tr> <tr> <td>Coloración:</td> <td>Café</td> <td>Verdosa</td> <td>Negra</td> <td>Blanca</td> </tr> <tr> <td>Presencia de:</td> <td>Sangre</td> <td>Parásitos</td> <td>Moco</td> <td>Gases</td> </tr> </table> <p>3.7 ¿Presenta estreñimiento?</p> <p>Si No</p> <p>3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?</p> <p>Si No</p> <p>3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?</p> <p>Si No</p> <p>3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?</p> <p>Si No</p>	Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda	Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca	Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases
Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro																					
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro																					
Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda																				
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca																				
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases																				

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Buena</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Regular</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Mala</td> </tr> </table> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Caminata</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Bast3n</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Muletas</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Silla de ruedas</td> </tr> </table>	Buena	Regular	Mala	Sí	Caminata	No	Bast3n	Muletas	Silla de ruedas	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Bañarse</td> <td style="width: 25%;">Comer</td> <td style="width: 25%;">Caminar</td> <td style="width: 25%;">Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">120/70 mm/hG</td> <td style="width: 40%;">18 rpm</td> </tr> </table>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar	120/70 mm/hG	18 rpm
Buena	Regular	Mala																						
Sí	Caminata	No																						
Bast3n	Muletas	Silla de ruedas																						
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama																					
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio																					
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar																					
120/70 mm/hG	18 rpm																							

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">10:00 PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">11:00 PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">6hr</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">8hr</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	10:00 PM	11:00 PM	Otro	6hr	8hr	Otro	Si	No	Si	No	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en d3nde duerme es el adecuado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Si	No
10:00 PM	11:00 PM	Otro															
6hr	8hr	Otro															
Si	No																
Si	No																
Si	No																
Si	No																
Si	No																

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Si	No																
Si	No																
Si	No																
Si	No																
Si	No																
Si	No																
Si	No																
Si	No																

7.- AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Si	No
Si	No														
Si	No														
Si	No														
Si	No														
Si	No														
Si	No														
Si	No														

8.- ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <p>Estudiante Hogar Trabajador</p> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <p>Solo Familia Cónyuge Amigos Otros</p> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <p>3-4 5-7 >8</p> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <p>Si No</p>	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <p>Si No</p> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <p>Si No</p> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <p>Buena Mala Regular</p> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <p>Si No</p>
--	--

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <p>Regular Irregular Menopausia</p> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <p>Si No</p> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <p>G=5 P=3 C=1 A=1</p> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <p>Si No</p> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <p>Condón DIU Orales Implante Ninguno</p>	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <p>Si No</p> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <p>Si No</p> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <p>Si No</p> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <p>Si No</p> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <p>Si No</p>
--	--

10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <p>Si No</p> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <p>Medicamentos Drogas Alcohol Apoyo social/familiar</p>	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <p>Comer Beber Leer</p> <p>Fumar Drogas Especifique: Caminar</p> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <p>Si No</p>
---	--

11.- VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión qué profesa</p> <p>Católico Protestante Ateo</p> <p>Cristiano Judío Otra</p> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <p>Si No</p>	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <p>Si No</p> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <p>Si No</p> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <p>La enfermedad es por descuido, la muerte nos llega a todos.</p>
--	---

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: Sánchez Sandoval Uriel.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: MLAC

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presento alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenina de 52 años con antecedentes personales patológicos de Diabetes Mellitus con 8 años de Evolución, presencia de neuropatía moderada, glicemia capilar de 126mg/dL, IMC 27.2 (Sobrepeso), con presencia de toxicomanías (tabaquismo y alcoholismo), refiere haber mantenido conductas sexuales de alto riesgo, hace referencia de no conciliar adecuadamente el sueño y su descanso no es reparador.

A la exploración física se encontrarán alteraciones sensoriales (visual y gusto y olfato), presenta pérdida de la memoria de corto plazo, episodios de ansiedad, aburrimiento y enfado, así como problemas intrafamiliares.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- Neuropatía diabética moderada
- IMC 27.2 (Sobrepeso)
- Toxicomanías (tabaquismo y alcoholismo)
- Insomnio
- Conductas sexuales de alto riesgo
- Alteraciones sensoriales (visual, gusto y tacto)
- Episodios de ansiedad, enfado y aburrimiento

Dominio: 4	Clase: 4				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Perfusión tisular periférica ineficaz		Perfusión tisular: Periférica	<ul style="list-style-type: none"> Dolor localizado en extremidades Hormigueo Calambres musculares 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 9 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 12
Factores relacionados (causas) E Glicemia capilar mayor a 180mg/dL		(2400) Función sensitiva: táctil	<ul style="list-style-type: none"> Discriminación de dos puntos Discriminación de la vibración Parestesia Perdida de la sensibilidad 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 12 Aumentar a: 16 Resultado obtenido: 12
Características definitorias (signos y síntomas) Claudicación, ateración de la función motora, parestesia, hiperalgesia, hormigueo		Nivel de Glicemia	<ul style="list-style-type: none"> Concentración sanguínea de glucosa 	Desviación GRAVE del rango normal hasta SIN desviación del rango normal	Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Resultado obtenido: 5

INTERVENCIONES (NIC): (5603) Enseñanza: Cuidado de los pies
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edemas en los pies. Inspeccionar los zapatos del paciente para ver si calzan correctamente. Poner los pies en remojo, si es necesario. Secar cuidadosamente los espacios interdigitales. Aplicar loción. Limpiar las uñas. Aplicar polvos absorbentes, si está indicado. Comentar con el paciente la rutina habitual de cuidado de los pies. Instruir al paciente / familia en la importancia del cuidado de los pies. Ofrecer una inducción positiva respecto de las actividades de cuidados de los pies por sí mismo. Observar el paso del paciente y la distribución de peso sobre los pies. Controlar la limpieza y estado general de los zapatos y calcetines. Enseñar al paciente a que inspeccione el interior de los zapatos por si hay zonas ásperas. Comprobar el nivel de hidratación de los pies. Observar si hay edema en piernas y pies. Instruir al paciente acerca de la importancia de la inspección, especialmente cuando disminuya la sensibilidad. Cortar las uñas de los pies de grosor normal cuando estén blandas, con un cortaúñas y utilizando la curva del dedo como guía. Remitir al podólogo para el corte de las uñas gruesas.

INTERVENCIÓN (NIC): (5614) Enseñanza: dieta prescrita
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado. Remitir al paciente a un dietista / experto en nutrición. Explicar el propósito de la dieta. Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible. Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. Informar al paciente de las posibles interacciones de fármacos / comida. Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita. Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente. Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas. Proporcionar un plan escrito de comidas. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. Incluir a la familia / ser querido.

INTERVENCIONES (NIC): (5616) Enseñanza: Medicamento prescrito

ACTIVIDADES

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa).
- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas).
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.
- Enseñar al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios.
- Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede.
- Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.
- Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración.
- Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

Dominio: 2	Clase: 1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Etiqueta (problema) p Aflición crónica	
Factores relacionados (causas) E Problemas familiares	
Características definitorias (signos y síntomas) Expresa sentimientos de tristeza, desesperanza, depresión y temor.	

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(1208) Nivel de Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo deprimido • Tristeza • Enfado 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 9 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 12
(1201) Esperanza	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión de una orientación futura positiva • Expresión de significado de la vida 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Mantener a: 5 Aumentar a: 9 Resultado obtenido: 9
(1210) Nivel de miedos	<ul style="list-style-type: none"> • Temor verbalizado • Abandono 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 6 Aumentar a: 8 Resultado obtenido: 10

INTERVENCIÓN (NIC): (5270) Apoyo Emocional

ACTIVIDADES

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Remitir a servicios de asesoramiento.

INTERVENCIONES (NIC): (5330) Control del estado de ánimo
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el humor (signos, síntomas, historia personal inicialmente), sobre un patrón estándar regular. • Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás. • Remitir al paciente para la evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que pueda contribuir a un humor alterado (alteraciones tiroideas, alteraciones psiquiátricas, etc.). • Comprobar la capacidad para el autocuidado (higiene, alimentación, evacuación, etc.). • Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal, hidratación, etc.). • Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de vigilia / sueño (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína y medicamentos sedantes). • Proporcionar oportunidades de actividad física (caminar, montar en bicicleta estática, etc.). • Proporcionar o remitir a psicoterapia (conductismo cognitivo, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente. • Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o dar oportunidad al paciente para hablar acerca de sus sentimientos. • Ayudar al paciente a controlar conscientemente el humor (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar diario). • Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes en el humor disfuncional. • Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del humor disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales y problemas físicos). • Proporcionar actividades sociales y/o entrenamiento en asertividad, según sea necesario. • Proporcionar retroalimentación al paciente de acuerdo con la convivencia de sus conductas sociales. • Proporcionar guía sobre el desarrollo y mantenimiento de sistemas de apoyo (familia, amigos, recursos espirituales, grupos de apoyo y asesoramiento, etc.).

Dominio: 4	Clase: 3
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Etiqueta (problema) p Fatiga	
Factores relacionados (causas) E Alteraciones del sueño y vigilia	
Características definitorias (signos y síntomas) Expresa cansancio, falta de energía e incapacidad para mantener las actividades habituales.	

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(0007) Nivel de fatiga	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento • Malestar después del ejercicio. • Rendimiento del estilo de vida 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 8 Aumentar a: 11 Resultado obtenido: 13
(0004) Sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño • Patrón de sueño • Calidad de sueño 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 8 Aumentar a: 13 Resultado obtenido: 11

INTERVENCIONES (NIC): (0180) Manejo de la energía
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente / ser querido. • Determinar las causas de la fatiga (tratamientos, dolor, medicamentos) • Determinar qué y cuánta actividad se necesita para reconstruir la resistencia física. • Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. • Observar al paciente por si aparecen indicios de fatiga física y emocional. • Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras disritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria). • Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante un movimiento / actividad. • Establecer límites a la hiperactividad cuando interfiera con otras personas o con el paciente. • Limitar los estímulos ambientales (luz, ruidos) para facilitar la relajación. • Fomentar el reposo / limitación de actividades (aumentar el número de periodos de descanso). • Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad. • Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales vitales (evitar la actividad inmediatamente después de las comidas). • Utilizar ejercicio de movimientos articulares activos para aliviar la tensión muscular. • Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación. • Fomentar las siestas. • Ayudar al paciente a programar periodos de descanso. • Evitar realizar actividades de cuidados durante los periodos de descanso programados.

INTERVENCIÓN (NIC): (1850) Mejorar el sueño
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el esquema de sueño / vigilia del paciente. • Incluir el ciclo regular de sueño / vigilia del paciente en la planificación de cuidados. • Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor / molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad), que interrumpen el sueño. • Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso. • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama), para favorecer el sueño. • Establecer una rutina a la hora de irse a la cama que facilite la transición del estado de vigilia al de sueño. • Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de pre sueño y objetos familiares (leer un libro, etc.). • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. • Controlar la ingesta de alimentos y bebidas antes de irse a la cama para determinar productos que faciliten o entorpezcan el sueño. • Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño. • Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede). • Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño. • Disponer / llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso. • Fomentar el aumento de las horas de sueño si fuera necesario. • Comentar con el paciente y la familia, medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: MVAS		Fecha de nacimiento: 14 de Febrero de 1948	
Edad: 68 años	Sexo: F	Domicilio: Flor 256 Col. Benito Juárez	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 24 de Agosto del 2016			Folio: 06

Motivo de consulta: Realización de Historia clínica Diagnostico presuntivo: Diabetes Mellitus	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>T°</td> <td>F.C</td> <td>F.R</td> <td>T.A</td> <td>G.C.</td> </tr> <tr> <td>36.2 °C</td> <td>78 lpm</td> <td>16 rpm</td> <td>110/70 mm/hG</td> <td>128 mg/dl</td> </tr> </table>	T°	F.C	F.R	T.A	G.C.	36.2 °C	78 lpm	16 rpm	110/70 mm/hG	128 mg/dl
T°	F.C	F.R	T.A	G.C.							
36.2 °C	78 lpm	16 rpm	110/70 mm/hG	128 mg/dl							

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Vacunación completa</td> <td>Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negado</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negado</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negado	Alimentos: Negado	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negado																				
Alimentos: Negado																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Bueno</td> <td>Regular</td> <td>Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Una vez</td> <td>Dos veces</td> <td>Tres veces</td> <td>Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Cada tercer día</td> <td>Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Siempre</td> <td>Nunca</td> <td>A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <p>Especifique: _____</p> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <p>Especifique: _____</p>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	<p>1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Cuando está enfermo</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Cuando lo requiere</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué? Cirugía Umbilical</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué? Cirugía Umbilical	Si	No	¿Por qué?									
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué? Cirugía Umbilical																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1 Talla y peso

1.55 Mts	62 Kg
----------	-------

2.2 ¿Número de comidas al día?

<2	3	Especifique
----	---	-------------

2.3 ¿En qué lugar come?

Casa	Trabajo	Escuela	Otro
------	---------	---------	------

2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?

Si	No	¿Cuál?
----	----	--------

2.5 ¿Qué alimentos le gustan?

Frutas	Verduras	Carne	Leguminosas	Otro
--------	----------	-------	-------------	------

2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?

Frutas	Verduras	Carnes	Leguminosas	Otro
--------	----------	--------	-------------	------

2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?

Diario	Nunca	<3 días	>3 días
--------	-------	---------	---------

2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?

Diario	Nunca	<3 días	>3 días
--------	-------	---------	---------

2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?

Diario	Nunca	<3 días	>3 días
--------	-------	---------	---------

2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad

Agua natural	Agua azucarada	Refresco
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt. No

2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?

Si	No	Frecuencia
----	----	------------

2.12 ¿Cómo considera su apetito?

Normal	Aumentado	Disminuido
--------	-----------	------------

2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?

Ninguno	Aumentado ___ kg	Disminuido ___ kg
---------	------------------	-------------------

2.14 ¿Usa prótesis dentales?

Si	No
----	----

2.15 La piel es:

Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente	

2.16 Las uñas son:

Color	Rosadas	Amarillentas
Forma	Cóncava	Convexa
Textura	Dura	Quebradiza

2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?

Si	No
----	----

3.- ELIMINACIÓN

3.1 Número de micciones al día

12

3.2. Características de la micción

Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro

3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?

Si	No
----	----

3.4 Tiene dolor al miccionar:

Si	No
----	----

3.5 Número de deposiciones al día:

1	2-3	>3
---	-----	----

3.6 Características de la deposición

Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases

3.7 ¿Presenta estreñimiento?

Si	No
----	----

3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?

Si	No
----	----

3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?

Si	No
----	----

3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?

Si	No
----	----

3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?

Si	No
----	----

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala</p> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Caminata <input type="checkbox"/> No</p> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <p><input type="checkbox"/> Bast3n <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas</p>	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Bañarse</td> <td>Comer</td> <td>Caminar</td> <td>Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <p><input type="text" value="110/70 mm/hG"/> <input type="text" value="16 rpm"/></p>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama										
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio										
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar										

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 10:00 PM <input type="checkbox"/> 11:00 PM <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <p><input type="checkbox"/> 6hr <input checked="" type="checkbox"/> 8hr <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en d3nde duerme es el adecuado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
--	--

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>
---	---

7.-AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>
--	--

8.- ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <table border="1"> <tr> <td>Estudiante</td> <td>Hogar</td> <td>Trabajador</td> </tr> </table> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <table border="1"> <tr> <td>Solo</td> <td>Familia</td> <td>Cónyuge</td> <td>Amigos</td> <td>Otros</td> </tr> </table> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <table border="1"> <tr> <td>3-4</td> <td>5-7</td> <td>>8</td> </tr> </table> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Estudiante	Hogar	Trabajador	Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros	3-4	5-7	>8	Si	No	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <table border="1"> <tr> <td>Buena</td> <td>Mala</td> <td>Regular</td> </tr> </table> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Buena	Mala	Regular	Si	No
Estudiante	Hogar	Trabajador																					
Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros																			
3-4	5-7	>8																					
Si	No																						
Si	No																						
Si	No																						
Buena	Mala	Regular																					
Si	No																						

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Regular</td> <td>Irregular</td> <td>Menopausia</td> </tr> </table> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <table border="1"> <tr> <td>G=10</td> <td>P=8</td> <td>C=</td> <td>A=2</td> </tr> </table> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo que usa?</p> <table border="1"> <tr> <td>Condón</td> <td>DIU</td> <td>Orales</td> <td>Implante</td> <td>Ninguno</td> </tr> </table>	Regular	Irregular	Menopausia	Si	No	G=10	P=8	C=	A=2	Si	No	Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No								
Regular	Irregular	Menopausia																									
Si	No																										
G=10	P=8	C=	A=2																								
Si	No																										
Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno																							
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										

10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <table border="1"> <tr> <td>Medicamentos</td> <td>Drogas</td> <td>Alcohol</td> <td>Apoyo social/familiar</td> </tr> </table>	Si	No	Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1"> <tr> <td>Comer</td> <td>Beber</td> <td>Leer</td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique:</td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Comer	Beber	Leer	Fumar	Drogas	Especifique:	Si	No
Si	No														
Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar												
Comer	Beber	Leer													
Fumar	Drogas	Especifique:													
Si	No														

11.- VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión qué profesa</p> <table border="1"> <tr> <td>Católico</td> <td>Protestante</td> <td>Ateo</td> </tr> <tr> <td>Cristiano</td> <td>Judío</td> <td>Otra</td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Católico	Protestante	Ateo	Cristiano	Judío	Otra	Si	No	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <p>La enfermedad se basa en los excesos humanos y el descuido. La muerte es la fecha de caducidad que a todos nos llega.</p>	Si	No	Si	No
Católico	Protestante	Ateo											
Cristiano	Judío	Otra											
Si	No												
Si	No												
Si	No												

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: Sánchez Sandoval Uriel.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: MVAS

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 68 años de edad, con antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus de 15 años de evolución, sin presencia de neuropatía diabética, con glicemia capilar de 128 mg/dl, IMC 25.8 (Sobrepeso), refiere estados de depresión y episodios de ansiedad, así como problemas intrafamiliares, con los siguientes antecedentes gineobstétricos: 10 gestas, 8 partos, 2 abortos.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- IMC 25.8 (Sobrepeso)
- Depresión
- Ansiedad

Dominio: 2 Clase: 1					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades</p> <p>Factores relacionados (causas) E Aporte excesivo con relación a la actividad física</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) IMC mayor a 25</p>		<p>(1004) Estado nutricional</p> <p>(1633) Participación en el ejercicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestión de nutrientes • Relación peso/talla • Hidratación • Participa con el ejercicio con regularidad. • Realiza ejercicio correctamente • Participa en ejercicios para mantener el equilibrio • Se adhiere al programa de ejercicios 	<p>Desviación grave del rango normal Hasta sin desviación del rango normal.</p> <p>Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado</p>	<p>Mantener a: 9 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 13</p> <p>Mantener a: 12 Aumentar a: 16 Resultado obtenido: 16</p>

INTERVENCIONES (NIC): (5246) Asesoramiento nutricional
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica de confianza y respeto. • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional • Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética. • Proporcionar información, acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud. • Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento, y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales. • Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. • Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. • Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas. • Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lectura de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda. • Comentar el significado de la comida para el paciente. • Brindar información sobre los cuatro grupos alimenticios y unas guías alimentarias al paciente.

INTERVENCIÓN (NIC): (4310) TERAPIA DE ACTIVIDAD
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. • Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. • Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer, mas que en los déficits. • Ayudarle a programar periodos específicos en su rutina diaria. • Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud. • Coordinar la selección del paciente de las actividades adecuadas para su edad. • Fomentar la participación en actividades de grupo. • Sugerir métodos de incrementar la actividad física diaria. • Fomentar las actividades recreativas y de diversión que tenga por objeto disminuir la ansiedad: cantar en grupo, actividades lúdicas. • Permitir la participación de la familia en las actividades. • Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y el refuerzo. • Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad. • Ayudar al paciente a monitorizar el propio progreso en la consecución de objetivos.

INTERVENCIONES (NIC): (5616) Enseñanza: Medicamento prescrito

ACTIVIDADES

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa).
- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas).
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.
- Enseñar al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios.
- Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede.
- Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.
- Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración.
- Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

Dominio: 2	Clase: 1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Etiqueta (problema) p Aflicción crónica	
Factores relacionados (causas) E Problemas familiares	
Características definitorias (signos y síntomas) Expresa sentimientos de tristeza, desesperanza, depresión y temor.	

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(1208) Nivel de Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo deprimido • Tristeza • Enfado 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 10 Aumentar a: 13 Resultado obtenido: 12
(1201) Esperanza	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión de una orientación futura positiva • Expresión de significado de la vida 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Mantener a: 5 Aumentar a: 8 Resultado obtenido: 8
(1210) Nivel de miedo	<ul style="list-style-type: none"> • Temor verbalizado • Abandono 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 5 Aumentar a: 8 Resultado obtenido: 9

INTERVENCIONES (NIC): (5270) Apoyo Emocional

ACTIVIDADES

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Remitir a servicios de asesoramiento.

INTERVENCIONES (NIC): (5330) Control del estado de ánimo
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">• Evaluar el humor (signos, síntomas, historia personal inicialmente), sobre un patrón estándar regular.• Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás.• Remitir al paciente para la evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que pueda contribuir a un humor alterado (alteraciones tiroideas, alteraciones psiquiátricas, etc.).• Comprobar la capacidad para el autocuidado (higiene, alimentación, evacuación, etc.).• Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal, hidratación, etc.).• Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de vigilia / sueño (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína y medicamentos sedantes).• Proporcionar oportunidades de actividad física (caminar, montar en bicicleta estática, etc.).• Proporcionar o remitir a psicoterapia (conductismo cognitivo, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente.• Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o dar oportunidad al paciente para hablar acerca de sus sentimientos.• Ayudar al paciente a controlar conscientemente el humor (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar diario).• Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes en el humor disfuncional.• Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del humor disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales y problemas físicos).• Proporcionar actividades sociales y/o entrenamiento en asertividad, según sea necesario.• Proporcionar retroalimentación al paciente de acuerdo con la convivencia de sus conductas sociales.• Proporcionar guía sobre el desarrollo y mantenimiento de sistemas de apoyo (familia, amigos, recursos espirituales, grupos de apoyo y asesoramiento, etc.).

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: RMAC		Fecha de nacimiento: 11 de Junio de 1967	
Edad: 49	Sexo: F	Domicilio: Calle Lirios 124, Col. Tamaulipas	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 24 de Agosto del 2016			Folio: 07

Motivo de consulta: Realización de Historia clínica Diagnostico presuntivo: Diabetes Mellitus	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>T°</th> <th>F.C</th> <th>F.R</th> <th>T.A</th> <th>G.C.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>36.4 °C</td> <td>88 lpm</td> <td>12 rpm</td> <td>100/60 mm/hG</td> <td>115 mg/dl</td> </tr> </tbody> </table>	T°	F.C	F.R	T.A	G.C.	36.4 °C	88 lpm	12 rpm	100/60 mm/hG	115 mg/dl
T°	F.C	F.R	T.A	G.C.							
36.4 °C	88 lpm	12 rpm	100/60 mm/hG	115 mg/dl							

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Vacunación completa</td> <td>Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negadas</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negadas</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negadas	Alimentos: Negadas	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negadas																				
Alimentos: Negadas																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Bueno</td> <td>Regular</td> <td>Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Una vez</td> <td>Dos veces</td> <td>Tres veces</td> <td>Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Cada tercer día</td> <td>Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Siempre</td> <td>Nunca</td> <td>A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <p>Especifique: _____</p> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <p>Especifique: _____</p>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	<p>1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Cuando está enfermo</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Cuando lo requiere</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué?												
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1 Talla y peso
 1.68 Mts | 70 Kg

2.2 ¿Número de comidas al día?
 <2 | 3 | Especifique

2.3 ¿En qué lugar come?
 Casa | Trabajo | Escuela | Otro

2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?
 Si | No | ¿Cuál?

2.5 ¿Qué alimentos le gustan?
 Frutas | Verduras | Carne | Leguminosas | Otro

2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?
 Frutas | Verduras | Carnes | Leguminosas | Otro

2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?
 Diario | Nunca | <3 días | >3 días

2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?
 Diario | Nunca | <3 días | >3 días

2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?
 Diario | Nunca | <3 días |

2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad

Agua natural	Agua azucarada	Refresco
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No

2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?
 Si | No | Frecuencia

2.12 ¿Cómo considera su apetito?
 Normal | Aumentado | Disminuido

2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?
 Ninguno | Aumentado ___ kg | Disminuido ___ kg

2.14 ¿Usa prótesis dentales?
 Si | No

2.15 La piel es:

Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente	

2.16 Las uñas son:

Color	Rosadas	Amarillentas
Forma	Cóncava	Convexa
Textura	Dura	Quebradiza

2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?
 Si | No

3.- ELIMINACIÓN

3.1 Número de micciones al día
 4

3.2. Características de la micción

Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro

3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?
 Si | No

3.4 Tiene dolor al miccionar:
 Si | No

3.5 Número de deposiciones al día:
 1 | 2-3 | >3

3.6 Características de la deposición

Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases

3.7 ¿Presenta estreñimiento?
 Si | No

3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?
 Si | No

3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?
 Si | No

3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?
 Si | No

3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?
 Si | No

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <p>Buena <input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/></p> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <p>Sí <input checked="" type="checkbox"/> Caminata <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <p>Bast3n <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/></p>	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Bañarse</td> <td>Comer</td> <td>Caminar</td> <td>Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <p>110/60 mm/hG <input type="checkbox"/> 12 rpm <input type="checkbox"/></p>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama										
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio										
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar										

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <p>10:00 PM <input type="checkbox"/> 11:00 PM <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <p>6hr <input type="checkbox"/> 8hr <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en d3nde duerme es el adecuado?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	--

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
---	---

7.- AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	--

8.- ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Estudiante</td> <td style="width: 33%; background-color: #ffff00;">Hogar</td> <td style="width: 33%;">Trabajador</td> </tr> </table> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Solo</td> <td style="width: 25%; background-color: #ffff00;">Familia</td> <td style="width: 25%;">Cónyuge</td> <td style="width: 25%;">Amigos</td> <td style="width: 20%;">Otros</td> </tr> </table> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">3-4</td> <td style="width: 33%; background-color: #ffff00;">5-7</td> <td style="width: 33%;">>8</td> </tr> </table> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Si</td> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">No</td> </tr> </table>	Estudiante	Hogar	Trabajador	Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros	3-4	5-7	>8	Si	No	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Si</td> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">No</td> </tr> </table> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">Si</td> <td style="width: 50%;">No</td> </tr> </table> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; background-color: #ffff00;">Buena</td> <td style="width: 33%;">Mala</td> <td style="width: 33%;">Regular</td> </tr> </table> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">Si</td> <td style="width: 50%;">No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Buena	Mala	Regular	Si	No
Estudiante	Hogar	Trabajador																					
Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros																			
3-4	5-7	>8																					
Si	No																						
Si	No																						
Si	No																						
Buena	Mala	Regular																					
Si	No																						

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Regular</td> <td style="width: 33%; background-color: #ffff00;">Irregular</td> <td style="width: 33%;">Menopausia</td> </tr> </table> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">Si</td> <td style="width: 50%;">No</td> </tr> </table> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">G=5</td> <td style="width: 25%;">P=3</td> <td style="width: 25%;">C=2</td> <td style="width: 25%;">A=</td> </tr> </table> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Si</td> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">No</td> </tr> </table> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Condón</td> <td style="width: 25%; background-color: #ffff00;">DIU</td> <td style="width: 25%;">Orales</td> <td style="width: 25%;">Implante</td> <td style="width: 20%;">Ninguno</td> </tr> </table>	Regular	Irregular	Menopausia	Si	No	G=5	P=3	C=2	A=	Si	No	Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Si</td> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">No</td> </tr> </table> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Si</td> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">No</td> </tr> </table> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Si</td> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">No</td> </tr> </table> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">Si</td> <td style="width: 50%;">No</td> </tr> </table> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Si</td> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">No</td> </tr> </table>	Si	No								
Regular	Irregular	Menopausia																									
Si	No																										
G=5	P=3	C=2	A=																								
Si	No																										
Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno																							
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										

10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Si</td> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">No</td> </tr> </table> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Medicamentos</td> <td style="width: 25%;">Drogas</td> <td style="width: 25%;">Alcohol</td> <td style="width: 25%; background-color: #ffff00;">Apoyo social/familiar</td> </tr> </table>	Si	No	Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Comer</td> <td style="width: 33%;">Beber</td> <td style="width: 33%;">Leer</td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique:</td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">Si</td> <td style="width: 50%;">No</td> </tr> </table>	Comer	Beber	Leer	Fumar	Drogas	Especifique:	Si	No
Si	No														
Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar												
Comer	Beber	Leer													
Fumar	Drogas	Especifique:													
Si	No														

11.- VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión qué profesa</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; background-color: #ffff00;">Católico</td> <td style="width: 33%;">Protestante</td> <td style="width: 33%;">Ateo</td> </tr> <tr> <td>Cristiano</td> <td>Judío</td> <td>Otra</td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">Si</td> <td style="width: 50%;">No</td> </tr> </table>	Católico	Protestante	Ateo	Cristiano	Judío	Otra	Si	No	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">Si</td> <td style="width: 50%;">No</td> </tr> </table> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Si</td> <td style="width: 50%; background-color: #ffff00;">No</td> </tr> </table> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Si	No	Si	No
Católico	Protestante	Ateo											
Cristiano	Judío	Otra											
Si	No												
Si	No												
Si	No												

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Ortega Pérez Elisa Yaotzihuatl.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: MMV

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad
 Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 49 años, con antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus de 4 años de evolución, sin presencia de neuropatía diabética, con glicemia capilar de 115 mg/dl, IMC 24.9 (Normal).

A la exploración física se detectaron alteraciones sensoriales (visual, auditva, olfativa y del gusto), alteraciones para concentrarse y de la memoria a corto plazo, refiere episodios frecuentes de depresión, ansiedad, aburrimiento, miedo inexplicable y desesperanza.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- Depresión
- Ansiedad
- Aburrimiento
- Miedo inexplicable
- Desesperanza
- Deterioro de la memoria

Dominio: 2 Clase: 1					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Aflicción crónica Factores relacionados (causas) E Problemas familiares Características definitorias (signos y síntomas) Expresa sentimientos de tristeza, desesperanza, depresión y temor.	(1208) Nivel de Depresión	<ul style="list-style-type: none"> Estado de ánimo deprimido Tristeza Enfado 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 9 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 12	
	(1201) Esperanza	<ul style="list-style-type: none"> Expresión de una orientación futura positiva Expresión de significado de la vida 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Mantener a: 6 Aumentar a: 9 Resultado obtenido: 9	
	(1210) Nivel de miedo	<ul style="list-style-type: none"> Temor verbalizado Abandono 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 6 Aumentar a: 8 Resultado obtenido: 10	

INTERVENCIONES (NIC): (5330) Control del estado de ánimo
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el humor (signos, síntomas, historia personal inicialmente), sobre un patrón estándar regular. Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás. Remitir al paciente para la evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que pueda contribuir a un humor alterado (alteraciones tiroideas, alteraciones psiquiátricas, etc.). Comprobar la capacidad para el autocuidado (higiene, alimentación, evacuación, etc.). Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal, hidratación, etc.). Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de vigilia / sueño (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína y medicamentos sedantes). Proporcionar oportunidades de actividad física (caminar, montar en bicicleta estática, etc.). Proporcionar o remitir a psicoterapia (conductismo cognitivo, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente. Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o dar oportunidad al paciente para hablar acerca de sus sentimientos. Ayudar al paciente a controlar conscientemente el humor (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar diario). Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes en el humor disfuncional. Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del humor disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales y problemas físicos). Proporcionar actividades sociales y/o entrenamiento en asertividad, según sea necesario. Proporcionar retroalimentación al paciente de acuerdo con la convivencia de sus conductas sociales. Proporcionar guía sobre el desarrollo y mantenimiento de sistemas de apoyo (familia, amigos, recursos espirituales, grupos de apoyo y asesoramiento, etc.).

INTERVENCIÓN (NIC): (5270) Apoyo Emocional
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Comentar la experiencia emocional con el paciente. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos. Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena. Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. Remitir a servicios de asesoramiento.

Dominio: 2		Clase: 1			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Deterioro de la memoria</p> <p>Factores relacionados (causas) E Deterioro cognitivo por envejecimiento</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) Expresa experiencia de olvidos Incapacidad para aprender nueva información incapacidad para recordar acontecimientos</p>		(0908) Deterioro de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda información inmediata de manera precisa • Recuerda información reciente de forma precisa • Recuerda información remota de forma precisa 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 4 Aumentar a: 11 Resultado obtenido: 13

INTERVENCIONES (NIC): (4760) Entrenamiento de la memoria	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el paciente cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado. • Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. • Recordar experiencias pasadas con el paciente • Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información. • Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje y el recuerdo de la información verbal o gráfica presentada. • Proporcionar entrenamiento de orientación, como el que el paciente repase información y fechas personales. • Proporcionar oportunidades para la concentración, como juegos de mesa. • Facilitar oportunidad de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes. 	

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: SJPL		Fecha de nacimiento: 01 de Febrero de 1986	
Edad: 30	Sexo: Femenino	Domicilio: Calle Buganvilla No. 45, Col Tamaulipas	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 25 de Agosto del 2016			Folio: 08

Motivo de consulta: Realización de Historia clínica Diagnostico presuntivo: Diabetes Mellitus	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>T°</td> <td>F.C</td> <td>F.R</td> <td>T.A</td> <td>G.C.</td> </tr> <tr> <td>36 °C</td> <td>72 lpm</td> <td>12 rpm</td> <td>100/50 mm/hG</td> <td>122 mg/dl</td> </tr> </table>	T°	F.C	F.R	T.A	G.C.	36 °C	72 lpm	12 rpm	100/50 mm/hG	122 mg/dl
T°	F.C	F.R	T.A	G.C.							
36 °C	72 lpm	12 rpm	100/50 mm/hG	122 mg/dl							

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Vacunación completa</td> <td>Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negado</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negado</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negado	Alimentos: Negado	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negado																				
Alimentos: Negado																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Bueno</td> <td>Regular</td> <td>Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Una vez</td> <td>Dos veces</td> <td>Tres veces</td> <td>Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Cada tercer día</td> <td>Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Siempre</td> <td>Nunca</td> <td>A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <p>Especifique: _____</p> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <p>Especifique: _____</p>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	<p>1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Quando está enfermo</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Quando lo requiere</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Quando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Quando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué?												
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Quando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Quando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

<p>2.1 Talla y peso</p> <p>1.60 Mts 65 Kg</p> <p>2.2 ¿Número de comidas al día?</p> <p><2 3 Especifique</p> <p>2.3 ¿En qué lugar come?</p> <p>Casa Trabajo Escuela Otro</p> <p>2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?</p> <p>Si No ¿Cuál?</p> <p>2.5 ¿Qué alimentos le gustan?</p> <p>Frutas Verduras Carne Leguminosas Otro</p> <p>2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?</p> <p>Frutas Verduras Carnes Leguminosas Otro</p> <p>2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3 días >3 días</p> <p>2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3 días >3 días</p> <p>2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3 días >3 días</p> <p>2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad</p> <table border="1"> <tr> <td>Agua natural</td> <td>Agua azucarada</td> <td>Refresco</td> </tr> <tr> <td><1lt. >1lt. </td> <td><1lt. >1lt. </td> <td><1lt. >1lt No</td> </tr> </table>	Agua natural	Agua azucarada	Refresco	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No	<p>2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?</p> <p>Si No Frecuencia</p> <p>2.12 ¿Cómo considera su apetito?</p> <p>Normal Aumentado Disminuido</p> <p>2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?</p> <p>Ninguno Aumentado ___ kg Disminuido ___ kg</p> <p>2.14 ¿Usa prótesis dentales?</p> <p>Si No</p> <p>2.15 La piel es:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color:</td> <td>Rosada</td> <td>Pálida</td> <td>Ictérica</td> <td>Cianótica</td> </tr> <tr> <td>Turgencia</td> <td>Humectada</td> <td>Deshidratada</td> <td>frágil</td> <td>Firme</td> </tr> <tr> <td>Temp:</td> <td>Normo térmica</td> <td>Fría</td> <td>Caliente</td> <td></td> </tr> </table> <p>2.16 Las uñas son:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Rosadas</td> <td>Amarillentas</td> </tr> <tr> <td>Forma</td> <td>Cóncava</td> <td>Convexa</td> </tr> <tr> <td>Textura</td> <td>Dura</td> <td>Quebradiza</td> </tr> </table> <p>2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?</p> <p>Si No</p>	Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica	Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme	Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente		Color	Rosadas	Amarillentas	Forma	Cóncava	Convexa	Textura	Dura	Quebradiza
Agua natural	Agua azucarada	Refresco																													
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No																													
Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica																											
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme																											
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente																												
Color	Rosadas	Amarillentas																													
Forma	Cóncava	Convexa																													
Textura	Dura	Quebradiza																													

3.- ELIMINACIÓN

<p>3.1 Número de micciones al día</p> <p>6</p> <p>3.2. Características de la micción</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Amarillo claro</td> <td>Amarillo fuerte</td> <td>Incoloro</td> </tr> <tr> <td>Olor</td> <td>Característico</td> <td>Fuerte</td> <td>Inoloro</td> </tr> </table> <p>3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.4 Tiene dolor al miccionar:</p> <p>Si No</p> <p>3.5 Número de deposiciones al día:</p> <p>1 2-3 >3</p>	Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro	Olor	Característico	Fuerte	Inoloro	<p>3.6 Características de la deposición</p> <table border="1"> <tr> <td>Tipo:</td> <td>Formada</td> <td>Líquida</td> <td>Dura</td> <td>Blanda</td> </tr> <tr> <td>Coloración:</td> <td>Café</td> <td>Verdosa</td> <td>Negra</td> <td>Blanca</td> </tr> <tr> <td>Presencia de:</td> <td>Sangre</td> <td>Parásitos</td> <td>Moco</td> <td>Gases</td> </tr> </table> <p>3.7 ¿Presenta estreñimiento?</p> <p>Si No</p> <p>3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?</p> <p>Si No</p> <p>3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?</p> <p>Si No</p> <p>3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?</p> <p>Si No</p>	Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda	Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca	Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases
Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro																					
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro																					
Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda																				
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca																				
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases																				

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Buena</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Regular</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Mala</td> </tr> </table> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Caminata</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Bast3n</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Muletas</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Silla de ruedas</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Caminata	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Bast3n	<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Bañarse</td> <td style="width: 25%;">Comer</td> <td style="width: 25%;">Caminar</td> <td style="width: 25%;">Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">100/50 mm/hG</td> <td style="width: 50%;">12 rpm</td> </tr> </table>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar	100/50 mm/hG	12 rpm
<input checked="" type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala																						
<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Caminata	<input type="checkbox"/> No																						
<input type="checkbox"/> Bast3n	<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas																						
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama																					
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio																					
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar																					
100/50 mm/hG	12 rpm																							

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 8:00 PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> 11:00 PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> </table> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> 6hr</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 8hr</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> </table> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 8:00 PM	<input type="checkbox"/> 11:00 PM	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 6hr	<input checked="" type="checkbox"/> 8hr	<input type="checkbox"/> Otro	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input checked="" type="checkbox"/> 8:00 PM	<input type="checkbox"/> 11:00 PM	<input type="checkbox"/> Otro															
<input type="checkbox"/> 6hr	<input checked="" type="checkbox"/> 8hr	<input type="checkbox"/> Otro															
<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																
<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																
<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																

7.-AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No														
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No														
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No														
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No														
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No														
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No														
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No														

8.-ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <p>Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/></p> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <p>Solo <input type="checkbox"/> Familia <input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <p>3-4 <input checked="" type="checkbox"/> 5-7 <input type="checkbox"/> >8 <input type="checkbox"/></p> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <p>Buena <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/></p> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	--

9.-SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <p>Regular <input checked="" type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/></p> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <p>G=1 <input checked="" type="checkbox"/> P=1 <input checked="" type="checkbox"/> C= <input type="checkbox"/> A= <input type="checkbox"/></p> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <p>Condón <input type="checkbox"/> DIU <input checked="" type="checkbox"/> Orales <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/></p>	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	---

10.-ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <p>Medicamentos <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Apoyo social/familiar <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1"> <tr> <td>Comer</td> <td>Beber</td> <td>Leer <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique: <input type="text"/></td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	Comer	Beber	Leer <input checked="" type="checkbox"/>	Fumar	Drogas	Especifique: <input type="text"/>
Comer	Beber	Leer <input checked="" type="checkbox"/>					
Fumar	Drogas	Especifique: <input type="text"/>					

11.-VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión qué profesa</p> <table border="1"> <tr> <td>Católico <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Protestante <input type="checkbox"/></td> <td>Ateo <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cristiano <input type="checkbox"/></td> <td>Judío <input type="checkbox"/></td> <td>Otra <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	Católico <input checked="" type="checkbox"/>	Protestante <input type="checkbox"/>	Ateo <input type="checkbox"/>	Cristiano <input type="checkbox"/>	Judío <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <p>Los dos son procesos inevitables en la vida de todo ser vivo y ser humano. <input checked="" type="checkbox"/></p>
Católico <input checked="" type="checkbox"/>	Protestante <input type="checkbox"/>	Ateo <input type="checkbox"/>					
Cristiano <input type="checkbox"/>	Judío <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>					

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Ortega Pérez Elisa Yaotzihuatl.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: SJPL

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presento alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 30 años de edad. Con antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus de 1 año de evolución, sin presencia de neuropatía diabética, con glicemia capilar de 122 mg/dl, IMC 25 (Sobrepeso), refiere estreñimiento, así como conductas sexuales de alto riesgo.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- IMC 25 (Sobrepeso)
- Estreñimiento
- Conductas sexuales de alto riesgo

Domino: 2	Clase: 1				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades</p> <p>Factores relacionados (causas) E Aporte excesivo con relación a la actividad física</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) IMC mayor a 25</p>		<p>(1004) Estado nutricional</p> <p>(1633) Participación en el ejercicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestión de nutrientes • Relación peso/talla • Hidratación • • • Participa con el ejercicio con regularidad. • Realiza ejercicio correctamente • Participa en ejercicios para mantener el equilibrio • Se adhiere al programa de ejercicios 	<p>Desviación grave del rango normal Hasta sin desviación del rango normal.</p> <p>Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado</p>	<p>Mantener a: 9 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 13</p> <p>Mantener a: 12 Aumentar a: 16 Resultado obtenido: 16</p>

INTERVENCIONES (NIC): (5246) Asesoramiento nutricional
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica de confianza y respeto. • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional • Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia d la ingesta dietética. • Proporcionar información, acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud. • Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento, y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales. • Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. • Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. • Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas. • Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lectura de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda. • Comentar el significado de la comida para el paciente. • Brindar información sobre los cuatro grupos alimenticios y unas guías alimentarias al paciente.

INTERVENCIÓN (NIC): (4310) TERAPIA DE ACTIVIDAD
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. • Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. • Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer, mas que en los déficits. • Ayudarle a programar periodos específicos en su rutina diaria. • Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud. • Coordinar la selección del paciente de las actividades adecuadas para su edad. • Fomentar la participación en actividades de grupo. • Sugerir métodos de incrementar la actividad física diaria. • Fomentar las actividades recreativas y de diversión que tenga por objeto disminuir la ansiedad: cantar en grupo, actividades lúdicas. • Permitir la participación de la familia en las actividades. • Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y el refuerzo. • Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad. • Ayudar al paciente a monitorizar el propio progreso en la consecución de objetivos.

Bibliografía

- Secretaría de Salud. Programa de Acción: Diabetes Mellitus. México 2010.
- Informe mundial sobre la diabetes, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2016
- Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1999. Report Number: WHO/NCD/NCS/99.2
- Crespo N, Rosales E, González R, Crespo N. Caracterización de la diabetes mellitus. Revista Cubana Medicina General Integral [en línea]. 2003 [fecha de acceso 15 de Noviembre 2018]; 19 (4): pp. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_4_03/mgi04403.htm
- Perner M. Transformaciones en el abordaje de la diabetes: análisis de las evidencias científicas publicadas por dos sociedades científicas (1980-2010). Salud Colectiva. [en línea]. 2013. [fecha de acceso el 15 de Novimebre del 2018]: 9(3): pp. 371-389. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/scol/v9n3/v9n3a08.pdf>
- Gladys A., Sánchez G., Padilla G., Fernández M., Roselló M., Guzmán S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. Revista Panamericana Salud Publica [en línea]. 2001. [fecha de acceso el 15 de Novimebre del 2018]: 9(3): pp. 145-153. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8603/4517.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Capítulo III

Historias clínicas de padecientes de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica

3.1 Concepto y manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial sistémica

La Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica menciona a la hipertensión arterial sistémica (HAS) como una enfermedad silenciosa y letal, se caracteriza por ser una afección, en la cual la presión en los vasos sanguíneos es continuamente alta, propiciando que el corazón se ejercite más para bombear la sangre a toda la economía, generando en los vasos sanguíneos dilataciones mejor conocidas como aneurismas y zonas de debilidad en la pared vascular, lo que aumenta las probabilidades de obstrucción y ruptura, esta última dispersa sangre en la fosa cerebral, derivando en accidente cerebrovascular (AVC). Con el transcurso del tiempo, la hipertensión daña órganos vitales dando como resultado la insuficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo.

Generalmente inicia por un aumento súbito de la tensión arterial sobre el rango normal, esto puede ser percibido o no por la persona.

A estas personas se les realizara una medición de la presión arterial y de acuerdo con la siguiente clasificación de la tabla 2. Podremos valorar en qué nivel se encuentra el individuo.

Tabla 2. Clasificación de acuerdo a las cifras de PA en el Consultorio (mmHg)

Categoría	PAS	PAD
Presión Arterial Óptima	< 120	< 80
Presión Arterial Sub óptima	120 – 129	80 - 84
Presión Arterial Límitrofe	130 – 139	85 - 89
Hipertensión Grado 1	140 – 159	90 - 99
Hipertensión Grado 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensión Grado 3	≥ 180	≥ 110

Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

La HAS, es denominada el asesino silencioso, ya que no se manifiesta con signos y síntomas específicos, aunque algunos pueden ser expresados e identificados en la consulta y sirven como una referencia para el diagnóstico, algunos de estos son: cefalea (dolor de cabeza), epistaxis (sangrado nasal), acufenos (zumbido de oídos) y fosfenos (visualiza luces brillantes parpadeantes). Para evitar diagnósticos falsos se debe capturar una historia clínica bien elaborada, así como realizar mediciones de la PA en diversas ocasiones con el individuo en reposo.

En los Adultos Mayores se presenta el fenómeno denominado pseudohipertensión conocida como hipertensión falsa, debido al endurecimiento de las arterias de mediano y gran calibre por una modificación en su estructura de las capas íntima y media, este fenómeno nos puede arrojar datos falsos.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: GRV			Fecha de nacimiento: 02 de Abril de 1949
Edad: 67 años	Sexo: Femenino	Domicilio: Amapola Numero 72	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 22 de Agosto del 2016			Folio: 09

Motivo de consulta: Realización de historia clínica Diagnostico presuntivo: Diabetes mellitus, Hipertensión arterial	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">T° 36.2 °C</td> <td style="text-align: center;">F.C 72 lpm</td> <td style="text-align: center;">F.R 12 rpm</td> <td style="text-align: center;">T.A 130/80 mm/hG</td> <td style="text-align: center;">G.C. 197 mg/dl</td> </tr> </table>	T° 36.2 °C	F.C 72 lpm	F.R 12 rpm	T.A 130/80 mm/hG	G.C. 197 mg/dl
T° 36.2 °C	F.C 72 lpm	F.R 12 rpm	T.A 130/80 mm/hG	G.C. 197 mg/dl		

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diabetes</td> <td style="text-align: center;">HTA</td> <td style="text-align: center;">Artritis</td> <td style="text-align: center;">Cáncer</td> <td style="text-align: center;">Epilepsia</td> <td style="text-align: center;">I. Cardiaca</td> <td style="text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diabetes</td> <td style="text-align: center;">HTA</td> <td style="text-align: center;">Artritis</td> <td style="text-align: center;">Cáncer</td> <td style="text-align: center;">Epilepsia</td> <td style="text-align: center;">I. Cardiaca</td> <td style="text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Vacunación completa</td> <td style="text-align: center;">Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td>Medicamentos: Negadas</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negadas</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negadas	Alimentos: Negadas	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negadas																				
Alimentos: Negadas																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Bueno</td> <td style="text-align: center;">Regular</td> <td style="text-align: center;">Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Una vez</td> <td style="text-align: center;">Dos veces</td> <td style="text-align: center;">Tres veces</td> <td style="text-align: center;">Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diario</td> <td style="text-align: center;">Cada tercer día</td> <td style="text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Siempre</td> <td style="text-align: center;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diario</td> <td style="text-align: center;">Una vez por semana</td> <td style="text-align: center;">Ocasional</td> <td style="text-align: center;">Especifique</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="height: 20px;">Especifique:</td> </tr> </table> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diario</td> <td style="text-align: center;">Una vez por semana</td> <td style="text-align: center;">Ocasional</td> <td style="text-align: center;">Especifique</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="height: 20px;">Especifique:</td> </tr> </table>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Especifique:	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Especifique:	<p>1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Cuando está enfermo</td> <td style="text-align: center;">Una vez al mes</td> <td style="text-align: center;">Una vez al año</td> <td style="text-align: center;">otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Cuando lo requiere</td> <td style="text-align: center;">Una vez al mes</td> <td style="text-align: center;">Una vez al año</td> <td style="text-align: center;">otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué? Se recupera mejor la salud</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué? Puedo perjudicar mi salud</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué? Accidente en casa</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué? Cirugía</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué? Se recupera mejor la salud	Si	No	¿Por qué? Puedo perjudicar mi salud	Si	No	¿Por qué? Accidente en casa	Si	No	¿Por qué? Cirugía	Si	No	¿Por qué?
Bueno	Regular	Malo																																																			
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																		
Diario	Cada tercer día	Otro																																																			
Siempre	Nunca	A veces																																																			
Si	No																																																				
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																		
Especifique:																																																					
Si	No																																																				
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																		
Especifique:																																																					
Si	No																																																				
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																		
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																		
Si	No	¿Por qué? Se recupera mejor la salud																																																			
Si	No	¿Por qué? Puedo perjudicar mi salud																																																			
Si	No	¿Por qué? Accidente en casa																																																			
Si	No	¿Por qué? Cirugía																																																			
Si	No	¿Por qué?																																																			

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

<p>2.1 Talla y peso</p> <p>1.52 Mts 87 Kg</p> <p>2.2 ¿Número de comidas al día?</p> <p><2 3 Especifique: 4</p> <p>2.3 ¿En qué lugar come?</p> <p>Casa Trabajo Escuela Otro</p> <p>2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?</p> <p>Si No ¿Cuál?</p> <p>2.5 ¿Qué alimentos le gustan?</p> <p>Frutas Verduras Carne Leguminosas Otro</p> <p>2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?</p> <p>Frutas Verduras Carnes Leguminosas Otro</p> <p>2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad</p> <table border="1"> <tr> <td>Agua natural</td> <td>Agua azucarada</td> <td>Refresco</td> </tr> <tr> <td><1lt. >1lt. </td> <td><1lt. >1lt. </td> <td><1lt. >1lt No</td> </tr> </table>	Agua natural	Agua azucarada	Refresco	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No	<p>2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?</p> <p>Si No Frecuencia</p> <p>2.12 ¿Cómo considera su apetito?</p> <p>Normal Aumentado Disminuido</p> <p>2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?</p> <p>Ninguno Aumentado__ kg Disminuido__ kg</p> <p>2.14 ¿Usa prótesis dentales?</p> <p>Si No</p> <p>2.15 La piel es:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color:</td> <td>Rosada</td> <td>Pálida</td> <td>Ictérica</td> <td>Cianótica</td> </tr> <tr> <td>Turgencia</td> <td>Humectada</td> <td>Deshidratada</td> <td>frágil</td> <td>Firme</td> </tr> <tr> <td>Temp:</td> <td>Normo térmica</td> <td>Fría</td> <td>Caliente</td> <td></td> </tr> </table> <p>2.16 Las uñas son:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Rosadas</td> <td>Amarillentas</td> </tr> <tr> <td>Forma</td> <td>Cóncava</td> <td>Convexa</td> </tr> <tr> <td>Textura</td> <td>Dura</td> <td>Quebradiza</td> </tr> </table> <p>2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?</p> <p>Si No</p>	Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica	Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme	Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente		Color	Rosadas	Amarillentas	Forma	Cóncava	Convexa	Textura	Dura	Quebradiza
Agua natural	Agua azucarada	Refresco																													
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No																													
Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica																											
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme																											
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente																												
Color	Rosadas	Amarillentas																													
Forma	Cóncava	Convexa																													
Textura	Dura	Quebradiza																													

3.- ELIMINACIÓN

<p>3.1 Número de micciones al día</p> <p>6</p> <p>3.2. Características de la micción</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Amarillo claro</td> <td>Amarillo fuerte</td> <td>Incoloro</td> </tr> <tr> <td>Olor</td> <td>Característico</td> <td>Fuerte</td> <td>Inoloro</td> </tr> </table> <p>3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.4 Tiene dolor al miccionar:</p> <p>Si No</p> <p>3.5 Número de deposiciones al día:</p> <p>1 2-3 >3</p>	Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro	Olor	Característico	Fuerte	Inoloro	<p>3.6 Características de la deposición</p> <table border="1"> <tr> <td>Tipo:</td> <td>Formada</td> <td>Líquida</td> <td>Dura</td> <td>Blanda</td> </tr> <tr> <td>Coloración:</td> <td>Café</td> <td>Verdosa</td> <td>Negra</td> <td>Blanca</td> </tr> <tr> <td>Presencia de:</td> <td>Sangre</td> <td>Parásitos</td> <td>Moco</td> <td>Gases</td> </tr> </table> <p>3.7 ¿Presenta estreñimiento?</p> <p>Si No</p> <p>3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?</p> <p>Si No</p> <p>3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?</p> <p>Si No</p> <p>3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?</p> <p>Si No</p>	Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda	Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca	Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases
Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro																					
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro																					
Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda																				
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca																				
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases																				

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Buena</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Regular</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Mala</td> </tr> </table> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Caminata y aerobics</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Bast3n</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Muletas</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Silla de ruedas</td> </tr> </table>	Buena	Regular	Mala	Sí	Caminata y aerobics	No	Bast3n	Muletas	Silla de ruedas	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Bañarse</td> <td style="width: 25%;">Comer</td> <td style="width: 25%;">Caminar</td> <td style="width: 25%;">Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">130/80 mm/hG</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">12 rpm</td> </tr> </table>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar	130/80 mm/hG	12 rpm
Buena	Regular	Mala																						
Sí	Caminata y aerobics	No																						
Bast3n	Muletas	Silla de ruedas																						
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama																					
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio																					
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar																					
130/80 mm/hG	12 rpm																							

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">10:00PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">11:00PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">6h</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">8h</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	10:00PM	11:00PM	Otro	6h	8h	Otro	Sí	No	Sí	No	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No
10:00PM	11:00PM	Otro															
6h	8h	Otro															
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																

7.-AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.7 ¿Tiene períodos de desesperanza?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														

8.- ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <p>Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/></p> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <p>Solo <input type="checkbox"/> Familia <input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <p>3-4 <input checked="" type="checkbox"/> 5-7 <input type="checkbox"/> >8 <input type="checkbox"/></p> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <p>Buena <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/></p> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	--

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <p>Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/></p> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <p>G=5 <input type="checkbox"/> P=5 <input type="checkbox"/> C= <input type="checkbox"/> A= <input type="checkbox"/></p> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <p>Condón <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Orales <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Ninguno <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
---	---

10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <p>Medicamentos <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Apoyo social/familiar <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1"> <tr> <td>Comer</td> <td>Beber</td> <td>Leer</td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique: Escuchar música</td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	Comer	Beber	Leer	Fumar	Drogas	Especifique: Escuchar música
Comer	Beber	Leer					
Fumar	Drogas	Especifique: Escuchar música					

11.- VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión qué profesa</p> <table border="1"> <tr> <td>Católico</td> <td>Protestante</td> <td>Ateo</td> </tr> <tr> <td>Cristiano</td> <td>Judío</td> <td>Otra</td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	Católico	Protestante	Ateo	Cristiano	Judío	Otra	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <p>Enfermedad: No es agresiva, algo que se predispone. La muerte: todos tenemos que morir algún día.</p>
Católico	Protestante	Ateo					
Cristiano	Judío	Otra					

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Sánchez Sandoval Uriel.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: AEG

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas: HAS

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
Compromiso Sensitivo	N	D	A		N	D	A	
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 67 años de edad, con antecedentes patológicos de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, sin presencia de neuropatía diabética, con un IMC de 37.8 (Obesidad grado II), refiere incontinencia urinaria de esfuerzo, estreñimiento y hemorroides. Utiliza bastón para la deambulaci3n, sin conciliar adecuadamente el suefio.

A la exploraci3n ffsica se detectaron alteraciones de la agudeza visual, problemas para la concentraci3n y memoria a corto plazo. Menciona episodios de ansiedad derivados de problemas familiares.

Respuestas humanas y Razonamiento diagn3stico

- IMC: 37.8 (Obesidad grado III)
 - Estreñimiento
 - Hemorroides
 - Dificultad para la ambulaci3n
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Problemas para la conciliaci3n del suefio
- Perdida de la memoria
- Alteraci3n de la agudeza visual
- Problemas de la concentraci3n.
- Ansiedad

Dominio: 2 Clase: 1					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades</p> <p>Factores relacionados (causas) E Aporte excesivo con relación a la actividad física</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) IMC 37.8</p>		<p>(1004) Estado nutricional</p> <p>(1633) Participación en el ejercicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestión de nutrientes • Relación peso/talla • Hidratación • Participa con el ejercicio con regularidad. • Realiza ejercicio correctamente • Participa en ejercicios para mantener el equilibrio • Se adhiere al programa de ejercicios 	<p>Desviación grave del rango normal Hasta sin desviación del rango normal.</p> <p>Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado</p>	<p>Mantener a: 5 Aumentar a: 9 Resultado obtenido: 10</p> <p>Mantener a: 11 Aumentar a: 13 Resultado obtenido: 13</p>

INTERVENCIONES (NIC): (5246) Asesoramiento nutricional
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica de confianza y respeto. • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional • Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia d la ingesta dietética. • Proporcionar información, acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud. • Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento, y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales. • Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. • Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. • Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas. • Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lectura de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda. • Comentar el significado de la comida para el paciente. • Brindar información sobre los cuatro grupos alimenticios y unas guías alimentarias al paciente.

INTERVENCIÓN (NIC): (4310) TERAPIA DE ACTIVIDAD
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. • Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. • Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer, mas que en los déficits. • Ayudarle a programar periodos específicos en su rutina diaria. • Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud. • Coordinar la selección del paciente de las actividades adecuadas para su edad. • Fomentar la participación en actividades de grupo. • Sugerir métodos de incrementar la actividad física diaria. • Fomentar las actividades recreativas y de diversión que tenga por objeto disminuir la ansiedad: cantar en grupo, actividades lúdicas. • Permitir la participación de la familia en las actividades. Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y el refuerzo. • Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad. • Ayudar al paciente a monitorizar el propio progreso en la consecución de objetivos.

INTERVENCIONES (NIC): (5616) Enseñanza: Medicamento prescrito

ACTIVIDADES

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa).
- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas).
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.
- Enseñar al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios.
- Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede.
- Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.
- Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración.
- Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

Dominio: 3 Clase: 1					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Incontinencia urinaria de esfuerzo		(0502) Continencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce la urgencia miccional • Micción mayor a 150 ml cada vez • Perdidas de orina entre micciones • Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina • Perdida de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, reír, levantar peso). 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Mantener a: 10 Aumentar a: 20 Resultado obtenido: 20
Factores relacionados (causas) E Debilitamiento de los músculos del suelo pélvico.					

INTERVENCIONES (NIC): (560) Ejercicios del suelo pélvico

ACTIVIDADES

- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de evacuar.
- Enseñar al paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal.
- Enseñar al paciente a evitar contraer los músculos abdominales, muslos glúteos, los que participan en la respiración o estirarse durante la realización de los ejercicios.
- Asegurarse de que el paciente puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseado y el esfuerzo de contención no deseado.
- Enseñar a la paciente femenina a identificar los músculos elevador del ano y urogenital colocando un dedo en la vagina y procediendo a apretar.
- Enseñar al paciente a realizar ejercicios de contracción muscular, entre 30 y 50 cada día, manteniendo la contracción durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo diez segundos entre cada contracción.
- Enseñar al paciente a detener y reiniciar el flujo de orina.
- Explicar al paciente que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6 – 12 semanas.
- Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.
- Enseñar al paciente a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina no más de una vez por semana.
- Proporcionar retroalimentación o estimulación eléctrica en pacientes, cuando la asistencia esté indicada, para identificar los músculos correctos para contraer y / o escoger la fuerza deseada de la contracción del músculo.
- Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas.
- Comentar el registro diario de continencia con el paciente para proporcionar seguridad.

Dominio: 2		Clase: 1			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Deterioro de la memoria</p> <p>Factores relacionados (causas) E Deterioro cognitivo por envejecimiento</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) Expresa experiencia de olvidos Incapacidad para aprender nueva información incapacidad para recordar acontecimientos</p>		(0908) Deterioro de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda información inmediata de manera precisa • Recuerda información reciente de forma precisa • Recuerda información remota de forma precisa 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 4 Aumentar a: 11 Resultado obtenido: 13

INTERVENCIONES (NIC): (4760) Entrenamiento de la memoria	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el paciente cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado. • Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. • Recordar experiencias pasadas con el paciente • Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información. • Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje y el recuerdo de la información verbal o gráfica presentada. • Proporcionar entrenamiento de orientación, como el que el paciente repase información y fechas personales. • Proporcionar oportunidades para la concentración, como juegos de mesa. • Facilitar oportunidad de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes. 	

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: MAGA			Fecha de nacimiento: 14 de Mayo de 1942
Edad: 73 años	Sexo: Femenino	Domicilio: Calle Gardenia 88 Colonia Palmar	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 22 de Agosto del 2016			Folio: 10

Motivo de consulta: Realización de historia clínica Diagnostico presuntivo: Diabetes mellitus, hipertensión arterial	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">T° 36.3 °C</td> <td style="text-align: center;">F.C 74 lpm</td> <td style="text-align: center;">F.R 14 rpm</td> <td style="text-align: center;">T.A 130/80 mm/hG</td> <td style="text-align: center;">G.C. 125 mg/dl</td> </tr> </table>	T° 36.3 °C	F.C 74 lpm	F.R 14 rpm	T.A 130/80 mm/hG	G.C. 125 mg/dl
T° 36.3 °C	F.C 74 lpm	F.R 14 rpm	T.A 130/80 mm/hG	G.C. 125 mg/dl		

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diabetes</td><td>HTA</td><td>Artritis</td><td>Cáncer</td><td>Epilepsia</td><td>I. Cardiaca</td><td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diabetes</td><td>HTA</td><td>Artritis</td><td>Cáncer</td><td>Epilepsia</td><td>I. Cardiaca</td><td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Vacunación completa</td><td>Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negadas</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negadas</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negadas	Alimentos: Negadas	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negadas																				
Alimentos: Negadas																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Bueno</td><td>Regular</td><td>Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Una vez</td><td>Dos veces</td><td>Tres veces</td><td>Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td><td>Cada tercer día</td><td>Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Siempre</td><td>Nunca</td><td>A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td><td>No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td><td>Una vez por semana</td><td>Ocasional</td><td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <p>Especifique: _____</p> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td><td>No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td><td>Una vez por semana</td><td>Ocasional</td><td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <p>Especifique: _____</p>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	<p>1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td><td>No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Cuando está enfermo</td><td>Una vez al mes</td><td>Una vez al año</td><td>otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Cuando lo requiere</td><td>Una vez al mes</td><td>Una vez al año</td><td>otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td><td>No</td><td>¿Por qué? Ya me siento mejor</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td><td>No</td><td>¿Por qué? De una receta anterior</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td><td>No</td><td>¿Por qué? Por descuido</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td><td>No</td><td>¿Por qué? Cirugía</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td><td>No</td><td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué? Ya me siento mejor	Si	No	¿Por qué? De una receta anterior	Si	No	¿Por qué? Por descuido	Si	No	¿Por qué? Cirugía	Si	No	¿Por qué?
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué? Ya me siento mejor																																																	
Si	No	¿Por qué? De una receta anterior																																																	
Si	No	¿Por qué? Por descuido																																																	
Si	No	¿Por qué? Cirugía																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1 Talla y peso
 1.45 Mts | 85 Kg

2.2 ¿Número de comidas al día?
 <2 | 3 | Especifique

2.3 ¿En qué lugar come?
 Casa | Trabajo | Escuela | Otro

2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?
 Si | No | ¿Cuál? Masticación

2.5 ¿Qué alimentos le gustan?
 Frutas | Verduras | Carne | Leguminosas | Otro

2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?
 Frutas | Verduras | Carnes | Leguminosas | Otro

2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad

Agua natural	Agua azucarada	Refresco
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No

2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?
 Si | No | Frecuencia

2.12 ¿Cómo considera su apetito?
 Normal | Aumentado | Disminuido

2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?
 Ninguno | Aumentado__ kg | Disminuido__ kg

2.14 ¿Usa prótesis dentales?
 Si | No

2.15 La piel es:

Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente	

2.16 Las uñas son:

Color	Rosadas	Amarillentas
Forma	Cóncava	Convexa
Textura	Dura	Quebradiza

2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?
 Si | No

3.- ELIMINACIÓN

3.1 Número de micciones al día
 8

3.2. Características de la micción

Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro

3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?
 Si | No

3.4 Tiene dolor al miccionar:
 Si | No

3.5 Número de deposiciones al día:
 1 | 2-3 | >3

3.6 Características de la deposición

Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases

3.7 ¿Presenta estreñimiento?
 Si | No

3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?
 Si | No

3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?
 Si | No

3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?
 Si | No

3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?
 Si | No

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <p><input type="checkbox"/> Buena <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala</p> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Caminata <input type="checkbox"/> No</p> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bast3n <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas</p>	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Bañarse</td> <td>Comer</td> <td>Caminar</td> <td>Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 130/80 mm/hG <input type="checkbox"/> 14 rpm</p>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama										
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio										
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar										

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 10:00PM <input type="checkbox"/> 11:00PM <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <p><input type="checkbox"/> 6h <input checked="" type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
--	--

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
---	---

7.- AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.7 ¿Tiene períodos de desesperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>
--	--

8.- ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <p>Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/></p> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <p>Solo <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Amigos <input checked="" type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <p>3-4 <input checked="" type="checkbox"/> 5-7 <input type="checkbox"/> >8 <input type="checkbox"/></p> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <p>Buena <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/></p> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	--

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <p>Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/></p> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <p>G=8 <input checked="" type="checkbox"/> P=8 <input type="checkbox"/> C= <input type="checkbox"/> A= <input type="checkbox"/></p> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <p>Condón <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Orales <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Ninguno <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	---

10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <p>Medicamentos <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Apoyo social/familiar <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1"> <tr> <td>Comer</td> <td>Beber</td> <td>Leer <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	Comer	Beber	Leer <input checked="" type="checkbox"/>	Fumar	Drogas	Especifique <input type="checkbox"/>
Comer	Beber	Leer <input checked="" type="checkbox"/>					
Fumar	Drogas	Especifique <input type="checkbox"/>					

11.- VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión qué profesa</p> <table border="1"> <tr> <td>Católico <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Protestante <input type="checkbox"/></td> <td>Ateo <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cristiano <input type="checkbox"/></td> <td>Judío <input type="checkbox"/></td> <td>Otra <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	Católico <input checked="" type="checkbox"/>	Protestante <input type="checkbox"/>	Ateo <input type="checkbox"/>	Cristiano <input type="checkbox"/>	Judío <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <p>La enfermedad es dada por Dios, la muerte nos llegara a todos. <input checked="" type="checkbox"/></p>
Católico <input checked="" type="checkbox"/>	Protestante <input type="checkbox"/>	Ateo <input type="checkbox"/>					
Cristiano <input type="checkbox"/>	Judío <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>					

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Ortega Pérez Elisa Yaotzihuatl.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre:

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas: HAS

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
<input checked="" type="checkbox"/> Dedos en Martillo			
<input type="checkbox"/> Dedos Sobrepuestos			
<input type="checkbox"/> Haluxvalgus			
<input type="checkbox"/> Subluxación de la articulación			
<input type="checkbox"/> Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (0)	Ausente (1)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular								
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos								
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 73 años, con antecedentes patológicos de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, con presencia de neuropatía diabética severa, refiere no seguir las indicaciones y el tratamiento médico. Con un IMC de 40.4 (Obesidad mórbida).

Con incontinencia urinaria de esfuerzo, estreñimiento y hemorroides. Presenta problemas para la deambulación, refiere cansancio excesivo, así como episodios de enojo continuos, depresión y aburrimiento.

A la exploración física presenta alteraciones de la visión, agudeza auditiva y para la distinción de olores y sabores, así como de la memoria a corto plazo y el aprendizaje.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- Neuropatía Severa
- IMC: 40.4 (Obesidad Morbida)
 - Estreñimiento
 - Hemorroides
 - Alteración de la ambulación
- Cansancio excesivo
- Alteraciones sensoriales
- Alteraciones de la memoria a corto plazo

Dominio: 4	Clase: 4				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Perfusión tisular periférica ineficaz Factores relacionados (causas) E Glicemia capilar mayor a 180mg/dL Características definitorias (signos y síntomas) Claudicación Alteración de la función motora Parestesia Hiperalgnesia Hormigueo		Perfusión tisular: Periférica (2400) Función sensitiva: táctil Nivel de Glicemia	<ul style="list-style-type: none"> Dolor localizado en extremidades Hormigueo Calambres musculares Discriminación de dos puntos Discriminación de la vibración Parestesia Perdida de la sensibilidad Concentración sanguínea de glucosa 	Desde GRAVE hasta NINGUNO Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido Desviación GRAVE del rango normal hasta SIN desviación del rango normal	Mantener a: 9 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 12 Mantener a: 12 Aumentar a: 16 Resultado obtenido: 12 Mantener a: 4 Aumentar a: 5 Resultado obtenido: 5

INTERVENCIONES (NIC): (5603) Enseñanza: Cuidado de los pies
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edemas en los pies. Inspeccionar los zapatos del paciente para ver si calzan correctamente. Poner los pies en remojo, si es necesario. Secar cuidadosamente los espacios interdigitales. Aplicar loción. Limpia las uñas. Aplicar polvos absorbentes, si está indicado. Comentar con el paciente la rutina habitual de cuidado de los pies. Instruir al paciente / familia en la importancia del cuidado de los pies. Ofrecer una inducción positiva respecto de las actividades de cuidados de los pies por sí mismo. Observar el paso del paciente y la distribución de peso sobre los pies. Controlar la limpieza y estado general de los zapatos y calcetines. Enseñar al paciente a que inspecciones el interior de los zapatos por si hay zonas ásperas. Comprobar el nivel de hidratación de los pies. Observar si hay edema en piernas y pies. Instruir al paciente acerca de la importancia de la inspección, especialmente cuando disminuya la sensibilidad. Cortar las uñas de los pies de grosor normal cuando estén blandas, con un cortaúñas y utilizando la curva del dedo como guía. Remitir al podólogo para el corte de las uñas gruesas.

INTERVENCIÓN (NIC): (5614) Enseñanza: dieta prescrita
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado. Remitir al paciente a un dietista / experto en nutrición. Explicar el propósito de la dieta. Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible. Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. Informar al paciente de las posibles interacciones de fármacos / comida. Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita. Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente. Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas. Proporcionar un plan escrito de comidas. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. Incluir a la familia / ser querido.

INTERVENCIONES (NIC): (5616) Enseñanza: Medicamento prescrito
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. • Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento. • Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. • Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa). • Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis. • Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. • Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas). • Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento. • Enseñar al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios. • Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios. • Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede. • Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos. • Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración. • Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad. • Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

INTERVENCIONES (NIC): (2120) Manejo de la hiperglucemia
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado. • Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas. • Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina. • Comprobar los niveles de gases en sangre arterial, electrolitos y betahidroxibutirato, según disponibilidad. • Vigilar presión sanguínea ortostática y pulso, si está indicado. • Administrar insulina según prescripción. • Potenciar la ingesta oral de líquidos. • Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.. • Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. • Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia. • Fomentar el control de los niveles de glucosa en sangre. • Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios.

Dominio: 2	Clase: 1				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades		(1004) Estado nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestión de nutrientes • Relación peso/talla • Hidratación 	Desviación grave del rango normal Hasta sin desviación del rango normal.	Mantener a: 8 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 13
Factores relacionados (causas) E Aporte excesivo con relación a la actividad física		(1633) Participación en el ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> • Participa con el ejercicio con regularidad. • Realiza ejercicio correctamente • Participa en ejercicios para mantener el equilibrio • Se adhiere al programa de ejercicios 	Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado	Mantener a: 11 Aumentar a: 15 Resultado obtenido: 13
Características definitorias (signos y síntomas) IMC mayor a 25					

INTERVENCIONES (NIC): (5246) Asesoramiento nutricional
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica de confianza y respeto. • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional • Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética. • Proporcionar información, acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud. • Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento, y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales. • Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. • Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. • Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas. • Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lectura de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda. • Comentar el significado de la comida para el paciente. • Brindar información sobre los cuatro grupos alimenticios y unas guías alimentarias al paciente.

INTERVENCIÓN (NIC): (4310) TERAPIA DE ACTIVIDAD
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. • Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. • Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer, mas que en los déficits. • Ayudarle a programar periodos específicos en su rutina diaria. • Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud. • Coordinar la selección del paciente de las actividades adecuadas para su edad. • Fomentar la participación en actividades de grupo. • Sugerir métodos de incrementar la actividad física diaria. • Fomentar las actividades recreativas y de diversión que tenga por objeto disminuir la ansiedad: cantar en grupo, actividades lúdicas. • Permitir la participación de la familia en las actividades. Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y el refuerzo. • Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad. • Ayudar al paciente a monitorizar el propio progreso en la consecución de objetivos.

Dominio: 3	Clase: 1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Etiqueta (problema) p Incontinencia urinaria de esfuerzo	
Factores relacionados (causas) E Debilitamiento de los músculos del suelo pélvico.	

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(0502) Continencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce la urgencia miccional • Micción mayor a 150 ml cada vez • Pérdidas de orina entre micciones • Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina • Pérdida de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, reír, levantar peso). 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Mantener a: 10 Aumentar a: 20 Resultado obtenido: 20

INTERVENCIONES (NIC): (560) Ejercicios del suelo pélvico
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de evacuar. • Enseñar al paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal. • Enseñar al paciente a evitar contraer los músculos abdominales, muslos glúteos, los que participan en la respiración o estirarse durante la realización de los ejercicios. • Asegurarse de que el paciente puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseado y el esfuerzo de contención no deseado. • Enseñar a la paciente femenina a identificar los músculos elevador del ano y urogenital colocando un dedo en la vagina y procediendo a apretar. • Enseñar al paciente a realizar ejercicios de contracción muscular, entre 30 y 50 cada día, manteniendo la contracción durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo diez segundos entre cada contracción. • Enseñar al paciente a detener y reiniciar el flujo de orina. • Explicar al paciente que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6 – 12 semanas. • Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos. • Enseñar al paciente a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina no más de una vez por semana. • Proporcionar retroalimentación o estimulación eléctrica en pacientes, cuando la asistencia esté indicada, para identificar los músculos correctos para contraer y / o escoger la fuerza deseada de la contracción del músculo. • Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas. • Comentar el registro diario de continencia con el paciente para proporcionar seguridad.

Dominio: 2	Clase: 1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Etiqueta (problema) p Deterioro de la memoria	
Factores relacionados (causas) E Deterioro cognitivo por envejecimiento	
Características definitorias (signos y síntomas) Expresa experiencia de olvidos Incapacidad para aprender nueva información incapacidad para recordar acontecimientos	

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
0908) Deterioro de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda información inmediata de manera precisa • Recuerda información reciente de forma precisa • Recuerda información remota de forma precisa 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 9 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 12

INTERVENCIONES (NIC): (4760) Entrenamiento de la memoria
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el paciente cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado. • Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. • Recordar experiencias pasadas con el paciente • Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información. • Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje y el recuerdo de la información verbal o gráfica presentada. • Proporcionar entrenamiento de orientación, como el que el paciente repase información y fechas personales. • Proporcionar oportunidades para la concentración, como juegos de mesa. • Facilitar oportunidad de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: GGZ		Fecha de nacimiento: 15 de Noviembre de 1936	
Edad: 78 años	Sexo: M	Domicilio: Geranio 25 Colonia el Palmar	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 23 de Agosto del 2016			Folio: 11

Motivo de consulta: Realización de Historia Clínica Diagnostico presuntivo: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">T° 36.2 °C</td> <td style="text-align: center;">F.C 68 lpm</td> <td style="text-align: center;">F.R 12 rpm</td> <td style="text-align: center;">T.A 130/80 mm/hG</td> <td style="text-align: center;">G.C. 245 mg/dl</td> </tr> </table>	T° 36.2 °C	F.C 68 lpm	F.R 12 rpm	T.A 130/80 mm/hG	G.C. 245 mg/dl
T° 36.2 °C	F.C 68 lpm	F.R 12 rpm	T.A 130/80 mm/hG	G.C. 245 mg/dl		

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Vacunación completa</td> <td>Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negada	Alimentos: Negada	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negada																				
Alimentos: Negada																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Bueno</td> <td>Regular</td> <td>Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Una vez</td> <td>Dos veces</td> <td>Tres veces</td> <td>Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Cada tercer día</td> <td>Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Siempre</td> <td>Nunca</td> <td>A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <p>Especifique:</p> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <p>Especifique:</p>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	<p>1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Cuando está enfermo</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Cuando lo requiere</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué? Se me olvida</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué? No se para que son las medicinas</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué? Cirugía Oftálmica, Glomérulo Nefritis</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué? Se me olvida	Si	No	¿Por qué? No se para que son las medicinas	Si	No	¿Por qué?	Si	No	¿Por qué? Cirugía Oftálmica, Glomérulo Nefritis	Si	No	¿Por qué?
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué? Se me olvida																																																	
Si	No	¿Por qué? No se para que son las medicinas																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué? Cirugía Oftálmica, Glomérulo Nefritis																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1 Talla y peso
 1.59 Mts | 72 Kg

2.2 ¿Número de comidas al día?
 <2 | 3 | Especifique

2.3 ¿En qué lugar come?
 Casa | Trabajo | Escuela | Otro

2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?
 Si | No | ¿Cuál?

2.5 ¿Qué alimentos le gustan?
 Frutas | Verduras | Carne | Leguminosas | Otro

2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?
 Frutas | Verduras | Carnes | Leguminosas | Otro

2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad

Agua natural	Agua azucarada	Refresco
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No

2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?
 Si | No | Frecuencia

2.12 ¿Cómo considera su apetito?
 Normal | Aumentado | Disminuido

2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?
 Ninguno | Aumentado__ kg | Disminuido__ kg

2.14 ¿Usa prótesis dentales?
 Si | No

2.15 La piel es:

Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente	

2.16 Las uñas son:

Color	Rosadas	Amarillentas
Forma	Cóncava	Convexa
Textura	Dura	Quebradiza

2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?
 Si | No

3.- ELIMINACIÓN

3.1 Número de micciones al día
 4

3.2. Características de la micción

Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro

3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?
 Si | No

3.4 Tiene dolor al miccionar:
 Si | No

3.5 Número de deposiciones al día:
 1 | 2-3 | >3

3.6 Características de la deposición

Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases

3.7 ¿Presenta estreñimiento?
 Si | No

3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?
 Si | No

3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?
 Si | No

3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?
 Si | No

3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?
 Si | No

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <p>Buena <input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/></p> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <p>Sí <input checked="" type="checkbox"/> Caminata <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <p>Bast3n <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/></p>	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Bañarse</td> <td>Comer</td> <td>Caminar</td> <td>Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <p>130/80 mm/hG <input type="checkbox"/> 12 rpm <input type="checkbox"/></p>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama										
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio										
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar										

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <p>10:00PM <input checked="" type="checkbox"/> 11:00PM <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <p>6h <input type="checkbox"/> 8h <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	--

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
---	---

7.- AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	--

8.- ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <table border="1"> <tr> <td>Estudiante</td> <td>Hogar</td> <td>Trabajador</td> </tr> </table> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <table border="1"> <tr> <td>Solo</td> <td>Familia</td> <td>Cónyuge</td> <td>Amigos</td> <td>Otros</td> </tr> </table> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <table border="1"> <tr> <td>3-4</td> <td>5-7</td> <td>>8</td> </tr> </table> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Estudiante	Hogar	Trabajador	Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros	3-4	5-7	>8	Si	No	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <table border="1"> <tr> <td>Buena</td> <td>Mala</td> <td>Regular</td> </tr> </table> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Buena	Mala	Regular	Si	No
Estudiante	Hogar	Trabajador																					
Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros																			
3-4	5-7	>8																					
Si	No																						
Si	No																						
Si	No																						
Buena	Mala	Regular																					
Si	No																						

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Regular</td> <td>Irregular</td> <td>Menopausia</td> </tr> </table> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <table border="1"> <tr> <td>G=5</td> <td>P=5</td> <td>C=</td> <td>A=</td> </tr> </table> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo que usa?</p> <table border="1"> <tr> <td>Condón</td> <td>DIU</td> <td>Orales</td> <td>Implante</td> <td>Ninguno</td> </tr> </table>	Regular	Irregular	Menopausia	Si	No	G=5	P=5	C=	A=	Si	No	Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No								
Regular	Irregular	Menopausia																									
Si	No																										
G=5	P=5	C=	A=																								
Si	No																										
Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno																							
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										

10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <table border="1"> <tr> <td>Medicamentos</td> <td>Drogas</td> <td>Alcohol</td> <td>Apoyo social/familiar</td> </tr> </table>	Si	No	Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1"> <tr> <td>Comer</td> <td>Beber</td> <td>Leer</td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Comer	Beber	Leer	Fumar	Drogas	Especifique	Si	No
Si	No														
Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar												
Comer	Beber	Leer													
Fumar	Drogas	Especifique													
Si	No														

11.- VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión que profesa</p> <table border="1"> <tr> <td>Católico</td> <td>Protestante</td> <td>Ateo</td> </tr> <tr> <td>Cristiano</td> <td>Judío</td> <td>Otra</td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Católico	Protestante	Ateo	Cristiano	Judío	Otra	Si	No	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <p>La enfermedad se complica si no se sobrelleva, la muerte esta sobrepuesta por Dios.</p>	Si	No	Si	No
Católico	Protestante	Ateo											
Cristiano	Judío	Otra											
Si	No												
Si	No												
Si	No												

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Sánchez Sandoval Uriel.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: GZG

Edad: Sexo: M F Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: X Tabaquismo: Patologías agregadas: HAS

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular								
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos								
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Masculino de 78 de edad, con antecedentes patológicos de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, con presencia neuropatía diabética leve. Glucosa capilar de 245 mg/dl, IMC 28.5 (Sobrepeso), con dificultad para conciliar adecuadamente el sueño, refiriendo su tiempo de descanso no es reparador.

A la exploración física con problemas de la agudeza visual y para distinguir olores y sabores, alteraciones de la memoria a corto plazo, manifiesta episodios de enojo continuos, aburrimiento, sensación de miedo inexplicable y periodos de desesperanza.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- Hiperglicemia (245 mg/dl)
- Se siente deprimido
 - Desesperanza
 - Ansiedad
 - Miedo
- Alteraciones sensoriales
- Alteraciones de la memoria a corto plazo

Dominio: 2 Clase: 1					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Riesgo de síndrome de desequilibrio metabólico.		(2300) Nivel de glucemia	<ul style="list-style-type: none"> Concentración sanguínea de glucosa 	Desviación GRAVE del rango normal hasta SIN desviación del rango normal.	Mantener a: 1 Aumentar a: 4 Resultado obtenido: 2
Factores relacionados (causas) E Hiperglicemia		(1619) Autocontrol: diabetes	<ul style="list-style-type: none"> Realiza prácticas preventivas de cuidado de los pies. Realiza el régimen de tratamiento según lo prescrito 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Mantener a: 2 Aumentar a: 6 Resultado obtenido: 5

INTERVENCIONES (NIC): (5603) Enseñanza: Cuidado de los pies
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edemas en los pies. Inspeccionar los zapatos del paciente para ver si calzan correctamente. Poner los pies en remojo, si es necesario. Secar cuidadosamente los espacios interdigitales. Aplicar loción. Limpieza de las uñas. Aplicar polvos absorbentes, si está indicado. Comentar con el paciente la rutina habitual de cuidado de los pies. Instruir al paciente / familia en la importancia del cuidado de los pies. Ofrecer una inducción positiva respecto de las actividades de cuidados de los pies por sí mismo. Observar el paso del paciente y la distribución de peso sobre los pies. Controlar la limpieza y estado general de los zapatos y calcetines. Enseñar al paciente a que inspeccione el interior de los zapatos por si hay zonas ásperas. Comprobar el nivel de hidratación de los pies. Observar si hay edema en piernas y pies. Instruir al paciente acerca de la importancia de la inspección, especialmente cuando disminuya la sensibilidad. Cortar las uñas de los pies de grosor normal cuando estén blandas, con un cortaúñas y utilizando la curva del dedo como guía. Remitir al podólogo para el corte de las uñas gruesas.

INTERVENCIÓN (NIC): (5614) Enseñanza: dieta prescrita
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado. Remitir al paciente a un dietista / experto en nutrición. Explicar el propósito de la dieta. Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible. Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. Informar al paciente de las posibles interacciones de fármacos / comida. Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita. Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente. Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas. Proporcionar un plan escrito de comidas. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. Incluir a la familia / ser querido.

INTERVENCIONES (NIC): (5616) Enseñanza: Medicamento prescrito
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. • Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento. • Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. • Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa). • Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis. • Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. • Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas). • Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento. • Enseñar al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios. • Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios. • Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede. • Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos. • Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración. • Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad. • Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

INTERVENCIONES (NIC): (2120) Manejo de la hiperglucemia
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado. • Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas. • Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina. • Comprobar los niveles de gases en sangre arterial, electrolitos y betahidroxibutirato, según disponibilidad. • Vigilar presión sanguínea ortostática y pulso, si está indicado. • Administrar insulina según prescripción. • Potenciar la ingesta oral de líquidos. • Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.. • Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. • Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia. • Fomentar el control de los niveles de glucosa en sangre. • Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios

Dominio: 2	Clase: 1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	

Etiqueta (problema) p
Deterioro de la memoria

Factores relacionados (causas) E
Deterioro cognitivo por envejecimiento

Características definitorias (signos y síntomas)
Expresa experiencia de olvidos
Incapacidad para aprender nueva información
incapacidad para recordar acontecimientos

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(0908) Deterioro de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda información inmediata de manera precisa • Recuerda información reciente de forma precisa • Recuerda información remota de forma precisa 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 4 Aumentar a: 11 Resultado obtenido: 13

INTERVENCIONES (NIC): (4760) Entrenamiento de la memoria	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> Comentar con el paciente cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado. Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. Recordar experiencias pasadas con el paciente Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información. Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje y el recuerdo de la información verbal o gráfica presentada. Proporcionar entrenamiento de orientación, como el que el paciente repase información y fechas personales. Proporcionar oportunidades para la concentración, como juegos de mesa. Facilitar oportunidad de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes. 	

Dominio: 2	Clase: 1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Etiqueta (problema) p Aflicción crónica	
Factores relacionados (causas) E Problemas familiares	
Características definitorias (signos y síntomas) Expresa sentimientos de tristeza, desesperanza, depresión y temor.	

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(1208) Nivel de Depresión	<ul style="list-style-type: none"> Estado de ánimo deprimido Tristeza Enfado 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 10 Aumentar a: 13 Resultado obtenido: 12
(1201) Esperanza	<ul style="list-style-type: none"> Expresión de una orientación futura positiva Expresión de significado de la vida 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Mantener a: 5 Aumentar a: 8 Resultado obtenido: 8
(1210) Nivel de miedo	<ul style="list-style-type: none"> Temor verbalizado Abandono 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 5 Aumentar a: 8 Resultado obtenido: 9

INTERVENCIONES (NIC): (5330) Control del estado de ánimo	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el humor (signos, síntomas, historia personal inicialmente), sobre un patrón estándar regular. Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás. Remitir al paciente para la evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que pueda contribuir a un humor alterado (alteraciones tiroideas, alteraciones psiquiátricas, etc.). Comprobar la capacidad para el autocuidado (higiene, alimentación, evacuación, etc.). Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal, hidratación, etc.). Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de vigilia / sueño (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína y medicamentos sedantes). Proporcionar oportunidades de actividad física (caminar, montar en bicicleta estática, etc.). Proporcionar o remitir a psicoterapia (conductismo cognitivo, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente. Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o dar oportunidad al paciente para hablar acerca de sus sentimientos. Ayudar al paciente a controlar conscientemente el humor (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar diario). Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes en el humor disfuncional. Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del humor disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales y problemas físicos). Proporcionar actividades sociales y/o entrenamiento en asertividad, según sea necesario. Proporcionar retroalimentación al paciente de acuerdo con la convivencia de sus conductas sociales. Proporcionar guía sobre el desarrollo y mantenimiento de sistemas de apoyo (familia, amigos, recursos espirituales, grupos de apoyo y asesoramiento, etc.). 	

**INTERVENCIÓN (NIC):
(5270) Apoyo Emocional**

ACTIVIDADES

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Remitir a servicios de asesoramiento.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: MMHP			Fecha de nacimiento: 13 de Marzo de 1941
Edad: 79 años	Sexo: Masculino	Domicilio: Av. Tepozanes #42, Nezahualcóyotl. Edo. Méx	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 07 de Febrero del 2017			Folio: 12

Motivo de consulta: Realización de Historia Clínica Diagnostico presuntivo: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">T° 36.8 °C</td> <td style="text-align: center;">F.C 88 lpm</td> <td style="text-align: center;">F.R 10 rpm</td> <td style="text-align: center;">T.A 130/80 mm/hG</td> <td style="text-align: center;">G.C. 145 mg/dl</td> </tr> </table>	T° 36.8 °C	F.C 88 lpm	F.R 10 rpm	T.A 130/80 mm/hG	G.C. 145 mg/dl
T° 36.8 °C	F.C 88 lpm	F.R 10 rpm	T.A 130/80 mm/hG	G.C. 145 mg/dl		

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Vacunación completa</td> <td>Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Medicamentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negada	Alimentos: Negada	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negada																				
Alimentos: Negada																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

1.1 ¿Cómo considera su estado de salud? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Bueno</td> <td>Regular</td> <td>Malo</td> </tr> </table> 1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Una vez</td> <td>Dos veces</td> <td>Tres veces</td> <td>Nunca</td> </tr> </table> 1.3 ¿Cada cuándo se baña? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Cada tercer día</td> <td>Otro</td> </tr> </table> 1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Siempre</td> <td>Nunca</td> <td>A veces</td> </tr> </table> 1.5 ¿Fuma? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> 1.6 ¿Con qué frecuencia? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> 1.7 Cantidad Especifique: 1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> 1.9 Con qué frecuencia <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique: Reuniones</td> </tr> </table> 1.10 Cantidad: Especifique: 2 a 3 copas	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique: Reuniones	1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> 1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Cuando está enfermo</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> 1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Cuando lo requiere</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> 1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué? Recuperas la salud rápido</td> </tr> </table> 1.15 ¿Se automedica? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.17 ¿Ha sido hospitalizado? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué? Recuperas la salud rápido	Si	No	¿Por qué?									
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique: Reuniones																																																
Si	No																																																		
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué? Recuperas la salud rápido																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

<p>2.1 Talla y peso</p> <p>1.64 Mts 72 Kg</p> <p>2.2 ¿Número de comidas al día?</p> <p><2 3 Especifique</p> <p>2.3 ¿En qué lugar come?</p> <p>Casa Trabajo Escuela Otro</p> <p>2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?</p> <p>Si No ¿Cuál?</p> <p>2.5 ¿Qué alimentos le gustan?</p> <p>Frutas Verduras Carne Leguminosas Otro</p> <p>2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?</p> <p>Frutas Verduras Carnes Leguminosas Otro</p> <p>2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad</p> <table border="1"> <tr> <td>Agua natural</td> <td>Agua azucarada</td> <td>Refresco</td> </tr> <tr> <td><1lt. >1lt. </td> <td><1lt. >1lt. </td> <td><1lt. >1lt No</td> </tr> </table>	Agua natural	Agua azucarada	Refresco	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No	<p>2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?</p> <p>Si No Frecuencia: Reuniones</p> <p>2.12 ¿Cómo considera su apetito?</p> <p>Normal Aumentado Disminuido</p> <p>2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?</p> <p>Ninguno Aumentado__ kg Disminuido__ kg</p> <p>2.14 ¿Usa prótesis dentales?</p> <p>Si No</p> <p>2.15 La piel es:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color:</td> <td>Rosada</td> <td>Pálida</td> <td>Ictérica</td> <td>Cianótica</td> </tr> <tr> <td>Turgencia</td> <td>Humectada</td> <td>Deshidratada</td> <td>frágil</td> <td>Firme</td> </tr> <tr> <td>Temp:</td> <td>Normo térmica</td> <td>Fría</td> <td>Caliente</td> <td></td> </tr> </table> <p>2.16 Las uñas son:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Rosadas</td> <td>Amarillentas</td> </tr> <tr> <td>Forma</td> <td>Cóncava</td> <td>Convexa</td> </tr> <tr> <td>Textura</td> <td>Dura</td> <td>Quebradiza</td> </tr> </table> <p>2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?</p> <p>Si No</p>	Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica	Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme	Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente		Color	Rosadas	Amarillentas	Forma	Cóncava	Convexa	Textura	Dura	Quebradiza
Agua natural	Agua azucarada	Refresco																													
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No																													
Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica																											
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme																											
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente																												
Color	Rosadas	Amarillentas																													
Forma	Cóncava	Convexa																													
Textura	Dura	Quebradiza																													

3.- ELIMINACIÓN

<p>3.1 Número de micciones al día</p> <p>7</p> <p>3.2. Características de la micción</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Amarillo claro</td> <td>Amarillo fuerte</td> <td>Incoloro</td> </tr> <tr> <td>Olor</td> <td>Característico</td> <td>Fuerte</td> <td>Inoloro</td> </tr> </table> <p>3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.4 Tiene dolor al miccionar:</p> <p>Si No</p> <p>3.5 Número de deposiciones al día:</p> <p>1 2-3 >3</p>	Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro	Olor	Característico	Fuerte	Inoloro	<p>3.6 Características de la deposición</p> <table border="1"> <tr> <td>Tipo:</td> <td>Formada</td> <td>Líquida</td> <td>Dura</td> <td>Blanda</td> </tr> <tr> <td>Coloración:</td> <td>Café</td> <td>Verdosa</td> <td>Negra</td> <td>Blanca</td> </tr> <tr> <td>Presencia de:</td> <td>Sangre</td> <td>Parásitos</td> <td>Moco</td> <td>Gases</td> </tr> </table> <p>3.7 ¿Presenta estreñimiento?</p> <p>Si No</p> <p>3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?</p> <p>Si No</p> <p>3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?</p> <p>Si No</p> <p>3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?</p> <p>Si No</p>	Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda	Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca	Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases
Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro																					
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro																					
Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda																				
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca																				
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases																				

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Buena</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Regular</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Mala</td> </tr> </table> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Caminata</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Bast3n</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Muletas</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Silla de ruedas</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Caminata	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Bast3n	<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Bañarse</td> <td style="width: 25%;">Comer</td> <td style="width: 25%;">Caminar</td> <td style="width: 25%;">Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;">130/80 mm/hG</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">10 rpm</td> </tr> </table>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar	130/80 mm/hG	10 rpm
<input checked="" type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala																						
<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Caminata	<input type="checkbox"/> No																						
<input type="checkbox"/> Bast3n	<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas																						
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama																					
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio																					
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar																					
130/80 mm/hG	10 rpm																							

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 10:00PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> 11:00PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> </table> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 6h</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> 8h</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> </table> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 10:00PM	<input type="checkbox"/> 11:00PM	<input type="checkbox"/> Otro	<input checked="" type="checkbox"/> 6h	<input type="checkbox"/> 8h	<input type="checkbox"/> Otro	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en d3nde duerme es el adecuado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input checked="" type="checkbox"/> 10:00PM	<input type="checkbox"/> 11:00PM	<input type="checkbox"/> Otro															
<input checked="" type="checkbox"/> 6h	<input type="checkbox"/> 8h	<input type="checkbox"/> Otro															
<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																
<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																
<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																
<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																
<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No																

7.-AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>7.7 ¿Tiene períodos de desesperanza?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No														
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No														
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No														
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No														
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No														
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No														
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No														

8.- ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <p>Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/></p> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <p>Solo <input type="checkbox"/> Familia <input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <p>3-4 <input checked="" type="checkbox"/> 5-7 <input type="checkbox"/> >8 <input type="checkbox"/></p> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <p>Buena <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/></p> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	--

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <p>Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/></p> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <p>G= <input type="checkbox"/> P= <input type="checkbox"/> C= <input type="checkbox"/> A= <input type="checkbox"/></p> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <p>Condón <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Orales <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/></p>	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	---

10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <p>Medicamentos <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Apoyo social/familiar <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <p>Comer <input type="checkbox"/> Beber <input type="checkbox"/> Leer <input type="checkbox"/></p> <p>Fumar <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Especifique: Andar en bicicleta <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
---	--

11.- VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión qué profesa</p> <p>Católico <input checked="" type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Ateo <input type="checkbox"/></p> <p>Cristiano <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/></p> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <p>A veces aunque te cuides mucho te viene la enfermedad y al final la muerte. Pero es importante cuidarse.</p>
---	---

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Sánchez Sandoval Uriel.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: MMHP

Edad: Sexo: M F Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: X Tabaquismo: Patologías agregadas: HAS

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (0)	Ausente (1)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Masculino de 79 años de edad, con antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus de 15 años de evolución, así como hipertensión arterial sistémica, glicemia capilar de 145 mg/dl, neuropatía diabética moderada, IMC de 27.6 (Obesidad grado I), así mismo refiere cambios en la libido sexual y haber mantenido conductas sexuales de riesgo.

A la exploración física presenta alteraciones sensoriales manifestando alteraciones en la vista, en la audición y problemas de la memoria de corto plazo.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- Hiperglicemia (145 mg/dl)
- Neuropatía moderada
- IMC 27.6 (Obesidad grado I)
- Cambios en la libido sexual
- Alteraciones de la vista
- Alteraciones de la audición
- Alteraciones de la memoria de corto plazo
- Conductas sexuales de alto riesgo

Dominio: 1	Clase: 2				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Deterioro de la integridad tisular		(2300) Nivel de glucemia	<ul style="list-style-type: none"> Concentración sanguínea de glucosa 	Desviación GRAVE del rango normal hasta SIN desviación del rango normal.	Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Resultado obtenido: 4
Factores relacionados (causas) E Hiperglicemia e		(1619) Función sensitiva	<ul style="list-style-type: none"> Discriminación de la vibración Parestesia Hiperalgnesia Perdida de la sensibilidad 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 4 Aumentar a: 7 Resultado obtenido: 5
Manifestado por (signos y síntomas) alteraciones sensoriales					

INTERVENCIONES (NIC): (5603) Enseñanza: Cuidado de los pies
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edemas en los pies. Inspeccionar los zapatos del paciente para ver si calzan correctamente. Poner los pies en remojo, si es necesario. Secar cuidadosamente los espacios interdigitales. Aplicar loción. Limpia las uñas. Aplicar polvos absorbentes, si está indicado. Comentar con el paciente la rutina habitual de cuidado de los pies. Instruir al paciente / familia en la importancia del cuidado de los pies. Ofrecer una inducción positiva respecto de las actividades de cuidados de los pies por sí mismo. Observar el paso del paciente y la distribución de peso sobre los pies. Controlar la limpieza y estado general de los zapatos y calcetines. Enseñar al paciente a que inspeccione el interior de los zapatos por si hay zonas ásperas. Comprobar el nivel de hidratación de los pies. Observar si hay edema en piernas y pies. Instruir al paciente acerca de la importancia de la inspección, especialmente cuando disminuya la sensibilidad. Cortar las uñas de los pies de grosor normal cuando estén blandas, con un cortaúñas y utilizando la curva del dedo como guía. Remitir al podólogo para el corte de las uñas gruesas.

INTERVENCIÓN (NIC): (5614) Enseñanza: dieta prescrita
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado. Remitir al paciente a un dietista / experto en nutrición. Explicar el propósito de la dieta. Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible. Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. Informar al paciente de las posibles interacciones de fármacos / comida. Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita. Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente. Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas. Proporcionar un plan escrito de comidas. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. Incluir a la familia / ser querido.

INTERVENCIONES (NIC): (5616) Enseñanza: Medicamento prescrito

ACTIVIDADES

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa).
- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas).
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.
- Enseñar al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios.
- Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede.
- Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.
- Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración.
- Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

INTERVENCIONES (NIC): (2120) Manejo de la hiperglucemia

ACTIVIDADES

- Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.
- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas.
- Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina.
- Comprobar los niveles de gases en sangre arterial, electrolitos y betahidroxibutirato, según disponibilidad.
- Vigilar presión sanguínea ortostática y pulso, si está indicado.
- Administrar insulina según prescripción.
- Potenciar la ingesta oral de líquidos.
- Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia..
- Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.
- Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.
- Fomentar el control de los niveles de glucosa en sangre.
- Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios

Dominio: 2 Clase: 1					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Disfunción sexual</p> <p>Factores relacionados (causas) E Alteración de la función sexual</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) Incapacidad para lograr la satisfacción deseada Verbalización del problema</p>	(0119) Funcionamiento sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Consigue la excitación sexual • Expresa comodidad con la satisfacción sexual 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Mantener a: 2 Aumentar a: 6 Resultado obtenido: 4	

INTERVENCIONES (NIC): (5248) Asesoramiento sexual	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad. • Explicar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés a menudo alteran el funcionamiento sexual. • Presentar las preguntas acerca de la sexualidad con una frase que indique al paciente que muchas personas experimentan dificultades sexuales. • Comenzar con los temas menos sensibles y pasar luego con los más delicados. • Comentar el efecto de la salud y de la enfermedad sobre la salud. • Determinar el nivel de conocimiento y comprensión del paciente sobre la sexualidad. • Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y hacer preguntas. • Comentar las modificaciones necesarias en la actividad sexual, según corresponda. • Ayudar al paciente a expresar la pena y el enfado por las alteraciones del funcionamiento sexual. • Proporcionar información concreta acerca de mitos sexuales y malas informaciones que el paciente pueda manifestar verbalmente. • Remitir al paciente a un terapeuta sexual. • Subrayar la importancia de conocer el historial sexual del compañero. • Instruir al paciente en las prácticas sexuales de bajo riesgo, como las que evitan la penetración corporal o el intercambio de fluidos corporales. • Instruir al paciente sobre la importancia de una buena higiene, lubricación y eliminación de orina después de la relación, para disminuir la susceptibilidad a infecciones. • Fomentar el uso de preservativos. • Enseñar al paciente a elegir preservativos y mantenerlos intactos. • Instruir al paciente sobre la colocación y extracción correcta de los preservativos. 	

Dominio: 2	Clase: 1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Etiqueta (problema) p Deterioro de la memoria	
Factores relacionados (causas) E Deterioro cognitivo por envejecimiento	
Características definitorias (signos y síntomas) Expresa experiencia de olvidos Incapacidad para aprender nueva información incapacidad para recordar acontecimientos	

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(0908) Deterioro de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda información inmediata de manera precisa • Recuerda información reciente de forma precisa • Recuerda información remota de forma precisa 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 4 Aumentar a: 11 Resultado obtenido: 13

INTERVENCIONES (NIC): (4760) Entrenamiento de la memoria	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el paciente cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado. • Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. • Recordar experiencias pasadas con el paciente • Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información. • Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje y el recuerdo de la información verbal o gráfica presentada. • Proporcionar entrenamiento de orientación, como el que el paciente repase información y fechas personales. • Proporcionar oportunidades para la concentración, como juegos de mesa. • Facilitar oportunidad de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes. 	

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: MEOS		Fecha de nacimiento: 3 de Marzo de 1966	
Edad: 50	Sexo: F	Domicilio: Flor 238 Col. Benito Juárez	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 24 de Agosto del 2016			Folio: 13

Motivo de consulta: Realización de Historia Clínica Diagnostico presuntivo: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">T° 36.2 °C</td> <td style="text-align: center;">F.C 76 lpm</td> <td style="text-align: center;">F.R 18 rpm</td> <td style="text-align: center;">T.A 117/78 mm/hG</td> <td style="text-align: center;">G.C. 135 mg/dl</td> </tr> </table>	T° 36.2 °C	F.C 76 lpm	F.R 18 rpm	T.A 117/78 mm/hG	G.C. 135 mg/dl
T° 36.2 °C	F.C 76 lpm	F.R 18 rpm	T.A 117/78 mm/hG	G.C. 135 mg/dl		

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Vacunación completa</td> <td>Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negada	Alimentos: Negada	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negada																				
Alimentos: Negada																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Bueno</td> <td>Regular</td> <td>Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Una vez</td> <td>Dos veces</td> <td>Tres veces</td> <td>Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Cada tercer día</td> <td>Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Siempre</td> <td>Nunca</td> <td>A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <p>Especifique:</p> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <p>Especifique:</p>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	<p>1.11 ¿Consumo otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Cuando está enfermo</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Cuando lo requiere</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué? Para mejorar y estar bien</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué? Para mejorar y estar bien	Si	No	¿Por qué?									
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué? Para mejorar y estar bien																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1 Talla y peso

1.58 Mts	68 Kg
----------	-------

2.2 ¿Número de comidas al día?

<2	3	Especifique
----	---	-------------

2.3 ¿En qué lugar come?

Casa	Trabajo	Escuela	Otro
------	---------	---------	------

2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?

Si	No	¿Cuál?
----	----	--------

2.5 ¿Qué alimentos le gustan?

Frutas	Verduras	Carne	Leguminosas	Otro
--------	----------	-------	-------------	------

2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?

Frutas	Verduras	Carnes	Leguminosas	Otro
--------	----------	--------	-------------	------

2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad

Agua natural	Agua azucarada	Refresco
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt. No

2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?

Si	No	Frecuencia
----	----	------------

2.12 ¿Cómo considera su apetito?

Normal	Aumentado	Disminuido
--------	-----------	------------

2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?

Ninguno	Aumentado__ kg	Disminuido__ kg
---------	----------------	-----------------

2.14 ¿Usa prótesis dentales?

Si	No
----	----

2.15 La piel es:

Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente	

2.16 Las uñas son:

Color	Rosadas	Amarillentas
Forma	Cóncava	Convexa
Textura	Dura	Quebradiza

2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?

Si	No
----	----

3.- ELIMINACIÓN

3.1 Número de micciones al día

6

3.2. Características de la micción

Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro

3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?

Si	No
----	----

3.4 Tiene dolor al miccionar:

Si	No
----	----

3.5 Número de deposiciones al día:

1	2-3	>3
---	-----	----

3.6 Características de la deposición

Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases

3.7 ¿Presenta estreñimiento?

Si	No
----	----

3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?

Si	No
----	----

3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?

Si	No
----	----

3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?

Si	No
----	----

3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?

Si	No
----	----

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <p><input type="checkbox"/> Buena <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala</p> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Caminata <input type="checkbox"/> No</p> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <p><input type="checkbox"/> Bast3n <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas</p>	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Bañarse</td> <td>Comer</td> <td>Caminar</td> <td>Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 117/78 mm/hG <input type="checkbox"/> 18 rpm</p>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama										
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio										
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar										

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <p><input type="checkbox"/> 10:00PM <input checked="" type="checkbox"/> 11:00PM <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <p><input type="checkbox"/> 6h <input checked="" type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
--	--

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
---	---

7.- AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.7 ¿Tiene períodos de desesperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>
--	--

8.- ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <table border="1"> <tr> <td>Estudiante</td> <td>Hogar</td> <td>Trabajador</td> </tr> </table> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <table border="1"> <tr> <td>Solo</td> <td>Familia</td> <td>Cónyuge</td> <td>Amigos</td> <td>Otros</td> </tr> </table> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <table border="1"> <tr> <td>3-4</td> <td>5-7</td> <td>>8</td> </tr> </table> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Estudiante	Hogar	Trabajador	Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros	3-4	5-7	>8	Si	No	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <table border="1"> <tr> <td>Buena</td> <td>Mala</td> <td>Regular</td> </tr> </table> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Buena	Mala	Regular	Si	No
Estudiante	Hogar	Trabajador																					
Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros																			
3-4	5-7	>8																					
Si	No																						
Si	No																						
Si	No																						
Buena	Mala	Regular																					
Si	No																						

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Regular</td> <td>Irregular</td> <td>Menopausia</td> </tr> </table> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <table border="1"> <tr> <td>G=7</td> <td>P=5</td> <td>C=2</td> <td>A=</td> </tr> </table> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <table border="1"> <tr> <td>Condón</td> <td>DIU</td> <td>Orales</td> <td>Implante</td> <td>Ninguno</td> </tr> </table>	Regular	Irregular	Menopausia	Si	No	G=7	P=5	C=2	A=	Si	No	Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No								
Regular	Irregular	Menopausia																									
Si	No																										
G=7	P=5	C=2	A=																								
Si	No																										
Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno																							
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										

10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <table border="1"> <tr> <td>Medicamentos</td> <td>Drogas</td> <td>Alcohol</td> <td>Apoyo social/familiar</td> </tr> </table>	Si	No	Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1"> <tr> <td>Comer</td> <td>Beber</td> <td>Leer</td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Comer	Beber	Leer	Fumar	Drogas	Especifique	Si	No
Si	No														
Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar												
Comer	Beber	Leer													
Fumar	Drogas	Especifique													
Si	No														

11.- VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión qué profesa</p> <table border="1"> <tr> <td>Católico</td> <td>Protestante</td> <td>Ateo</td> </tr> <tr> <td>Cristiano</td> <td>Judío</td> <td>Otra</td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Católico	Protestante	Ateo	Cristiano	Judío	Otra	Si	No	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <p>La enfermedad nos viene por nuestros hábitos y la muerte es lo que termina con nosotros.</p>	Si	No	Si	No
Católico	Protestante	Ateo											
Cristiano	Judío	Otra											
Si	No												
Si	No												
Si	No												

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: ____ X ____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Ortega Pérez Elisa Yaotzihuatl.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: MEOS

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas: HAS

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
(X) Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
Compromiso Sensitivo	N	D	A		N	D	A	
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 50 años de edad, con antecedentes patológicos personales de Diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica de 8 años de evolución, glicemia capilar de 135 mg/dl, IMC 27.3 (Obesidad grado I), sin presencia de neuropatía diabética, antecedentes ginecobstétricos: 7 gestas, 5 partos, 2 cesáreas, refiere haber mantenido conductas sexuales de riesgo, así como su energía a lo largo del día es regular y problemas para el aprendizaje.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- Hiperglucemia (135 mg/dl)
- IMC 27.3 (Obesidad grado I)
- Refiere haber mantenido conductas sexuales de riesgo
- Energía a lo largo del día regular
- Problemas de la memoria a corto plazo

Dominio: 2 Clase: 1					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Riesgo de síndrome de desequilibrio metabólico.	Factores relacionados (causas) E Hiperglicemia	(2300) Nivel de glucemia	<ul style="list-style-type: none"> Concentración sanguínea de glucosa 	Desviación GRAVE del rango normal hasta SIN desviación del rango normal.	Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Resultado obtenido: 4
		(1619) Autocontrol: diabetes	<ul style="list-style-type: none"> Realiza prácticas preventivas de cuidado de los pies. Realiza el régimen de tratamiento según lo prescrito 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Mantener a: 4 Aumentar a: 7 Resultado obtenido: 5

INTERVENCIONES (NIC): (5246) Asesoramiento nutricional
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Establecer una relación terapéutica de confianza y respeto. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia d la ingesta dietética. Proporcionar información, acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud. Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento, y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales. Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas. Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lectura de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda. Comentar el significado de la comida para el paciente. Brindar información sobre los cuatro grupos alimenticios y unas guías alimentarias al paciente.

INTERVENCIÓN (NIC): (4310) TERAPIA DE ACTIVIDAD
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer, mas que en los déficits. Ayudarle a programar periodos específicos en su rutina diaria. Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud. Coordinar la selección del paciente de las actividades adecuadas para su edad. Fomentar la participación en actividades de grupo. Sugerir métodos de incrementar la actividad física diaria. Fomentar las actividades recreativas y de diversión que tenga por objeto disminuir la ansiedad: cantar en grupo, actividades lúdicas. Permitir la participación de la familia en las actividades. Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y el refuerzo. Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad. Ayudar al paciente a monitorizar el propio progreso en la consecución de objetivos.

INTERVENCIONES (NIC): (5616) Enseñanza: Medicamento prescrito
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. • Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento. • Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. • Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa). • Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis. • Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. • Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas). • Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento. • Enseñar al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios. • Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios. • Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede. • Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos. • Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración. • Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad. • Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

INTERVENCIONES (NIC): (2120) Manejo de la hiperglucemia
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado. • Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas. • Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina. • Comprobar los niveles de gases en sangre arterial, electrolitos y betahidroxibutirato, según disponibilidad. • Vigilar presión sanguínea ortostática y pulso, si está indicado. • Administrar insulina según prescripción. • Potenciar la ingesta oral de líquidos. • Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.. • Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. • Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia. • Fomentar el control de los niveles de glucosa en sangre. • Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios

Dominio: 2	Clase: 1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
<p>Etiqueta (problema) p Deterioro de la memoria</p> <p>Factores relacionados (causas) E Deterioro cognitivo por envejecimiento</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) Expresa experiencia de olvidos Incapacidad para aprender nueva información incapacidad para recordar acontecimientos</p>	

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(0908) Deterioro de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda información inmediata de manera precisa • Recuerda información reciente de forma precisa • Recuerda información remota de forma precisa 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 4 Aumentar a: 11 Resultado obtenido: 13

INTERVENCIONES (NIC): (4760) Entrenamiento de la memoria

ACTIVIDADES

- Comentar con el paciente cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado.
- Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente.
- Recordar experiencias pasadas con el paciente
- Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información.
- Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje y el recuerdo de la información verbal o gráfica presentada.
- Proporcionar entrenamiento de orientación, como el que el paciente repase información y fechas personales.
- Proporcionar oportunidades para la concentración, como juegos de mesa.
- Facilitar oportunidad de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: SEHS		Fecha de nacimiento: 24 de Diciembre de 1966	
Edad: 52	Sexo: F	Domicilio: Calle Lirios No. 57, Col. Tamaulipas	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 26 de Agosto del 2016			Folio: 14

Motivo de consulta: Realización de historia clínica Diagnostico presuntivo: Diabetes mellitus, Hipertensión arterial	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">T° 36.7 °C</td> <td style="text-align: center;">F.C 87 lpm</td> <td style="text-align: center;">F.R 16 rpm</td> <td style="text-align: center;">T.A 140/90 mm/hG</td> <td style="text-align: center;">G.C. 188 mg/dl</td> </tr> </table>	T° 36.7 °C	F.C 87 lpm	F.R 16 rpm	T.A 140/90 mm/hG	G.C. 188 mg/dl
T° 36.7 °C	F.C 87 lpm	F.R 16 rpm	T.A 140/90 mm/hG	G.C. 188 mg/dl		

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diabetes</td> <td style="text-align: center;">HTA</td> <td style="text-align: center;">Artritis</td> <td style="text-align: center;">Cáncer</td> <td style="text-align: center;">Epilepsia</td> <td style="text-align: center;">I. Cardiaca</td> <td style="text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diabetes</td> <td style="text-align: center;">HTA</td> <td style="text-align: center;">Artritis</td> <td style="text-align: center;">Cáncer</td> <td style="text-align: center;">Epilepsia</td> <td style="text-align: center;">I. Cardiaca</td> <td style="text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Vacunación completa</td> <td style="text-align: center;">Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td>Medicamentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negada	Alimentos: Negada	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negada																				
Alimentos: Negada																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Bueno</td> <td style="text-align: center;">Regular</td> <td style="text-align: center;">Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Una vez</td> <td style="text-align: center;">Dos veces</td> <td style="text-align: center;">Tres veces</td> <td style="text-align: center;">Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diario</td> <td style="text-align: center;">Cada tercer día</td> <td style="text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Siempre</td> <td style="text-align: center;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diario</td> <td style="text-align: center;">Una vez por semana</td> <td style="text-align: center;">Ocasional</td> <td style="text-align: center;">Especifique</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <p>Especifique: _____</p> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diario</td> <td style="text-align: center;">Una vez por semana</td> <td style="text-align: center;">Ocasional</td> <td style="text-align: center;">Especifique</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <p>Especifique: _____</p>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	<p>1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Cuando está enfermo</td> <td style="text-align: center;">Una vez al mes</td> <td style="text-align: center;">Una vez al año</td> <td style="text-align: center;">otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Cuando lo requiere</td> <td style="text-align: center;">Una vez al mes</td> <td style="text-align: center;">Una vez al año</td> <td style="text-align: center;">otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué? Me hace mejorar mi salud</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué? Me hace mejorar mi salud	Si	No	¿Por qué?									
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué? Me hace mejorar mi salud																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

<p>2.1 Talla y peso</p> <p>1.44 Mts 48 Kg</p> <p>2.2 ¿Número de comidas al día?</p> <p><2 3 Especifique</p> <p>2.3 ¿En qué lugar come?</p> <p>Casa Trabajo Escuela Otro</p> <p>2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?</p> <p>Si No ¿Cuál?</p> <p>2.5 ¿Qué alimentos le gustan?</p> <p>Frutas Verduras Carne Leguminosas Otro</p> <p>2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?</p> <p>Frutas Verduras Carnes Leguminosas Otro</p> <p>2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad</p> <table border="1"> <tr> <td>Agua natural</td> <td>Agua azucarada</td> <td>Refresco</td> </tr> <tr> <td><1lt. >1lt. </td> <td><1lt. >1lt. </td> <td><1lt. >1lt No</td> </tr> </table>	Agua natural	Agua azucarada	Refresco	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No	<p>2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?</p> <p>Si No Frecuencia</p> <p>2.12 ¿Cómo considera su apetito?</p> <p>Normal Aumentado Disminuido</p> <p>2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?</p> <p>Ninguno Aumentado__ kg Disminuido__ kg</p> <p>2.14 ¿Usa prótesis dentales?</p> <p>Si No</p> <p>2.15 La piel es:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color:</td> <td>Rosada</td> <td>Pálida</td> <td>Ictérica</td> <td>Cianótica</td> </tr> <tr> <td>Turgencia</td> <td>Humectada</td> <td>Deshidratada</td> <td>frágil</td> <td>Firme</td> </tr> <tr> <td>Temp:</td> <td>Normo térmica</td> <td>Fría</td> <td>Caliente</td> <td></td> </tr> </table> <p>2.16 Las uñas son:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Rosadas</td> <td>Amarillentas</td> </tr> <tr> <td>Forma</td> <td>Cóncava</td> <td>Convexa</td> </tr> <tr> <td>Textura</td> <td>Dura</td> <td>Quebradiza</td> </tr> </table> <p>2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?</p> <p>Si No</p>	Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica	Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme	Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente		Color	Rosadas	Amarillentas	Forma	Cóncava	Convexa	Textura	Dura	Quebradiza
Agua natural	Agua azucarada	Refresco																													
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No																													
Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica																											
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme																											
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente																												
Color	Rosadas	Amarillentas																													
Forma	Cóncava	Convexa																													
Textura	Dura	Quebradiza																													

3.- ELIMINACIÓN

<p>3.1 Número de micciones al día</p> <p>7</p> <p>3.2. Características de la micción</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Amarillo claro</td> <td>Amarillo fuerte</td> <td>Incoloro</td> </tr> <tr> <td>Olor</td> <td>Característico</td> <td>Fuerte</td> <td>Inoloro</td> </tr> </table> <p>3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.4 Tiene dolor al miccionar:</p> <p>Si No</p> <p>3.5 Número de deposiciones al día:</p> <p>1 2-3 >3</p>	Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro	Olor	Característico	Fuerte	Inoloro	<p>3.6 Características de la deposición</p> <table border="1"> <tr> <td>Tipo:</td> <td>Formada</td> <td>Líquida</td> <td>Dura</td> <td>Blanda</td> </tr> <tr> <td>Coloración:</td> <td>Café</td> <td>Verdosa</td> <td>Negra</td> <td>Blanca</td> </tr> <tr> <td>Presencia de:</td> <td>Sangre</td> <td>Parásitos</td> <td>Moco</td> <td>Gases</td> </tr> </table> <p>3.7 ¿Presenta estreñimiento?</p> <p>Si No</p> <p>3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?</p> <p>Si No</p> <p>3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?</p> <p>Si No</p> <p>3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?</p> <p>Si No</p>	Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda	Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca	Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases
Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro																					
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro																					
Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda																				
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca																				
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases																				

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Buena</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Regular</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Mala</td> </tr> </table> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Caminata</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Bast3n</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Muletas</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Silla de ruedas</td> </tr> </table>	Buena	Regular	Mala	Sí	Caminata	No	Bast3n	Muletas	Silla de ruedas	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Bañarse</td> <td style="width: 25%;">Comer</td> <td style="width: 25%;">Caminar</td> <td style="width: 25%;">Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">140/90 mm/hG</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">16 rpm</td> </tr> </table>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar	140/90 mm/hG	16 rpm
Buena	Regular	Mala																						
Sí	Caminata	No																						
Bast3n	Muletas	Silla de ruedas																						
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama																					
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio																					
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar																					
140/90 mm/hG	16 rpm																							

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">10:00PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">11:00PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">6h</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">8h</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	10:00PM	11:00PM	Otro	6h	8h	Otro	Sí	No	Sí	No	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en d3nde duerme es el adecuado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No
10:00PM	11:00PM	Otro															
6h	8h	Otro															
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																

7.-AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														

8.- ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <p>Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/></p> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <p>Solo <input type="checkbox"/> Familia <input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <p>3-4 <input checked="" type="checkbox"/> 5-7 <input type="checkbox"/> >8 <input type="checkbox"/></p> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <p>Buena <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/></p> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	--

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <p>Regular <input checked="" type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/></p> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <p>G=3 <input checked="" type="checkbox"/> P=2 <input type="checkbox"/> C=1 <input type="checkbox"/> A= <input type="checkbox"/></p> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <p>Condón <input checked="" type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Orales <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/></p>	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	---

10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <p>Medicamentos <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Apoyo social/familiar <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1"> <tr> <td>Comer</td> <td>Beber</td> <td>Leer</td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique: Escuchar música</td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	Comer	Beber	Leer	Fumar	Drogas	Especifique: Escuchar música
Comer	Beber	Leer					
Fumar	Drogas	Especifique: Escuchar música					

11.- VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión qué profesa</p> <table border="1"> <tr> <td>Católico</td> <td>Protestante</td> <td>Ateo</td> </tr> <tr> <td>Cristiano</td> <td>Judío</td> <td>Otra</td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	Católico	Protestante	Ateo	Cristiano	Judío	Otra	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <p>Si no nos cuidamos nos enfermamos y después viene la muerte <input checked="" type="checkbox"/></p>
Católico	Protestante	Ateo					
Cristiano	Judío	Otra					

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Ortega Pérez Elisa Yaotzihuatl.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: SEHS

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas: HAS

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
<input checked="" type="checkbox"/> Dedos en Martillo			
<input type="checkbox"/> Dedos Sobrepuestos			
<input type="checkbox"/> Haluxvalgus			
<input type="checkbox"/> Subluxación de la articulación			
<input type="checkbox"/> Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas: Onicomycosis			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
Compromiso Sensitivo	N	D	A		N	D	A	
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 52 años de edad, con antecedentes personales patológicos de Diabetes mellitus e Hipertensión arterial sistémica de 12 años de evolución, con glicemia capilar de 188 mg/dl, presentando neuropatía diabética severa, T/A 140/90 mm/Hg, IMC 24 (Normal). Con los siguientes antecedentes ginecobstétricos: 3 gestas, 2 partos, 1 cesárea. Refiere problemas para el aprendizaje, así como episodios de enfado frecuente.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- Hiperglicemia (188 mg/dl)
- Neuropatía severa
- T/A 140/90 mm/Hg
- Refiere problemas del aprendizaje y la memoria a corto plazo.
- Episodios de enfado frecuente

Dominio: 11	Clase: 2				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Deterioro de la integridad tisular		(2300) Nivel de glucemia	<ul style="list-style-type: none"> Concentración sanguínea de glucosa 	Desviación GRAVE del rango normal hasta SIN desviación del rango normal.	Mantener a: 3 Aumentar a: 5 Resultado obtenido: 4
Factores relacionados (causas) E Hiperglicemia e Hipertensión arterial sistémica		(1619) Función sensitiva	<ul style="list-style-type: none"> Discriminación de la vibración Parestesia Hiperalgnesia Perdida de la sensibilidad 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 4 Aumentar a: 7 Resultado obtenido: 5
Manifestado por (signos y síntomas) alteraciones sensoriales					

INTERVENCIONES (NIC): (5603) Enseñanza: Cuidado de los pies
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edemas en los pies. Inspeccionar los zapatos del paciente para ver si calzan correctamente. Poner los pies en remojo, si es necesario. Secar cuidadosamente los espacios interdigitales. Aplicar loción. Limpiar las uñas. Aplicar polvos absorbentes, si está indicado. Comentar con el paciente la rutina habitual de cuidado de los pies. Instruir al paciente / familia en la importancia del cuidado de los pies. Ofrecer una inducción positiva respecto de las actividades de cuidados de los pies por sí mismo. Observar el paso del paciente y la distribución de peso sobre los pies. Controlar la limpieza y estado general de los zapatos y calcetines. Enseñar al paciente a que inspecciones el interior de los zapatos por si hay zonas ásperas. Comprobar el nivel de hidratación de los pies. Observar si hay edema en piernas y pies. Instruir al paciente acerca de la importancia de la inspección, especialmente cuando disminuya la sensibilidad. Cortar las uñas de los pies de grosor normal cuando estén blandas, con un cortaúñas y utilizando la curva del dedo como guía. Remitir al podólogo para el corte de las uñas gruesas.

INTERVENCIÓN (NIC): (5614) Enseñanza: dieta prescrita
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado. Remitir al paciente a un dietista / experto en nutrición. Explicar el propósito de la dieta. Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible. Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. Informar al paciente de las posibles interacciones de fármacos / comida. Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita. Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente. Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas. Proporcionar un plan escrito de comidas. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. Incluir a la familia / ser querido.

INTERVENCIONES (NIC): (5616) Enseñanza: Medicamento prescrito
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. • Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento. • Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. • Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa). • Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis. • Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. • Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas). • Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento. • Enseñar al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios. • Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios. • Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede. • Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos. • Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración. • Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad. • Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

INTERVENCIONES (NIC): (2120) Manejo de la hiperglucemia
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado. • Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas. • Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina. • Comprobar los niveles de gases en sangre arterial, electrolitos y betahidroxibutirato, según disponibilidad. • Vigilar presión sanguínea ortostática y pulso, si está indicado. • Administrar insulina según prescripción. • Potenciar la ingesta oral de líquidos. • Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.. • Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. • Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia. • Fomentar el control de los niveles de glucosa en sangre. • Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios

Dominio: 2	Clase: 1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Etiqueta (problema) p Deterioro de la memoria	
Factores relacionados (causas) E Deterioro cognitivo por envejecimiento	
Características definitorias (signos y síntomas) Expresa experiencia de olvidos Incapacidad para aprender nueva información incapacidad para recordar acontecimientos	

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(0908) Deterioro de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda información inmediata de manera precisa • Recuerda información reciente de forma precisa • Recuerda información remota de forma precisa 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 4 Aumentar a: 11 Resultado obtenido: 13

INTERVENCIONES (NIC): (4760) Entrenamiento de la memoria
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el paciente cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado. • Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. • Recordar experiencias pasadas con el paciente • Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información. • Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje y el recuerdo de la información verbal o gráfica presentada. • Proporcionar entrenamiento de orientación, como el que el paciente repase información y fechas personales. • Proporcionar oportunidades para la concentración, como juegos de mesa. • Facilitar oportunidad de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes.

Bibliografía

- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la Hipertensión arterial. Revista Médica del IMSS 2001; 39 (1):67-87.
- Estadísticas vitales de Salud. Morbilidad 2000. Secretaría de Salud.
- Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular. Seh Lelha Levin A, Stevens PE Kidney International 2014; 85:49-61.
- Peterson ED, Gaziano M and Greenland P. Recommendations for Treating Hypertension What are the right goals and purposes. JAMA on line Dec 18, 2013.

Capítulo IV

Historias clínicas de padecientes con probable Artritis Reumatoide

4.1 Concepto de Artritis reumatoide y manifestaciones clínicas

De acuerdo a la Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de Artritis Reumatoide (AR), se considera a la AR una enfermedad de carácter inflamatorio, de persistencia crónica, autoinmune y sistémica, cuya etiología es idiopática; el órgano que afecta es la membrana sinovial, propiciándole inflamación poliarticular tanto de pequeñas y grandes articulaciones, manteniendo la posibilidad de un compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución.

La alteración principal es la inflamación sinovial que produce destrucción del cartílago, con erosiones óseas y deformación articular.

Las personas comienzan manifiestan dolor gradual de una o más articulaciones.

Presentan debilidad y atrofia muscular. Y con el tiempo surgen nódulos de la piel, así como lesiones en nervios periféricos lo que incrementa el dolor.

El abordaje para el diagnóstico de las personas con AR, de reciente inicio debe realizarse de preferencia durante los dos primeros años de evolución del padecimiento, después de este periodo la presencia de daño articular es grave e irreversible. Ante la valoración es importante considerar el número de articulaciones afectadas con signos y síntomas de al menos 6 semanas de duración y con un mínimo de 12 meses de evolución. De esta forma se identificará el estado funcional, daño de la estructura y presencia de manifestaciones extra articulares.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre: AMGH	Fecha de nacimiento: 22 de Mayo de 1945
Edad: 71 años Sexo: F Domicilio: Calle Dania No. 13 Colonia Tamaulipas, Nezahualcóyotl. Estado de México	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 22 de Agosto del 2016	Folio: 15

Motivo de consulta: Realización de Historia Clínica Diagnostico presuntivo: Probable artritis reumatoide	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">T° 36 °C</td> <td style="text-align: center;">F.C 68 lpm</td> <td style="text-align: center;">F.R 12 rpm</td> <td style="text-align: center;">T.A 120/80 mm/hG</td> <td style="text-align: center;">G.C. 97 mg/dl</td> </tr> </table>	T° 36 °C	F.C 68 lpm	F.R 12 rpm	T.A 120/80 mm/hG	G.C. 97 mg/dl
T° 36 °C	F.C 68 lpm	F.R 12 rpm	T.A 120/80 mm/hG	G.C. 97 mg/dl		

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diabetes</td> <td style="text-align: center;">HTA</td> <td style="text-align: center;">Artritis</td> <td style="text-align: center;">Cáncer</td> <td style="text-align: center;">Epilepsia</td> <td style="text-align: center;">I. Cardiaca</td> <td style="text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diabetes</td> <td style="text-align: center;">HTA</td> <td style="text-align: center;">Artritis</td> <td style="text-align: center;">Cáncer</td> <td style="text-align: center;">Epilepsia</td> <td style="text-align: center;">I. Cardiaca</td> <td style="text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Vacunación completa</td> <td style="text-align: center;">Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negado</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negado</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negado	Alimentos: Negado	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negado																				
Alimentos: Negado																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Bueno</td> <td style="text-align: center;">Regular</td> <td style="text-align: center;">Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Una vez</td> <td style="text-align: center;">Dos veces</td> <td style="text-align: center;">Tres veces</td> <td style="text-align: center;">Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diario</td> <td style="text-align: center;">Cada tercer día</td> <td style="text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Siempre</td> <td style="text-align: center;">Nunca</td> <td style="text-align: center;">A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diario</td> <td style="text-align: center;">Una vez por semana</td> <td style="text-align: center;">Ocasional</td> <td style="text-align: center;">Especifique</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Especifique:</td> </tr> </table> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Diario</td> <td style="text-align: center;">Una vez por semana</td> <td style="text-align: center;">Ocasional</td> <td style="text-align: center;">Especifique</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Especifique:</td> </tr> </table>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Especifique:	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Especifique:	<p>1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Cuando está enfermo</td> <td style="text-align: center;">Una vez al mes</td> <td style="text-align: center;">Una vez al año</td> <td style="text-align: center;">otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Cuando lo requiere</td> <td style="text-align: center;">Una vez al mes</td> <td style="text-align: center;">Una vez al año</td> <td style="text-align: center;">otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué? Caída por piso mojado</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué? Colecistis</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué?	Si	No	¿Por qué?	Si	No	¿Por qué? Caída por piso mojado	Si	No	¿Por qué? Colecistis	Si	No	¿Por qué?
Bueno	Regular	Malo																																																			
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																		
Diario	Cada tercer día	Otro																																																			
Siempre	Nunca	A veces																																																			
Si	No																																																				
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																		
Especifique:																																																					
Si	No																																																				
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																		
Especifique:																																																					
Si	No																																																				
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																		
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																		
Si	No	¿Por qué?																																																			
Si	No	¿Por qué?																																																			
Si	No	¿Por qué? Caída por piso mojado																																																			
Si	No	¿Por qué? Colecistis																																																			
Si	No	¿Por qué?																																																			

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1 Talla y peso

1.63 Mts	74 Kg
----------	-------

2.2 ¿Número de comidas al día?

<2	3	Especifique
----	---	-------------

2.3 ¿En qué lugar come?

Casa	Trabajo	Escuela	Otro
------	---------	---------	------

2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?

Si	No	¿Cuál?
----	----	--------

2.5 ¿Qué alimentos le gustan?

Frutas	Verduras	Carne	Leguminosas	Otro
--------	----------	-------	-------------	------

2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?

Frutas	Verduras	Carnes	Leguminosas	Otro
--------	----------	--------	-------------	------

2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad

Agua natural	Agua azucarada	Refresco
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt. No

2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?

Si	No	Frecuencia
----	----	------------

2.12 ¿Cómo considera su apetito?

Normal	Aumentado	Disminuido
--------	-----------	------------

2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?

Ninguno	Aumentado__ kg	Disminuido__ kg
---------	----------------	-----------------

2.14 ¿Usa prótesis dentales?

Si	No
----	----

2.15 La piel es:

Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente	

2.16 Las uñas son:

Color	Rosadas	Amarillentas
Forma	Cóncava	Convexa
Textura	Dura	Quebradiza

2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?

Si	No
----	----

3.- ELIMINACIÓN

3.1 Número de micciones al día

10

3.2. Características de la micción

Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro

3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?

Si	No
----	----

3.4 Tiene dolor al miccionar:

Si	No
----	----

3.5 Número de deposiciones al día:

1	2-3	>3
---	-----	----

3.6 Características de la deposición

Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases

3.7 ¿Presenta estreñimiento?

Si	No
----	----

3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?

Si	No
----	----

3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?

Si	No
----	----

3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?

Si	No
----	----

3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?

Si	No
----	----

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <p><input type="checkbox"/> Buena <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala</p> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Caminata <input type="checkbox"/> No</p> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulación</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas</p>	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Bañarse</td> <td>Comer</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Caminar</td> <td>Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 112/80 mm/hG <input type="checkbox"/> 12 rpm</p>	Bañarse	Comer	<input checked="" type="checkbox"/> Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	<input checked="" type="checkbox"/> Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar
Bañarse	Comer	<input checked="" type="checkbox"/> Caminar	Movilizarse en cama										
Vestirse	Evacuar	<input checked="" type="checkbox"/> Subir escaleras	Ejercicio										
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar										

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 10:00PM <input type="checkbox"/> 11:00PM <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <p><input type="checkbox"/> 6h <input checked="" type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
--	---

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
---	---

7.- AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
--	---

8.- ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <p>Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/></p> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <p>Solo <input type="checkbox"/> Familia <input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <p>3-4 <input checked="" type="checkbox"/> 5-7 <input type="checkbox"/> >8 <input type="checkbox"/></p> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <p>Buena <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/></p> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	--

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <p>Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/></p> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <p>G=5 <input checked="" type="checkbox"/> P=5 <input checked="" type="checkbox"/> C= <input type="checkbox"/> A= <input type="checkbox"/></p> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo que usa?</p> <p>Condón <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Orales <input checked="" type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/></p>	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
---	---

10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <p>Medicamentos <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Apoyo social/familiar <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <p>Comer <input type="checkbox"/> Beber <input type="checkbox"/> Leer <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Fumar <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Especifique <input type="checkbox"/></p> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
---	--

11.- VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión que profesa</p> <p>Católico <input checked="" type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Ateo <input type="checkbox"/></p> <p>Cristiano <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/></p> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <p>La muerte surge a causa de la enfermedad. <input checked="" type="checkbox"/></p>
---	--

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Sánchez Sandoval Uriel.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: AMGH

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular								
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos								
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 71 años de edad, con antecedentes heredofamiliares de artritis reumatoide, con IMC 28.4 (Sobrepeso), refiere problemas para contener la orina, así como el uso de bastón como dispositivo para la deambulaci3n, presenta episodios de enojo frecuentes, depresi3n, ansiedad, desesperanza derivadas de una p3rdida familiar.

A la exploraci3n f3sica se encuentran alteraciones sensoriales (visual, auditiva, olfativa, y del gusto), dolor articular matutino interfal3ngico y presencia de ulceraciones en el quinto oratejo del pie derecho.

Respuestas humanas y Razonamiento diagn3stico

- Dolor articular matutino
- Ulceraci3n en el quinto oratejo del pie derecho
- IMC 28.4 (Obesidad grado I)
- Limitaci3n para la deambulaci3n
- Cursando proceso de duelo
- Depresi3n
- Ansiedad
- Desesperanza
- Alteraciones sensoriales

Dominio: 4	Clase: 2				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Deterioro de la ambulación</p> <p>Factores relacionados (causas) E Obesidad Mórbida</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) Deterioro de la habilidad para caminar distancias requeridas y subir rampas o escaleras.</p>		(0200) Ambular	<ul style="list-style-type: none"> • Soporta el peso. • Camina con marcha eficaz. • Sube escaleras • Baja escaleras. • Camina alrededor de obstáculos. 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido.	Mantener a: 5 Aumentar a: 15 Resultado obtenido: 15

INTERVENCIONES (NIC): (6480) Manejo ambiental
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente seguro par el paciente. • Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta. • Acompañar al paciente en las actividades realizadas fuera de la sala, si procede. • Permitir que la familia / ser querido se queden con el paciente. • Educar al paciente y a la familia acerca de los cambios y precauciones, de forma que no interrumpen inadvertidamente el ambiente planificado.

INTERVENCIÓN (NIC): (0221) Terapia de Ejercicios: Ambulación
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. • Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno. • Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente. • Instruir a cerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde. • Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. • Ayudar al paciente en el traslado cuando sea necesario. • Aplicar / proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) par la deambulación si el paciente no camina bien. • Ayudar al paciente en la deambulación iniciar, si es necesario. • Instruir al paciente / cuidador acerca de las técnicas de traslado ambulación seguras. • Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar. • Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal. • Ayudara al paciente a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulación. • Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de la seguridad.

INTERVENCIONES (NIC): (5614) Enseñanza: dieta prescrita

ACTIVIDADES

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.
- Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado.
- Remitir al paciente a un dietista / experto en nutrición.
- Explicar el propósito de la dieta.
- Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible.
- Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.
- Informar al paciente de las posibles interacciones de fármacos / comida.
- Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita.
- Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita.
- Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados.
- Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente.
- Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas.
- Proporcionar un plan escrito de comidas.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
- Incluir a la familia / ser querido.

Dominio: 3	Clase: 1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	

Etiqueta (problema) p
Incontinencia urinaria de esfuerzo

Factores relacionados (causas) E
Debilitamiento de los músculos del suelo pélvico.

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(0502) Continencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce la urgencia miccional • Micción mayor a 150 ml cada vez • Pérdidas de orina entre micciones • Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina • Pérdida de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, reír, levantar peso). 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Mantener a: 5 Aumentar a: 15 Resultado obtenido: 15

INTERVENCIONES (NIC): (560) Ejercicios del suelo pélvico

ACTIVIDADES

- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de evacuar.
- Enseñar al paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal.
- Enseñar al paciente a evitar contraer los músculos abdominales, muslos glúteos, los que participan en la respiración o estirarse durante la realización de los ejercicios.
- Asegurarse de que el paciente puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseado y el esfuerzo de contención no deseado.
- Enseñar a la paciente femenina a identificar los músculos elevador del ano y urogenital colocando un dedo en la vagina y procediendo a apretar.
- Enseñar al paciente a realizar ejercicios de contracción muscular, entre 30 y 50 cada día, manteniendo la contracción durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo diez segundos entre cada contracción.
- Enseñar al paciente a detener y reiniciar el flujo de orina.
- Explicar al paciente que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6 – 12 semanas.
- Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.
- Enseñar al paciente a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina no más de una vez por semana.
- Proporcionar retroalimentación o estimulación eléctrica en pacientes, cuando la asistencia esté indicada, para identificar los músculos correctos para contraer y / o escoger la fuerza deseada de la contracción del músculo.
- Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas.
- Comentar el registro diario de continencia con el paciente para proporcionar seguridad.

Dominio: 2 Clase: 1					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Aflicción crónica		(1208) Nivel de Depresión	<ul style="list-style-type: none"> Estado de ánimo deprimido Tristeza Enfado 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 10 Aumentar a: 13 Resultado obtenido: 12
Factores relacionados (causas) E Problemas familiares		(1201) Esperanza	<ul style="list-style-type: none"> Expresión de una orientación futura positiva Expresión de significado de la vida 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Mantener a: 5 Aumentar a: 8 Resultado obtenido: 8
Características definitorias (signos y síntomas) Expresa sentimientos de tristeza, desesperanza, depresión y temor.		(1210) Nivel de miedo	<ul style="list-style-type: none"> Temor verbalizado Abandono 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 5 Aumentar a: 8 Resultado obtenido: 9

INTERVENCIONES (NIC): (5330) Control del estado de ánimo
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el humor (signos, síntomas, historia personal inicialmente), sobre un patrón estándar regular. Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás. Remitir al paciente para la evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que pueda contribuir a un humor alterado (alteraciones tiroideas, alteraciones psiquiátricas, etc.). Comprobar la capacidad para el autocuidado (higiene, alimentación, evacuación, etc.). Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal, hidratación, etc.). Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de vigilia / sueño (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína y medicamentos sedantes). Proporcionar oportunidades de actividad física (caminar, montar en bicicleta estática, etc.). Proporcionar o remitir a psicoterapia (conductismo cognitivo, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente. Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o dar oportunidad al paciente para hablar acerca de sus sentimientos. Ayudar al paciente a controlar conscientemente el humor (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar diario). Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes en el humor disfuncional. Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del humor disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales y problemas físicos). Proporcionar actividades sociales y/o entrenamiento en asertividad, según sea necesario. Proporcionar retroalimentación al paciente de acuerdo con la convivencia de sus conductas sociales. Proporcionar guía sobre el desarrollo y mantenimiento de sistemas de apoyo (familia, amigos, recursos espirituales, grupos de apoyo y asesoramiento, etc.).

INTERVENCIÓN (NIC): (5270) Apoyo Emocional
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Comentar la experiencia emocional con el paciente. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos. Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena. Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. Remitir a servicios de asesoramiento.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre: CBG	Fecha de nacimiento: 30 de Mayo de 1945
Edad: 72 años	Sexo: Femenino
Domicilio: Calle Norte 1, Nezahualcóyotl. Edo. Méx.	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 08 de Febrero del 2017	Folio: 01

Motivo de consulta: Elaboración de Historia Clínica Diagnostico presuntivo: Probable Artritis	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">T°</th> <th style="width: 15%;">F.C</th> <th style="width: 15%;">F.R</th> <th style="width: 15%;">T.A</th> <th style="width: 15%;">G.C.</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">36.6 °C</td> <td style="text-align: center;">68 lpm</td> <td style="text-align: center;">18 rpm</td> <td style="text-align: center;">120/60 mm/hG</td> <td style="text-align: center;">91 mg/dl</td> </tr> </table>	T°	F.C	F.R	T.A	G.C.	36.6 °C	68 lpm	18 rpm	120/60 mm/hG	91 mg/dl
T°	F.C	F.R	T.A	G.C.							
36.6 °C	68 lpm	18 rpm	120/60 mm/hG	91 mg/dl							

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Diabetes</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">HTA</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Artritis</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Cáncer</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Epilepsia</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">I. Cardiaca</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Diabetes</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">HTA</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Artritis</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Cáncer</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Epilepsia</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">I. Cardiaca</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Vacunación completa</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negada	Alimentos: Negada	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negada																				
Alimentos: Negada																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Bueno</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Regular</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Una vez</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Dos veces</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Tres veces</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Diario</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Cada tercer día</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Siempre</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Nunca</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Diario</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Una vez por semana</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Ocasional</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Especifique</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <p>Especifique: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Diario</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Una vez por semana</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Ocasional</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Especifique</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <p>Especifique: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	<p>1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Cuando está enfermo</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Una vez al mes</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Una vez al año</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Cuando lo requiere</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Una vez al mes</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Una vez al año</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">No</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">No</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">No</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">No</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">No</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué?												
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1 Talla y peso

1.59 Mts	88 Kg
----------	-------

2.2 ¿Número de comidas al día?

<2	3	Especifique
----	---	-------------

2.3 ¿En qué lugar come?

Casa	Trabajo	Escuela	Otro
------	---------	---------	------

2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?

Si	No	¿Cuál?
----	----	--------

2.5 ¿Qué alimentos le gustan?

Frutas	Verduras	Carne	Leguminosas	Otro
--------	----------	-------	-------------	------

2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?

Frutas	Verduras	Carnes	Leguminosas	Otro
--------	----------	--------	-------------	------

2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad

Agua natural	Agua azucarada	Refresco
<1lt. >1lt. 1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt. No

2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?

Si	No	Frecuencia
----	----	------------

2.12 ¿Cómo considera su apetito?

Normal	Aumentado	Disminuido
--------	-----------	------------

2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?

Ninguno	Aumentado__ kg	Disminuido__ kg
---------	----------------	-----------------

2.14 ¿Usa prótesis dentales?

Si	No
----	----

2.15 La piel es:

Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente	

2.16 Las uñas son:

Color	Rosadas	Amarillentas
Forma	Cóncava	Convexa
Textura	Dura	Quebradiza

2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?

Si	No
----	----

3.- ELIMINACIÓN

3.1 Número de micciones al día

8

3.2. Características de la micción

Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro

3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?

Si	No
----	----

3.4 Tiene dolor al miccionar:

Si	No
----	----

3.5 Número de deposiciones al día:

1	2-3	>3
---	-----	----

3.6 Características de la deposición

Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases

3.7 ¿Presenta estreñimiento?

Si	No
----	----

3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?

Si	No
----	----

3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?

Si	No
----	----

3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?

Si	No
----	----

3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?

Si	No
----	----

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <p><input type="checkbox"/> Buena <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala</p> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Caminata <input type="checkbox"/> No</p> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulación</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas</p>	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Bañarse</td> <td>Comer</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Caminar</td> <td>Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 120/60 mm/hG <input type="checkbox"/> 18 rpm</p>	Bañarse	Comer	<input checked="" type="checkbox"/> Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	<input checked="" type="checkbox"/> Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar
Bañarse	Comer	<input checked="" type="checkbox"/> Caminar	Movilizarse en cama										
Vestirse	Evacuar	<input checked="" type="checkbox"/> Subir escaleras	Ejercicio										
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar										

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 10:00PM <input type="checkbox"/> 11:00PM <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 6h <input type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
--	--

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>
---	---

7.-AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>
--	--

8.- ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <table border="1"> <tr> <td>Estudiante</td> <td>Hogar</td> <td>Trabajador</td> </tr> </table> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <table border="1"> <tr> <td>Solo</td> <td>Familia</td> <td>Cónyuge</td> <td>Amigos</td> <td>Otros</td> </tr> </table> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <table border="1"> <tr> <td>3-4</td> <td>5-7</td> <td>>8</td> </tr> </table> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Estudiante	Hogar	Trabajador	Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros	3-4	5-7	>8	Si	No	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <table border="1"> <tr> <td>Buena</td> <td>Mala</td> <td>Regular</td> </tr> </table> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Buena	Mala	Regular	Si	No
Estudiante	Hogar	Trabajador																					
Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros																			
3-4	5-7	>8																					
Si	No																						
Si	No																						
Si	No																						
Buena	Mala	Regular																					
Si	No																						

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Regular</td> <td>Irregular</td> <td>Menopausia</td> </tr> </table> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <table border="1"> <tr> <td>G=5</td> <td>P=3</td> <td>C=2</td> <td>A=</td> </tr> </table> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <table border="1"> <tr> <td>Condón</td> <td>DIU</td> <td>Orales</td> <td>Implante</td> <td>Ninguno</td> </tr> </table>	Regular	Irregular	Menopausia	Si	No	G=5	P=3	C=2	A=	Si	No	Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No								
Regular	Irregular	Menopausia																									
Si	No																										
G=5	P=3	C=2	A=																								
Si	No																										
Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno																							
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										

10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <table border="1"> <tr> <td>Medicamentos</td> <td>Drogas</td> <td>Alcohol</td> <td>Apoyo social/familiar</td> </tr> </table>	Si	No	Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1"> <tr> <td>Comer</td> <td>Beber</td> <td>Leer</td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique: Caminar</td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Comer	Beber	Leer	Fumar	Drogas	Especifique: Caminar	Si	No
Si	No														
Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar												
Comer	Beber	Leer													
Fumar	Drogas	Especifique: Caminar													
Si	No														

11.- VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión que profesa</p> <table border="1"> <tr> <td>Católico</td> <td>Protestante</td> <td>Ateo</td> </tr> <tr> <td>Cristiano</td> <td>Judío</td> <td>Otra</td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Católico	Protestante	Ateo	Cristiano	Judío	Otra	Si	No	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <table border="1"> <tr> <td>Dios es quien nos castiga con la muerte y la enfermedad.</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Dios es quien nos castiga con la muerte y la enfermedad.
Católico	Protestante	Ateo												
Cristiano	Judío	Otra												
Si	No													
Si	No													
Si	No													
Dios es quien nos castiga con la muerte y la enfermedad.														

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Sánchez Sandoval Uriel.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: GCB

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
Compromiso Sensitivo	N	D	A		N	D	A	
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 72 años de edad con probable diagnóstico de Artritis reumatoide, IMC 35.2 (Obesidad grado II). Refiere episodios de enojo, depresión, ansiedad y aburrimiento.

A la exploración física se encontraron los siguientes hallazgos: alteraciones articulares en la zona metacarpofalángicas, con presencia de eritema, aumento de la temperatura local y limitación de la movilidad articular, presenta alteraciones sensoriales (visual, olfativa y del gusto).

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- Alteraciones articulares (eritema, calor local, limitación de la movilidad).
- IMC 35.2 (Obesidad grado II)
- Alteraciones sensoriales (visual, olfativa y del gusto)
- Enojo
- Depresión
- Ansiedad
- Aburrimiento

Dominio: 4	Clase: 2				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Deterioro de la ambulación</p> <p>Factores relacionados (causas) E Obesidad Mórbida</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) Deterioro de la habilidad para caminar distancias requeridas y subir rampas o escaleras.</p>		(0200) Ambular	<ul style="list-style-type: none"> • Soporta el peso. • Camina con marcha eficaz. • Sube escaleras • Baja escaleras. • Camina alrededor de obstáculos. 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido.	Mantener a: 5 Aumentar a: 15 Resultado obtenido: 15

INTERVENCIONES (NIC): (6480) Manejo ambiental
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente seguro par el paciente. • Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta. • Acompañar al paciente en las actividades realizadas fuera de la sala, si procede. • Permitir que la familia / ser querido se queden con el paciente. • Educar al paciente y a la familia acerca de los cambios y precauciones, de forma que no interrumpen inadvertidamente el ambiente planificado.

INTERVENCIÓN (NIC): (0221) Terapia de Ejercicios: Ambulación
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulacion y evite lesiones. • Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno. • Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente. • Instruir a cerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde. • Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. • Ayudar al paciente en el traslado cuando sea necesario. • Aplicar / proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) par la deambulacion si el paciente no camina bien. • Ayudar al paciente en la deambulacion iniciar, si es necesario. • Instruir al paciente / cuidador acerca de las técnicas de traslado ambulacion seguras. • Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar. • Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal. • Ayudara al paciente a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulacion. • Fomentar una deambulacion independiente dentro de los límites de la seguridad.

INTERVENCIONES (NIC): (5614) Enseñanza: dieta prescrita
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. • Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado. • Remitir al paciente a un dietista / experto en nutrición. • Explicar el propósito de la dieta. • Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible. • Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. • Informar al paciente de las posibles interacciones de fármacos / comida. • Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. • Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita. • Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. • Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente. • Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas. • Proporcionar un plan escrito de comidas. • Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. • Incluir a la familia / ser querido.

Dominio: 2 Clase: 1					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Aflicción crónica Factores relacionados (causas) E Problemas familiares Características definitorias (signos y síntomas) Expresa sentimientos de tristeza, desesperanza, depresión y temor.	(1208) Nivel de Depresión	<ul style="list-style-type: none"> Estado de ánimo deprimido Tristeza Enfado 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 10 Aumentar a: 13 Resultado obtenido: 12	
	(1201) Esperanza	<ul style="list-style-type: none"> Expresión de una orientación futura positiva Expresión de significado de la vida 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Mantener a: 5 Aumentar a: 8 Resultado obtenido: 8	
	(1210) Nivel de miedo	<ul style="list-style-type: none"> Temor verbalizado Abandono 	Desde GRAVE hasta NINGUNO	Mantener a: 5 Aumentar a: 8 Resultado obtenido: 9	

INTERVENCIONES (NIC): (5330) Control del estado de ánimo
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el humor (signos, síntomas, historia personal inicialmente), sobre un patrón estándar regular. Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás. Remitir al paciente para la evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que pueda contribuir a un humor alterado (alteraciones tiroideas, alteraciones psiquiátricas, etc.). Comprobar la capacidad para el autocuidado (higiene, alimentación, evacuación, etc.). Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal, hidratación, etc.). Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de vigilia / sueño (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína y medicamentos sedantes). Proporcionar oportunidades de actividad física (caminar, montar en bicicleta estática, etc.). Proporcionar o remitir a psicoterapia (conductismo cognitivo, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente. Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o dar oportunidad al paciente para hablar acerca de sus sentimientos. Ayudar al paciente a controlar conscientemente el humor (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar diario). Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes en el humor disfuncional. Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del humor disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales y problemas físicos). Proporcionar actividades sociales y/o entrenamiento en asertividad, según sea necesario. Proporcionar retroalimentación al paciente de acuerdo con la convivencia de sus conductas sociales. Proporcionar guía sobre el desarrollo y mantenimiento de sistemas de apoyo (familia, amigos, recursos espirituales, grupos de apoyo y asesoramiento, etc.).

INTERVENCIÓN (NIC): (5270) Apoyo Emocional
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Comentar la experiencia emocional con el paciente. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos. Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena. Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. Remitir a servicios de asesoramiento.

Dominio: 2 Clase: 1					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Deterioro de la memoria</p> <p>Factores relacionados (causas) E Deterioro cognitivo por envejecimiento</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) Expresa experiencia de olvidos Incapacidad para aprender nueva información incapacidad para recordar acontecimientos</p>		(0908) Deterioro de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda información inmediata de manera precisa • Recuerda información reciente de forma precisa • Recuerda información remota de forma precisa 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 4 Aumentar a: 11 Resultado obtenido: 13

INTERVENCIONES (NIC): (4760) Entrenamiento de la memoria	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el paciente cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado. • Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. • Recordar experiencias pasadas con el paciente • Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información. • Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje y el recuerdo de la información verbal o gráfica presentada. • Proporcionar entrenamiento de orientación, como el que el paciente repase información y fechas personales. • Proporcionar oportunidades para la concentración, como juegos de mesa. • Facilitar oportunidad de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes. 	

Bibliografía

- Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide. Ministerio de salud de Colombia. Internet [consultado 15 Noviembre 2018]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_563/GPC_art_reumatoide/gpc_art_reumatoide_completa.aspx
- Díaz Cortes M., Chalem Choueka P. Guías para el tratamiento de la artritis reumatoide. Segunda edición 2016, Bogotá Colombia.
- Aletaha, T. Neogi, A.J. Silman, J. Funovits, D.T. Felson, C.O. Bingham 3rd. Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative Arthritis Rheum., 62 (2010), pp. 2569-2581 <http://dx.doi.org/10.1002/art.27584> Medline
- Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. Reumatol Clin 2011; 6 Supl 3:33-7 - Vol. 6 DOI: 10.1016/j.reuma.2011.01.002. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/nuevos-criterios-clasificacion-artritis-reumatoide/articulo/S1699258X1100026X/>

Capítulo V

Historias clínicas de padecientes con sobrepeso y obesidad

5.1 Concepto de Obesidad y manifestaciones clínicas

Weissner et al. (1998) define la obesidad como una enfermedad de curso crónico que tiene como origen una cadenal causal compleja, de etiología multifactorial, donde interactúan factores genéticos, sociales y ambientales, incluyendo estilos de vida así como determinantes sociales y económicos. Se caracteriza por un aumento en los depósitos de grasa corporal y por ende ganancia de peso, causados por un balance positivo de energía, que ocurre cuando la ingestión de energía de los alimentos excede el gasto energético y como consecuencia, el exceso se almacena en forma de grasa en el organismo.

La obesidad esta asociada causalmente con pérdida de la salud; es un factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, dislipidemias y enfermedades cardiovasculares.

La OMS define el Índice de masa corporal (IMC) como un indicador simple entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). La clasificación de acuerdo al resultado se demuestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Clasificación del índice de masa corporal.

Clasificación	IMC (Kg/m^2)	Riesgo
Normal	18.5 - 24.9	Promedio
Sobrepeso	25 - 29.9	Aumentado
Obesidad grado I	30 - 34.9	Moderado
Obesidad grado II	35 - 39.9	Severo
Obesidad grado III	Más de 40	Muy severo

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre: EOB	Fecha de nacimiento: 10 de Agosto de 1937
Edad: 85	Sexo: F Domicilio: Calle Gladiola No. 60 Colonia Palmar
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería:	Folio: 17

Motivo de consulta: Realización de Historia Clínica Diagnostico presuntivo: Adulto aparentemente sano	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">T° 36 °C</td> <td style="width: 15%;">F.C 68 lpm</td> <td style="width: 15%;">F.R 14 rpm</td> <td style="width: 15%;">T.A 120/70 mm/hG</td> <td style="width: 15%;">G.C. 87 mg/dl</td> </tr> </table>	T° 36 °C	F.C 68 lpm	F.R 14 rpm	T.A 120/70 mm/hG	G.C. 87 mg/dl
T° 36 °C	F.C 68 lpm	F.R 14 rpm	T.A 120/70 mm/hG	G.C. 87 mg/dl		

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td><td>HTA</td><td>Artritis</td><td>Cáncer</td><td>Epilepsia</td><td>I. Cardiaca</td><td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td><td>HTA</td><td>Artritis</td><td>Cáncer</td><td>Epilepsia</td><td>I. Cardiaca</td><td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="background-color: #ffffcc;">Vacunación completa</td><td>Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negado</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negado</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negado	Alimentos: Negado	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negado																				
Alimentos: Negado																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

1.1 ¿Cómo considera su estado de salud? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="background-color: #ffffcc;">Bueno</td><td>Regular</td><td>Malo</td> </tr> </table> 1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Una vez</td><td>Dos veces</td><td style="background-color: #ffffcc;">Tres veces</td><td>Nunca</td> </tr> </table> 1.3 ¿Cada cuándo se baña? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="background-color: #ffffcc;">Diario</td><td>Cada tercer día</td><td>Otro</td> </tr> </table> 1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="background-color: #ffffcc;">Siempre</td><td>Nunca</td><td>A veces</td> </tr> </table> 1.5 ¿Fuma? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td><td style="background-color: #ffffcc;">No</td> </tr> </table> 1.6 ¿Con qué frecuencia? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td><td>Una vez por semana</td><td>Ocasional</td><td>Especifique</td> </tr> </table> 1.7 Cantidad Especifique: <input style="width: 100%;" type="text"/> 1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td><td style="background-color: #ffffcc;">No</td> </tr> </table> 1.9 Con qué frecuencia <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td><td>Una vez por semana</td><td>Ocasional</td><td>Especifique</td> </tr> </table> 1.10 Cantidad: Especifique: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td><td style="background-color: #ffffcc;">No</td> </tr> </table> 1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Cuando está enfermo</td><td>Una vez al mes</td><td>Una vez al año</td><td style="background-color: #ffffcc;">otro</td> </tr> </table> 1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Cuando lo requiere</td><td>Una vez al mes</td><td style="background-color: #ffffcc;">Una vez al año</td><td>otro</td> </tr> </table> 1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="background-color: #ffffcc;">Si</td><td>No</td><td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.15 ¿Se automedica? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td><td style="background-color: #ffffcc;">No</td><td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td><td style="background-color: #ffffcc;">No</td><td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.17 ¿Ha sido hospitalizado? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td><td style="background-color: #ffffcc;">No</td><td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td><td style="background-color: #ffffcc;">No</td><td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué?												
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1 Talla y peso
 1.44 Mts | 58 Kg

2.2 ¿Número de comidas al día?
 <2 | 3 | Especifique

2.3 ¿En qué lugar come?
 Casa | Trabajo | Escuela | Otro

2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?
 Si | No | ¿Cuál?

2.5 ¿Qué alimentos le gustan?
 Frutas | Verduras | Carne | Leguminosas | Otro

2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?
 Frutas | Verduras | Carnes | Leguminosas | Otro

2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad

Agua natural	Agua azucarada	Refresco
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No

2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?
 Si | No | Frecuencia

2.12 ¿Cómo considera su apetito?
 Normal | Aumentado | Disminuido

2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?
 Ninguno | Aumentado ___ kg | Disminuido ___ kg

2.14 ¿Usa prótesis dentales?
 Si | No

2.15 La piel es:

Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente	

2.16 Las uñas son:

Color	Rosadas	Amarillentas
Forma	Cóncava	Convexa
Textura	Dura	Quebradiza

2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?
 Si | No

3.- ELIMINACIÓN

3.1 Número de micciones al día
 5

3.2. Características de la micción

Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro

3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?
 Si | No

3.4 Tiene dolor al miccionar:
 Si | No

3.5 Número de deposiciones al día:
 1 | 2-3 | >3

3.6 Características de la deposición

Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases

3.7 ¿Presenta estreñimiento?
 Si | No

3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?
 Si | No

3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?
 Si | No

3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?
 Si | No

3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?
 Si | No

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala</p> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Caminata <input type="checkbox"/> No</p> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <p><input type="checkbox"/> Bast3n <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas</p>	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Bañarse</td> <td>Comer</td> <td>Caminar</td> <td>Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 120/70 mm/hG <input checked="" type="checkbox"/> 14 rpm</p>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama										
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio										
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar										

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 10:00PM <input type="checkbox"/> 11:00PM <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <p><input type="checkbox"/> 6h <input checked="" type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
--	--

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p>
---	---

7.-AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No</p>
--	--

8.- ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <table border="1"> <tr> <td>Estudiante</td> <td>Hogar</td> <td>Trabajador</td> </tr> </table> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <table border="1"> <tr> <td>Solo</td> <td>Familia</td> <td>Cónyuge</td> <td>Amigos</td> <td>Otros</td> </tr> </table> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <table border="1"> <tr> <td>3-4</td> <td>5-7</td> <td>>8</td> </tr> </table> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Estudiante	Hogar	Trabajador	Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros	3-4	5-7	>8	Si	No	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <table border="1"> <tr> <td>Buena</td> <td>Mala</td> <td>Regular</td> </tr> </table> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Buena	Mala	Regular	Si	No
Estudiante	Hogar	Trabajador																					
Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros																			
3-4	5-7	>8																					
Si	No																						
Si	No																						
Si	No																						
Buena	Mala	Regular																					
Si	No																						

9.- SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Regular</td> <td>Irregular</td> <td>Menopausia</td> </tr> </table> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <table border="1"> <tr> <td>G=11</td> <td>P=9</td> <td>C=</td> <td>A=3</td> </tr> </table> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <table border="1"> <tr> <td>Condón</td> <td>DIU</td> <td>Orales</td> <td>Implante</td> <td>Ninguno</td> </tr> </table>	Regular	Irregular	Menopausia	Si	No	G=11	P=9	C=	A=3	Si	No	Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No								
Regular	Irregular	Menopausia																									
Si	No																										
G=11	P=9	C=	A=3																								
Si	No																										
Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno																							
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										

10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <table border="1"> <tr> <td>Medicamentos</td> <td>Drogas</td> <td>Alcohol</td> <td>Apoyo social/familiar</td> </tr> </table>	Si	No	Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1"> <tr> <td>Comer</td> <td>Beber</td> <td>Leer</td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Comer	Beber	Leer	Fumar	Drogas	Especifique	Si	No
Si	No														
Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar												
Comer	Beber	Leer													
Fumar	Drogas	Especifique													
Si	No														

11.- VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión que profesa</p> <table border="1"> <tr> <td>Católico</td> <td>Protestante</td> <td>Ateo</td> </tr> <tr> <td>Cristiano</td> <td>Judío</td> <td>Otra</td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Católico	Protestante	Ateo	Cristiano	Judío	Otra	Si	No	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <table border="1"> <tr> <td>La enfermedad es dura y causa sufrimiento. La muerte es sufrimiento por los actos que se realizan en la vida.</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	La enfermedad es dura y causa sufrimiento. La muerte es sufrimiento por los actos que se realizan en la vida.
Católico	Protestante	Ateo												
Cristiano	Judío	Otra												
Si	No													
Si	No													
Si	No													
La enfermedad es dura y causa sufrimiento. La muerte es sufrimiento por los actos que se realizan en la vida.														

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: ____ X ____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Ortega Pérez Ellisa Yautzihuatl.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: EOB

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 85 años de edad con IMC 28 (Sobrepeso), con los siguientes antecedentes ginecobtétricos: 11 gestas, 9 partos, 3 abortos, refiere problemas para contener la orina, y problemas para conciliar el sueño adecuadamente, su descanso no suele ser reparador.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- IMC 28 (Sobrepeso)
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Insomnio
- Descanso no reparador

Dominio: 2 Clase: 1					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades</p> <p>Factores relacionados (causas) E Aporte excesivo con relación a la actividad física</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) IMC mayor a 25</p>		<p>(1004) Estado nutricional</p> <p>(1633) Participación en el ejercicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ingestión de nutrientes Relación peso/talla Hidratación Participa con el ejercicio con regularidad. Realiza ejercicio correctamente Participa en ejercicios para mantener el equilibrio Se adhiere al programa de ejercicios 	<p>Desviación grave del rango normal Hasta sin desviación del rango normal.</p> <p>Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado</p>	<p>Mantener a: 8 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 13</p> <p>Mantener a: 11 Aumentar a: 15 Resultado obtenido: 13</p>

INTERVENCIONES (NIC): (5246) Asesoramiento nutricional
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Establecer una relación terapéutica de confianza y respeto. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética. Proporcionar información, acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud. Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento, y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales. Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas. Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lectura de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda. Comentar el significado de la comida para el paciente. Brindar información sobre los cuatro grupos alimenticios y unas guías alimentarias al paciente.

INTERVENCIÓN (NIC): (4310) TERAPIA DE ACTIVIDAD
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer, mas que en los déficits. Ayudarle a programar periodos específicos en su rutina diaria. Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud. Coordinar la selección del paciente de las actividades adecuadas para su edad. Fomentar la participación en actividades de grupo. Sugerir métodos de incrementar la actividad física diaria. Fomentar las actividades recreativas y de diversión que tenga por objeto disminuir la ansiedad: cantar en grupo, actividades lúdicas. Permitir la participación de la familia en las actividades. Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y el refuerzo. Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad. Ayudar al paciente a monitorizar el propio progreso en la consecución de objetivos.

INTERVENCIONES (NIC): (5616) Enseñanza: Medicamento prescrito

ACTIVIDADES

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa).
- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas).
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.
- Enseñar al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios.
- Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede.
- Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.
- Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración.
- Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

Dominio: 3	Clase: 1
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	

Etiqueta (problema) p
Incontinencia urinaria de esfuerzo

Factores relacionados (causas) E
Debilitamiento de los músculos del suelo pélvico.

RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
(0502) Continencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce la urgencia miccional • Micción mayor a 150 ml cada vez • Perdidas de orina entre micciones • Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina • Perdida de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, reír, levantar peso). 	Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado	Mantener a: 5 Aumentar a: 15 Resultado obtenido: 15

INTERVENCIONES (NIC): (560) Ejercicios del suelo pélvico

ACTIVIDADES

- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de evacuar.
- Enseñar al paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal.
- Enseñar al paciente a evitar contraer los músculos abdominales, muslos glúteos, los que participan en la respiración o estirarse durante la realización de los ejercicios.
- Asegurarse de que el paciente puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseado y el esfuerzo de contracción no deseado.
- Enseñar a la paciente femenina a identificar los músculos elevador del ano y urogenital colocando un dedo en la vagina y procediendo a apretar.
- Enseñar al paciente a realizar ejercicios de contracción muscular, entre 30 y 50 cada día, manteniendo la contracción durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo diez segundos entre cada contracción.
- Enseñar al paciente a detener y reiniciar el flujo de orina.
- Explicar al paciente que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6 – 12 semanas.
- Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.
- Enseñar al paciente a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina no más de una vez por semana.
- Proporcionar retroalimentación o estimulación eléctrica en pacientes, cuando la asistencia esté indicada, para identificar los músculos correctos para contraer y / o escoger la fuerza deseada de la contracción del músculo.
- Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas.
- Comentar el registro diario de continencia con el paciente para proporcionar seguridad.

Dominio: 4	Clase: 3				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Fatiga</p> <p>Factores relacionados (causas) E Alteraciones del sueño y vigilia</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) Expresa cansancio, falta de energía e incapacidad para mantener las actividades habituales.</p>		(0007) Nivel de fatiga	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento • Malestar después del ejercicio. • Rendimiento del estilo de vida 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 9 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 12
		(0004) Sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño • Patrón de sueño • Calidad de sueño 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 9 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 12

INTERVENCIONES (NIC): (0180) Manejo de la energía
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente / ser querido. • Determinar las causas de la fatiga (tratamientos, dolor, medicamentos) • Determinar qué y cuánta actividad se necesita para reconstruir la resistencia física. • Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. • Observar al paciente por si aparecen indicios de fatiga física y emocional. • Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras disritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria). • Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante un movimiento / actividad. • Establecer límites a la hiperactividad cuando interfiera con otras personas o con el paciente. • Limitar los estímulos ambientales (luz, ruidos) para facilitar la relajación. • Fomentar el reposo / limitación de actividades (aumentar el número de periodos de descanso). • Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad. • Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales vitales (evitar la actividad inmediatamente después de las comidas). • Utilizar ejercicio de movimientos articulares activos para aliviar la tensión muscular. • Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación. • Fomentar las siestas. • Ayudar al paciente a programar periodos de descanso. • Evitar realizar actividades de cuidados durante los periodos de descanso programados.

INTERVENCIÓN (NIC): (1850) Mejorar el sueño
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el esquema de sueño / vigilia del paciente. • Incluir el ciclo regular de sueño / vigilia del paciente en la planificación de cuidados. • Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor / molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad), que interrumpen el sueño. • Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso. • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama), para favorecer el sueño. • Establecer una rutina a la hora de irse a la cama que facilite la transición del estado de vigilia al de sueño. • Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de pre sueño y objetos familiares (leer un libro, etc.). • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. • Controlar la ingesta de alimentos y bebidas antes de irse a la cama para determinar productos que faciliten o entorpezcan el sueño. • Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño. • Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede). • Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño. • Disponer / llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso. • Fomentar el aumento de las horas de sueño si fuera necesario. • Comentar con el paciente y la familia, medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre: MAVG	Fecha de nacimiento: 23 de Marzo de 1965
Edad: 51	Sexo: F Domicilio: Calle Buganvilia 142. Col Tamaulipas
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería:	
Folio: 18	

Motivo de consulta: Realización de Historia clínica Diagnostico presuntivo: Adulto aparentemente sano	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">T° 36 °C</td> <td style="width: 15%;">F.C 88 lpm</td> <td style="width: 15%;">F.R 12 rpm</td> <td style="width: 15%;">T.A 110/70 mm/hG</td> <td style="width: 15%;">G.C. 98 mg/dl</td> </tr> </table>	T° 36 °C	F.C 88 lpm	F.R 12 rpm	T.A 110/70 mm/hG	G.C. 98 mg/dl
T° 36 °C	F.C 88 lpm	F.R 12 rpm	T.A 110/70 mm/hG	G.C. 98 mg/dl		

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">Diabetes</td> <td style="width: 12.5%;">HTA</td> <td style="width: 12.5%;">Artritis</td> <td style="width: 12.5%;">Cáncer</td> <td style="width: 12.5%;">Epilepsia</td> <td style="width: 12.5%;">I. Cardiaca</td> <td style="width: 12.5%;">Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">Diabetes</td> <td style="width: 12.5%;">HTA</td> <td style="width: 12.5%;">Artritis</td> <td style="width: 12.5%;">Cáncer</td> <td style="width: 12.5%;">Epilepsia</td> <td style="width: 12.5%;">I. Cardiaca</td> <td style="width: 12.5%;">Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">Vacunación completa</td> <td style="width: 50%;">Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negada	Alimentos: Negada	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negada																				
Alimentos: Negada																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

1.1 ¿Cómo considera su estado de salud? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Bueno</td> <td style="width: 33%;">Regular</td> <td style="width: 33%;">Malo</td> </tr> </table> 1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Una vez</td> <td style="width: 25%;">Dos veces</td> <td style="width: 25%;">Tres veces</td> <td style="width: 25%;">Nunca</td> </tr> </table> 1.3 ¿Cada cuándo se baña? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Diario</td> <td style="width: 33%;">Cada tercer día</td> <td style="width: 33%;">Otro</td> </tr> </table> 1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Siempre</td> <td style="width: 33%;">Nunca</td> <td style="width: 33%;">A veces</td> </tr> </table> 1.5 ¿Fuma? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">Si</td> <td style="width: 50%;">No</td> </tr> </table> 1.6 ¿Con qué frecuencia? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Diario</td> <td style="width: 25%;">Una vez por semana</td> <td style="width: 25%;">Ocasional</td> <td style="width: 25%;">Especifique</td> </tr> </table> 1.7 Cantidad Especifique:	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">Si</td> <td style="width: 50%;">No</td> </tr> </table> 1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Cuando está enfermo</td> <td style="width: 25%;">Una vez al mes</td> <td style="width: 25%;">Una vez al año</td> <td style="width: 25%;">otro</td> </tr> </table> 1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Cuando lo requiere</td> <td style="width: 25%;">Una vez al mes</td> <td style="width: 25%;">Una vez al año</td> <td style="width: 25%;">otro</td> </tr> </table> 1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Si</td> <td style="width: 33%;">No</td> <td style="width: 33%;">¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.15 ¿Se automedica? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Si</td> <td style="width: 33%;">No</td> <td style="width: 33%;">¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Si</td> <td style="width: 33%;">No</td> <td style="width: 33%;">¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.17 ¿Ha sido hospitalizado? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Si</td> <td style="width: 33%;">No</td> <td style="width: 33%;">¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Si</td> <td style="width: 33%;">No</td> <td style="width: 33%;">¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué?												
Bueno	Regular	Malo																																											
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																										
Diario	Cada tercer día	Otro																																											
Siempre	Nunca	A veces																																											
Si	No																																												
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																										
Si	No																																												
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																										
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																										
Si	No	¿Por qué?																																											
Si	No	¿Por qué?																																											
Si	No	¿Por qué?																																											
Si	No	¿Por qué?																																											
Si	No	¿Por qué?																																											
1.9 Con qué frecuencia <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Diario</td> <td style="width: 25%;">Una vez por semana</td> <td style="width: 25%;">Ocasional</td> <td style="width: 25%;">Especifique</td> </tr> </table> 1.10 Cantidad: Especifique:	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																									
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																										

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1 Talla y peso
 1.50 Mts | 70 Kg

2.2 ¿Número de comidas al día?
 <2 | 3 | Especifique

2.3 ¿En qué lugar come?
 Casa | Trabajo | Escuela | Otro

2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?
 Si | No | ¿Cuál?

2.5 ¿Qué alimentos le gustan?
 Frutas | Verduras | Carne | Leguminosas | Otro

2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?
 Frutas | Verduras | Carnes | Leguminosas | Otro

2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad

Agua natural	Agua azucarada	Refresco
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No

2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?
 Si | No | Frecuencia

2.12 ¿Cómo considera su apetito?
 Normal | Aumentado | Disminuido

2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?
 Ninguno | Aumentado ___ kg | Disminuido ___ kg

2.14 ¿Usa prótesis dentales?
 Si | No

2.15 La piel es:

Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente	

2.16 Las uñas son:

Color	Rosadas	Amarillentas
Forma	Cóncava	Convexa
Textura	Dura	Quebradiza

2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?
 Si | No

3.- ELIMINACIÓN

3.1 Número de micciones al día
 6

3.2. Características de la micción

Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro

3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?
 Si | No

3.4 Tiene dolor al miccionar:
 Si | No

3.5 Número de deposiciones al día:
 1 | 2-3 | >3

3.6 Características de la deposición

Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases

3.7 ¿Presenta estreñimiento?
 Si | No

3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?
 Si | No

3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?
 Si | No

3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?
 Si | No

3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?
 Si | No

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <p>Buena <input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/></p> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <p>Sí <input checked="" type="checkbox"/> Caminata <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <p>Bast3n <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/></p>	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Bañarse</td> <td>Comer</td> <td>Caminar</td> <td>Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <p>110/70 mm/hG <input type="checkbox"/> 12 rpm <input type="checkbox"/></p>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama										
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio										
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar										

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <p>10:00PM <input checked="" type="checkbox"/> 11:00PM <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <p>6h <input checked="" type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en d3nde duerme es el adecuado?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	--

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
---	---

7.-AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	--

8.-ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <table border="1"> <tr> <td>Estudiante</td> <td>Hogar</td> <td>Trabajador</td> </tr> </table> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <table border="1"> <tr> <td>Solo</td> <td>Familia</td> <td>Cónyuge</td> <td>Amigos</td> <td>Otros</td> </tr> </table> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <table border="1"> <tr> <td>3-4</td> <td>5-7</td> <td>>8</td> </tr> </table> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Estudiante	Hogar	Trabajador	Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros	3-4	5-7	>8	Si	No	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <table border="1"> <tr> <td>Buena</td> <td>Mala</td> <td>Regular</td> </tr> </table> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Buena	Mala	Regular	Si	No
Estudiante	Hogar	Trabajador																					
Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros																			
3-4	5-7	>8																					
Si	No																						
Si	No																						
Si	No																						
Buena	Mala	Regular																					
Si	No																						

9.-SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Regular</td> <td>Irregular</td> <td>Menopausia</td> </tr> </table> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <table border="1"> <tr> <td>G=4</td> <td>P=3</td> <td>C=1</td> <td>A=</td> </tr> </table> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <table border="1"> <tr> <td>Condón</td> <td>DIU</td> <td>Orales</td> <td>Implante</td> <td>Ninguno</td> </tr> </table>	Regular	Irregular	Menopausia	Si	No	G=4	P=3	C=1	A=	Si	No	Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No								
Regular	Irregular	Menopausia																									
Si	No																										
G=4	P=3	C=1	A=																								
Si	No																										
Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno																							
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										

10.-ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <table border="1"> <tr> <td>Medicamentos</td> <td>Drogas</td> <td>Alcohol</td> <td>Apoyo social/familiar</td> </tr> </table>	Si	No	Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1"> <tr> <td>Comer</td> <td>Beber</td> <td>Leer</td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Comer	Beber	Leer	Fumar	Drogas	Especifique	Si	No
Si	No														
Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar												
Comer	Beber	Leer													
Fumar	Drogas	Especifique													
Si	No														

11.-VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión que profesa</p> <table border="1"> <tr> <td>Católico</td> <td>Protestante</td> <td>Ateo</td> </tr> <tr> <td>Cristiano</td> <td>Judío</td> <td>Otra</td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Católico	Protestante	Ateo	Cristiano	Judío	Otra	Si	No	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <table border="1"> <tr> <td>La enfermedad y la muerte son un ciclo natural de la vida</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	La enfermedad y la muerte son un ciclo natural de la vida
Católico	Protestante	Ateo												
Cristiano	Judío	Otra												
Si	No													
Si	No													
Si	No													
La enfermedad y la muerte son un ciclo natural de la vida														

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Sánchez Sandoval Uriel.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: MAVG

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 51 años de edad con antecedentes herofamiliares de diabetes e hipertensión arterial sistémica, con IMC 31.1 (Obesidad grado I), con problemas para conciliar adecuadamente el sueño y su descanso no suele ser reparador, refiere problemas para el aprendizaje.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- IMC 31.1 (Obesidad grado I)
- Insomnio
- Descanso no reparador
- Alteraciones del aprendizaje (memoria a corto plazo)

Dominio: 2 Clase: 1					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades Factores relacionados (causas) E Aporte excesivo con relación a la actividad física Características definitorias (signos y síntomas) IMC mayor a 25	(1004) Estado nutricional	<ul style="list-style-type: none"> Ingestión de nutrientes Relación peso/talla Hidratación 	Desviación grave del rango normal Hasta sin desviación del rango normal.	Mantener a: 8 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 13	
	(1633) Participación en el ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> Participa con el ejercicio con regularidad. Realiza ejercicio correctamente Participa en ejercicios para mantener el equilibrio Se adhiere al programa de ejercicios 	Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado	Mantener a: 11 Aumentar a: 15 Resultado obtenido: 13	

INTERVENCIONES (NIC): (5246) Asesoramiento nutricional
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Establecer una relación terapéutica de confianza y respeto. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia d la ingesta dietética. Proporcionar información, acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud. Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento, y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales. Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas. Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lectura de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda. Comentar el significado de la comida para el paciente. Brindar información sobre los cuatro grupos alimenticios y unas guías alimentarias al paciente.

INTERVENCIÓN (NIC): (4310) TERAPIA DE ACTIVIDAD
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer, mas que en los déficits. Ayudarle a programar periodos específicos en su rutona diaria. Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud. Coordinar la selección del paciente de las actividades adecuadas para su edad. Fomentar la participación en actividades de grupo. Sugerir métodos de incrementar la actividad física diaria. Fomentar las actividades recreativas y de diversión que tenga por objeto disminuir la ansiedad: cantar en grupo, actividades lúdicas. Permitir la participación de la familia en las actividades. Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y el refuerzo. Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad. Ayudar al paciente a monitorizar el propio progreso en la consecución de objetivos.

Dominio: 2		Clase: 1			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Deterioro de la memoria</p> <p>Factores relacionados (causas) E Deterioro cognitivo por envejecimiento</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) Expresa experiencia de olvidos Incapacidad para aprender nueva información incapacidad para recordar acontecimientos</p>		(0908) Deterioro de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda información inmediata de manera precisa • Recuerda información reciente de forma precisa • Recuerda información remota de forma precisa 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 4 Aumentar a: 11 Resultado obtenido: 13

INTERVENCIONES (NIC): (4760) Entrenamiento de la memoria	
ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el paciente cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado. • Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. • Recordar experiencias pasadas con el paciente • Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información. • Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje y el recuerdo de la información verbal o gráfica presentada. • Proporcionar entrenamiento de orientación, como el que el paciente repase información y fechas personales. • Proporcionar oportunidades para la concentración, como juegos de mesa. • Facilitar oportunidad de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes. 	

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: MCLG		Fecha de nacimiento: 22/02/1960	
Edad: 58	Sexo: F	Domicilio: Bugambilia 132 Col Las Flores	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 24 de agosto de 2016			Folio: 19

Motivo de consulta: Realización de Historia Clínica Diagnostico presuntivo: Adulto aparentemente sano	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>T°</td> <td>F.C</td> <td>F.R</td> <td>T.A</td> <td>G.C.</td> </tr> <tr> <td>36 .2°C</td> <td>78 lpm</td> <td>20 rpm</td> <td>110/70 mm/hG</td> <td>92 mg/dl</td> </tr> </table>	T°	F.C	F.R	T.A	G.C.	36 .2°C	78 lpm	20 rpm	110/70 mm/hG	92 mg/dl
T°	F.C	F.R	T.A	G.C.							
36 .2°C	78 lpm	20 rpm	110/70 mm/hG	92 mg/dl							

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Vacunación completa</td> <td>Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negada	Alimentos: Negada	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negada																				
Alimentos: Negada																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

<p>1.1 ¿Cómo considera su estado de salud?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Bueno</td> <td>Regular</td> <td>Malo</td> </tr> </table> <p>1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Una vez</td> <td>Dos veces</td> <td>Tres veces</td> <td>Nunca</td> </tr> </table> <p>1.3 ¿Cada cuándo se baña?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Cada tercer día</td> <td>Otro</td> </tr> </table> <p>1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Siempre</td> <td>Nunca</td> <td>A veces</td> </tr> </table> <p>1.5 ¿Fuma?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.6 ¿Con qué frecuencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.7 Cantidad</p> <p>Especifique: _____</p> <p>1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.9 Con qué frecuencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>1.10 Cantidad:</p> <p>Especifique: _____</p>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	<p>1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Cuando está enfermo</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Cuando lo requiere</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> <p>1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.15 ¿Se automedica?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.17 ¿Ha sido hospitalizado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> <p>1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?</p>	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué?												
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

<p>2.1 Talla y peso</p> <p>1.45 Mts 58 Kg</p> <p>2.2 ¿Número de comidas al día?</p> <p><2 3 Especifique</p> <p>2.3 ¿En qué lugar come?</p> <p>Casa Trabajo Escuela Otro</p> <p>2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?</p> <p>Si No ¿Cuál?</p> <p>2.5 ¿Qué alimentos le gustan?</p> <p>Frutas Verduras Carne Leguminosas Otro</p> <p>2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?</p> <p>Frutas Verduras Carnes Leguminosas Otro</p> <p>2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?</p> <p>Diario Nunca <3días >3 días</p> <p>2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad</p> <table border="1"> <tr> <td>Agua natural</td> <td>Agua azucarada</td> <td>Refresco</td> </tr> <tr> <td><1lt. >1lt. </td> <td><1lt. >1lt. </td> <td><1lt. >1lt No</td> </tr> </table>	Agua natural	Agua azucarada	Refresco	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No	<p>2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?</p> <p>Si No Frecuencia</p> <p>2.12 ¿Cómo considera su apetito?</p> <p>Normal Aumentado Disminuido</p> <p>2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?</p> <p>Ninguno Aumentado__ kg Disminuido__ kg</p> <p>2.14 ¿Usa prótesis dentales?</p> <p>Si No</p> <p>2.15 La piel es:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color:</td> <td>Rosada</td> <td>Pálida</td> <td>Ictérica</td> <td>Cianótica</td> </tr> <tr> <td>Turgencia</td> <td>Humectada</td> <td>Deshidratada</td> <td>frágil</td> <td>Firme</td> </tr> <tr> <td>Temp:</td> <td>Normo térmica</td> <td>Fría</td> <td>Caliente</td> <td></td> </tr> </table> <p>2.16 Las uñas son:</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Rosadas</td> <td>Amarillentas</td> </tr> <tr> <td>Forma</td> <td>Cóncava</td> <td>Convexa</td> </tr> <tr> <td>Textura</td> <td>Dura</td> <td>Quebradiza</td> </tr> </table> <p>2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?</p> <p>Si No</p>	Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica	Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme	Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente		Color	Rosadas	Amarillentas	Forma	Cóncava	Convexa	Textura	Dura	Quebradiza
Agua natural	Agua azucarada	Refresco																													
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No																													
Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica																											
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme																											
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente																												
Color	Rosadas	Amarillentas																													
Forma	Cóncava	Convexa																													
Textura	Dura	Quebradiza																													

3.- ELIMINACIÓN

<p>3.1 Número de micciones al día</p> <p>5</p> <p>3.2. Características de la micción</p> <table border="1"> <tr> <td>Color</td> <td>Amarillo claro</td> <td>Amarillo fuerte</td> <td>Incoloro</td> </tr> <tr> <td>Olor</td> <td>Característico</td> <td>Fuerte</td> <td>Inoloro</td> </tr> </table> <p>3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.4 Tiene dolor al miccionar:</p> <p>Si No</p> <p>3.5 Número de deposiciones al día:</p> <p>1 2-3 >3</p>	Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro	Olor	Característico	Fuerte	Inoloro	<p>3.6 Características de la deposición</p> <table border="1"> <tr> <td>Tipo:</td> <td>Formada</td> <td>Líquida</td> <td>Dura</td> <td>Blanda</td> </tr> <tr> <td>Coloración:</td> <td>Café</td> <td>Verdosa</td> <td>Negra</td> <td>Blanca</td> </tr> <tr> <td>Presencia de:</td> <td>Sangre</td> <td>Parásitos</td> <td>Moco</td> <td>Gases</td> </tr> </table> <p>3.7 ¿Presenta estreñimiento?</p> <p>Si No</p> <p>3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?</p> <p>Si No</p> <p>3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?</p> <p>Si No</p> <p>3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?</p> <p>Si No</p> <p>3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?</p> <p>Si No</p>	Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda	Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca	Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases
Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro																					
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro																					
Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda																				
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca																				
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases																				

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Buena</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Regular</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Mala</td> </tr> </table> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Caminata</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Bast3n</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Muletas</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Silla de ruedas</td> </tr> </table>	Buena	Regular	Mala	Sí	Caminata	No	Bast3n	Muletas	Silla de ruedas	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Bañarse</td> <td style="width: 25%;">Comer</td> <td style="width: 25%;">Caminar</td> <td style="width: 25%;">Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">110/70 mm/hG</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">20 rpm</td> </tr> </table>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar	110/70 mm/hG	20 rpm
Buena	Regular	Mala																						
Sí	Caminata	No																						
Bast3n	Muletas	Silla de ruedas																						
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama																					
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio																					
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar																					
110/70 mm/hG	20 rpm																							

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">10:00PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">11:00PM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">6h</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">8h</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Otro</td> </tr> </table> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	10:00PM	11:00PM	Otro	6h	8h	Otro	Sí	No	Sí	No	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No
10:00PM	11:00PM	Otro															
6h	8h	Otro															
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																
Sí	No																

7.-AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table> <p>7.7 ¿Tiene períodos de desesperanza?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sí</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														
Sí	No														

8.-ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <p>Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/></p> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <p>Solo <input type="checkbox"/> Familia <input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <p>3-4 <input checked="" type="checkbox"/> 5-7 <input type="checkbox"/> >8 <input type="checkbox"/></p> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <p>Buena <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/></p> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	--

9.-SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <p>Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Menopausia <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <p>G=3 <input type="checkbox"/> P=3 <input type="checkbox"/> C=<input type="checkbox"/> A=<input type="checkbox"/></p> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <p>Condón <input type="checkbox"/> DIU <input checked="" type="checkbox"/> Orales <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/></p>	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	---

10.-ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <p>Medicamentos <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Apoyo social/familiar <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1"> <tr> <td>Comer</td> <td>Beber</td> <td>Leer</td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	Comer	Beber	Leer	Fumar	Drogas	Especifique
Comer	Beber	Leer					
Fumar	Drogas	Especifique					

11.-VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión qué profesa</p> <table border="1"> <tr> <td>Católico</td> <td>Protestante</td> <td>Ateo</td> </tr> <tr> <td>Cristiano</td> <td>Judío</td> <td>Otra</td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	Católico	Protestante	Ateo	Cristiano	Judío	Otra	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <p>Nosotros mismos buscamos nuestra enfermedad y la muerte.</p>
Católico	Protestante	Ateo					
Cristiano	Judío	Otra					

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Ortega Pérez Elisa Yaotzihuatl.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: MAVG

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presento alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 58 años de edad, con antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, IMC 27.6 (Sobrepeso), con los siguientes antecedentes ginecostétricos: 3 gestas, 3 partos, en transición de la menopausia, con cambios en la libido sexual.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- IMC 27.6 (Sobrepeso)
- Menopausia
- Cambios en la libido sexual

Dominio: 2	Clase: 1				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades Factores relacionados (causas) E Aporte excesivo con relación a la actividad física Características definitorias (signos y síntomas) IMC mayor a 25		(1004) Estado nutricional (1633) Participación en el ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> Ingestión de nutrientes Relación peso/talla Hidratación Participa con el ejercicio con regularidad. Realiza ejercicio correctamente Participa en ejercicios para mantener el equilibrio Se adhiere al programa de ejercicios 	Desviación grave del rango normal Hasta sin desviación del rango normal. Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado	Mantener a: 7 Aumentar a: 10 Resultado obtenido: 11 Mantener a: 12 Aumentar a: 16 Resultado obtenido: 14

INTERVENCIONES (NIC): (5246) Asesoramiento nutricional
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Establecer una relación terapéutica de confianza y respeto. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia d la ingesta dietética. Proporcionar información, acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud. Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento, y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales. Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas. Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lectura de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda. Comentar el significado de la comida para el paciente. Brindar información sobre los cuatro grupos alimenticios y unas guías alimentarias al paciente.

INTERVENCIÓN (NIC): (4310) TERAPIA DE ACTIVIDAD
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer, mas que en los déficits. Ayudarle a programar periodos específicos en su rutina diaria. Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud. Coordinar la selección del paciente de las actividades adecuadas para su edad. Fomentar la participación en actividades de grupo. Sugerir métodos de incrementar la actividad física diaria. Fomentar las actividades recreativas y de diversión que tenga por objeto disminuir la ansiedad: cantar en grupo, actividades lúdicas. Permitir la participación de la familia en las actividades. Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y el refuerzo. Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad. Ayudar al paciente a monitorizar el propio progreso en la consecución de objetivos.

INTERVENCIONES (NIC): (5616) Enseñanza: Medicamento prescrito**ACTIVIDADES**

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa).
- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas).
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.
- Enseñar al paciente a aliviar / prevenir ciertos efectos secundarios.
- Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede.
- Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.
- Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración.
- Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: PAHN			Fecha de nacimiento: 29 Dic 1955
Edad: 61	Sexo: F	Domicilio: Calle 13 #14 Colonia Estado de México	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 24 de Agosto del 2016			Folio: 20

Motivo de consulta: Realización de Historia Clínica Diagnostico presuntivo: Adulto aparentemente sano	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>T° 36 °C</td> <td>F.C 68 lpm</td> <td>F.R 18 rpm</td> <td>T.A 110/70 mm/hG</td> <td>G.C. 92 mg/dl</td> </tr> </table>	T° 36 °C	F.C 68 lpm	F.R 18 rpm	T.A 110/70 mm/hG	G.C. 92 mg/dl
T° 36 °C	F.C 68 lpm	F.R 18 rpm	T.A 110/70 mm/hG	G.C. 92 mg/dl		

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Vacunación completa</td> <td>Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negadas</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negadas</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negadas	Alimentos: Negadas	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negadas																				
Alimentos: Negadas																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

1.1 ¿Cómo considera su estado de salud? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Bueno</td> <td>Regular</td> <td>Malo</td> </tr> </table> 1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Una vez</td> <td>Dos veces</td> <td>Tres veces</td> <td>Nunca</td> </tr> </table> 1.3 ¿Cada cuándo se baña? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Cada tercer día</td> <td>Otro</td> </tr> </table> 1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Siempre</td> <td>Nunca</td> <td>A veces</td> </tr> </table> 1.5 ¿Fuma? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> 1.6 ¿Con qué frecuencia? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> 1.7 Cantidad Especifique: <input style="width: 100%;" type="text"/> 1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> 1.9 Con qué frecuencia <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> 1.10 Cantidad: Especifique: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> 1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Cuando está enfermo</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> 1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Cuando lo requiere</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> 1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.15 ¿Se automedica? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.17 ¿Ha sido hospitalizado? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué?												
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1 Talla y peso
 1.67 Mts | 80 Kg

2.2 ¿Número de comidas al día?
 <2 | 3 | Especifique

2.3 ¿En qué lugar come?
 Casa | Trabajo | Escuela | Otro

2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?
 Si | No | ¿Cuál?

2.5 ¿Qué alimentos le gustan?
 Frutas | Verduras | Carne | Leguminosas | Otro

2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?
 Frutas | Verduras | Carnes | Leguminosas | Otro

2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?
 Diario | Nunca | <3días | >3 días

2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad

Agua natural	Agua azucarada	Refresco
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt No

2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?
 Si | No | Frecuencia

2.12 ¿Cómo considera su apetito?
 Normal | Aumentado | Disminuido

2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?
 Ninguno | Aumentado__ kg | Disminuido__ kg

2.14 ¿Usa prótesis dentales?
 Si | No

2.15 La piel es:

Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente	

2.16 Las uñas son:

Color	Rosadas	Amarillentas
Forma	Cóncava	Convexa
Textura	Dura	Quebradiza

2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?
 Si | No

3.- ELIMINACIÓN

3.1 Número de micciones al día
 4

3.2. Características de la micción

Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro

3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?
 Si | No

3.4 Tiene dolor al miccionar:
 Si | No

3.5 Número de deposiciones al día:
 1 | 2-3 | >3

3.6 Características de la deposición

Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases

3.7 ¿Presenta estreñimiento?
 Si | No

3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?
 Si | No

3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?
 Si | No

3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?
 Si | No

3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?
 Si | No

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <p>Buena <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/></p> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <p>Sí <input checked="" type="checkbox"/> Caminata <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulación</p> <p>Bastón <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/></p>	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Bañarse</td> <td>Comer</td> <td>Caminar</td> <td>Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <p>110/70 mm/hG <input checked="" type="checkbox"/> 18 rpm <input checked="" type="checkbox"/></p>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama										
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio										
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar										

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <p>10:00PM <input checked="" type="checkbox"/> 11:00PM <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <p>6h <input type="checkbox"/> 8h <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
--	--

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
---	---

7.-AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	--

8.-ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <table border="1"> <tr> <td>Estudiante</td> <td>Hogar</td> <td>Trabajador</td> </tr> </table> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <table border="1"> <tr> <td>Solo</td> <td>Familia</td> <td>Cónyuge</td> <td>Amigos</td> <td>Otros</td> </tr> </table> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <table border="1"> <tr> <td>3-4</td> <td>5-7</td> <td>>8</td> </tr> </table> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Estudiante	Hogar	Trabajador	Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros	3-4	5-7	>8	Si	No	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <table border="1"> <tr> <td>Buena</td> <td>Mala</td> <td>Regular</td> </tr> </table> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Buena	Mala	Regular	Si	No
Estudiante	Hogar	Trabajador																					
Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros																			
3-4	5-7	>8																					
Si	No																						
Si	No																						
Si	No																						
Buena	Mala	Regular																					
Si	No																						

9.-SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Regular</td> <td>Irregular</td> <td>Menopausia</td> </tr> </table> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <table border="1"> <tr> <td>G=4</td> <td>P=3</td> <td>C=0</td> <td>A=1</td> </tr> </table> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo que usa?</p> <table border="1"> <tr> <td>Condón</td> <td>DIU</td> <td>Orales</td> <td>Implante</td> <td>Ninguno</td> </tr> </table>	Regular	Irregular	Menopausia	Si	No	G=4	P=3	C=0	A=1	Si	No	Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No								
Regular	Irregular	Menopausia																									
Si	No																										
G=4	P=3	C=0	A=1																								
Si	No																										
Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno																							
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										

10.-ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <table border="1"> <tr> <td>Medicamentos</td> <td>Drogas</td> <td>Alcohol</td> <td>Apoyo social/familiar</td> </tr> </table>	Si	No	Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1"> <tr> <td>Comer</td> <td>Beber</td> <td>Leer</td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Comer	Beber	Leer	Fumar	Drogas	Especifique	Si	No
Si	No														
Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar												
Comer	Beber	Leer													
Fumar	Drogas	Especifique													
Si	No														

11.-VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión que profesa</p> <table border="1"> <tr> <td>Católico</td> <td>Protestante</td> <td>Ateo</td> </tr> <tr> <td>Cristiano</td> <td>Judío</td> <td>Otra</td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Católico	Protestante	Ateo	Cristiano	Judío	Otra	Si	No	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <table border="1"> <tr> <td>La muerte es un ciclo, la enfermedad es sufrimiento y el dolor es parte de la vida.</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	La muerte es un ciclo, la enfermedad es sufrimiento y el dolor es parte de la vida.
Católico	Protestante	Ateo												
Cristiano	Judío	Otra												
Si	No													
Si	No													
Si	No													
La muerte es un ciclo, la enfermedad es sufrimiento y el dolor es parte de la vida.														

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Ortega Pérez Elisa Yatzihuatl.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: MAVG

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad
 Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 61 años de edad, con IMC 29.6 (Sobrepeso), con los siguientes antecedentes ginecobstétricos: 4 gestas, 3 partos, 1 aborto.

A la exploración física se encuentran alteraciones sensoriales (auditivas, visuales y del gusto), así como de la memoria a corto plazo.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- IMC 29.6 (sobrepeso)
- Alteraciones sensoriales (auditivas, visuales y del gusto)

Dominio: 2 Clase: 1					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Etiqueta (problema) p Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades</p> <p>Factores relacionados (causas) E Aporte excesivo con relación a la actividad física</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) IMC mayor a 25</p>		(1004) Estado nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestión de nutrientes • Relación peso/talla • Hidratación 	Desviación grave del rango normal Hasta sin desviación del rango normal.	Mantener a: 7 Aumentar a: 10 Resultado obtenido: 11
		(1633) Participación en el ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> • Participa con el ejercicio con regularidad. • Realiza ejercicio correctamente • Participa en ejercicios para mantener el equilibrio • Se adhiere al programa de ejercicios 	Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado	Mantener a: 12 Aumentar a: 16 Resultado obtenido: 14

INTERVENCIONES (NIC): (5246) Asesoramiento nutricional
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica de confianza y respeto. • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional • Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia d la ingesta dietética. • Proporcionar información, acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud. • Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento, y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales. • Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. • Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. • Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas. • Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lectura de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda. • Comentar el significado de la comida para el paciente. • Brindar información sobre los cuatro grupos alimenticios y unas guías alimentarias al paciente.

INTERVENCIÓN (NIC): (4310) TERAPIA DE ACTIVIDAD
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. • Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. • Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer, mas que en los déficits. • Ayudarle a programar periodos específicos en su rutona diaria. • Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud. • Coordinar la selección del paciente de las actividades adecuadas para su edad. • Fomentar la participación en actividades de grupo. • Sugerir métodos de incrementar la actividad física diaria. • Fomentar las actividades recreativas y de diversión que tenga por objeto disminuir la ansiedad: cantar en grupo, actividades lúdicas. • Permitir la participación de la familia en las actividades. Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y el refuerzo. • Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad. • Ayudar al paciente a monitorizar el propio progreso en la consecución de objetivos.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: PC			Fecha de nacimiento: 21 de Abril de 1961
Edad: 57	Sexo: F	Domicilio: Calle Buganvilia No. 34, Col. Tamaulipas	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 24 de Agosto del 2016			Folio: 21

Motivo de consulta: Realización de Historia Clínica Diagnostico presuntivo: Adulto Aparentemente sano	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>T°</th> <th>F.C</th> <th>F.R</th> <th>T.A</th> <th>G.C.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>36 °C</td> <td>88 lpm</td> <td>12 rpm</td> <td>100/50 mm/hG</td> <td>92 mg/dl</td> </tr> </tbody> </table>	T°	F.C	F.R	T.A	G.C.	36 °C	88 lpm	12 rpm	100/50 mm/hG	92 mg/dl
T°	F.C	F.R	T.A	G.C.							
36 °C	88 lpm	12 rpm	100/50 mm/hG	92 mg/dl							

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Vacunación completa</td> <td>Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negada	Alimentos: Negada	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negada																				
Alimentos: Negada																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

1.1 ¿Cómo considera su estado de salud? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Bueno</td> <td>Regular</td> <td>Malo</td> </tr> </table> 1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Una vez</td> <td>Dos veces</td> <td>Tres veces</td> <td>Nunca</td> </tr> </table> 1.3 ¿Cada cuándo se baña? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Cada tercer día</td> <td>Otro</td> </tr> </table> 1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Siempre</td> <td>Nunca</td> <td>A veces</td> </tr> </table> 1.5 ¿Fuma? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> 1.6 ¿Con qué frecuencia? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> 1.7 Cantidad Especifique:	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> 1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Cuando está enfermo</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> 1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Cuando lo requiere</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> 1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.15 ¿Se automedica? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.17 ¿Ha sido hospitalizado? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?	Si	No	Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué?												
Bueno	Regular	Malo																																											
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																										
Diario	Cada tercer día	Otro																																											
Siempre	Nunca	A veces																																											
Si	No																																												
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																										
Si	No																																												
Cuando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																										
Cuando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																										
Si	No	¿Por qué?																																											
Si	No	¿Por qué?																																											
Si	No	¿Por qué?																																											
Si	No	¿Por qué?																																											
Si	No	¿Por qué?																																											

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1 Talla y peso

1.55 Mts	65 Kg
----------	-------

2.2 ¿Número de comidas al día?

<2	3	Especifique
----	---	-------------

2.3 ¿En qué lugar come?

Casa	Trabajo	Escuela	Otro
------	---------	---------	------

2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?

Si	No	¿Cuál?
----	----	--------

2.5 ¿Qué alimentos le gustan?

Frutas	Verduras	Carne	Leguminosas	Otro
--------	----------	-------	-------------	------

2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?

Frutas	Verduras	Carnes	Leguminosas	Otro
--------	----------	--------	-------------	------

2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad

Agua natural	Agua azucarada	Refresco
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt. No

2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?

Si	No	Frecuencia
----	----	------------

2.12 ¿Cómo considera su apetito?

Normal	Aumentado	Disminuido
--------	-----------	------------

2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?

Ninguno	Aumentado__ kg	Disminuido__ kg
---------	----------------	-----------------

2.14 ¿Usa prótesis dentales?

Si	No
----	----

2.15 La piel es:

Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente	

2.16 Las uñas son:

Color	Rosadas	Amarillentas
Forma	Cóncava	Convexa
Textura	Dura	Quebradiza

2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?

Si	No
----	----

3.- ELIMINACIÓN

3.1 Número de micciones al día

5

3.2. Características de la micción

Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro

3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?

Si	No
----	----

3.4 Tiene dolor al miccionar:

Si	No
----	----

3.5 Número de deposiciones al día:

1	2-3	>3
---	-----	----

3.6 Características de la deposición

Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases

3.7 ¿Presenta estreñimiento?

Si	No
----	----

3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?

Si	No
----	----

3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?

Si	No
----	----

3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?

Si	No
----	----

3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?

Si	No
----	----

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala</p> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Caminata <input type="checkbox"/> No</p> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulaci3n</p> <p><input type="checkbox"/> Bast3n <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas</p>	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Bañarse</td> <td>Comer</td> <td>Caminar</td> <td>Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 100/50 mm/hG <input checked="" type="checkbox"/> 12 rpm</p>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama										
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio										
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar										

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <p><input type="checkbox"/> 10:00PM <input checked="" type="checkbox"/> 11:00PM <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <p><input type="checkbox"/> 6h <input checked="" type="checkbox"/> 8h <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
--	--

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>
---	---

7.-AUTOPERCEPCI3N-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No</p>
--	--

8.-ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <table border="1"> <tr> <td>Estudiante</td> <td>Hogar</td> <td>Trabajador</td> </tr> </table> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <table border="1"> <tr> <td>Solo</td> <td>Familia</td> <td>Cónyuge</td> <td>Amigos</td> <td>Otros</td> </tr> </table> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <table border="1"> <tr> <td>3-4</td> <td>5-7</td> <td>>8</td> </tr> </table> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Estudiante	Hogar	Trabajador	Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros	3-4	5-7	>8	Si	No	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <table border="1"> <tr> <td>Buena</td> <td>Mala</td> <td>Regular</td> </tr> </table> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	Buena	Mala	Regular	Si	No
Estudiante	Hogar	Trabajador																					
Solo	Familia	Cónyuge	Amigos	Otros																			
3-4	5-7	>8																					
Si	No																						
Si	No																						
Si	No																						
Buena	Mala	Regular																					
Si	No																						

9.-SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Regular</td> <td>Irregular</td> <td>Menopausia</td> </tr> </table> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <table border="1"> <tr> <td>G=4</td> <td>P=2</td> <td>C=2</td> <td>A=</td> </tr> </table> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <table border="1"> <tr> <td>Condón</td> <td>DIU</td> <td>Orales</td> <td>Implante</td> <td>Ninguno</td> </tr> </table>	Regular	Irregular	Menopausia	Si	No	G=4	P=2	C=2	A=	Si	No	Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No								
Regular	Irregular	Menopausia																									
Si	No																										
G=4	P=2	C=2	A=																								
Si	No																										
Condón	DIU	Orales	Implante	Ninguno																							
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										
Si	No																										

10.-ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <table border="1"> <tr> <td>Medicamentos</td> <td>Drogas</td> <td>Alcohol</td> <td>Apoyo social/familiar</td> </tr> </table>	Si	No	Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <table border="1"> <tr> <td>Comer</td> <td>Beber</td> <td>Leer</td> </tr> <tr> <td>Fumar</td> <td>Drogas</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Comer	Beber	Leer	Fumar	Drogas	Especifique	Si	No
Si	No														
Medicamentos	Drogas	Alcohol	Apoyo social/familiar												
Comer	Beber	Leer													
Fumar	Drogas	Especifique													
Si	No														

11.-VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión que profesa</p> <table border="1"> <tr> <td>Católico</td> <td>Protestante</td> <td>Ateo</td> </tr> <tr> <td>Cristiano</td> <td>Judío</td> <td>Otra</td> </tr> </table> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Católico	Protestante	Ateo	Cristiano	Judío	Otra	Si	No	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <table border="1"> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	
Católico	Protestante	Ateo												
Cristiano	Judío	Otra												
Si	No													
Si	No													
Si	No													

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E. Sánchez Sandoval Uriel.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: PC

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
() Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular	N	M	S	A	N	M	S	A
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos	N	D	A		N	D	A	
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 57 años de edad, con IMC 27 (Sobrepeso), en transición de la menopausia, con los siguientes antecedentes ginecobstétricos: 4 gestas, 2 partos, 2 cesáreas.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- IMC 27 (Sobrepeso)
- Menopausia

Dominio: 2 Clase: 1					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades Factores relacionados (causas) E Aporte excesivo con relación a la actividad física Características definitorias (signos y síntomas) IMC mayor a 25	(1004) Estado nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestión de nutrientes • Relación peso/talla • Hidratación 	Desviación grave del rango normal Hasta sin desviación del rango normal.	Mantener a: 8 Aumentar a: 12 Resultado obtenido: 13	
	(1633) Participación en el ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> • Participa con el ejercicio con regularidad. • Realiza ejercicio correctamente • Participa en ejercicios para mantener el equilibrio • Se adhiere al programa de ejercicios 	Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado	Mantener a: 9 Aumentar a: 16 Resultado obtenido: 16	

INTERVENCIONES (NIC): (5246) Asesoramiento nutricional
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica de confianza y respeto. • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional • Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia d la ingesta dietética. • Proporcionar información, acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud. • Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento, y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales. • Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. • Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. • Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas. • Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lectura de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda. • Comentar el significado de la comida para el paciente. • Brindar información sobre los cuatro grupos alimenticios y unas guías alimentarias al paciente.

INTERVENCIÓN (NIC): (4310) TERAPIA DE ACTIVIDAD
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. • Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. • Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer, mas que en los déficits. • Ayudarle a programar periodos específicos en su rutona diaria. • Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud. • Coordinar la selección del paciente de las actividades adecuadas para su edad. • Fomentar la participación en actividades de grupo. • Sugerir métodos de incrementar la actividad física diaria. • Fomentar las actividades recreativas y de diversión que tenga por objeto disminuir la ansiedad: cantar en grupo, actividades lúdicas. • Permitir la participación de la familia en las actividades. Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y el refuerzo. • Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad. • Ayudar al paciente a monitorizar el propio progreso en la consecución de objetivos.

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre: PHS		Fecha de nacimiento: 15 Agosto 1966	
Edad: 50	Sexo: F	Domicilio: Calle Buganvilia 58, Col. Tamaulipas	
Fecha de elaboración de Historia clínica de Enfermería: 24 de Agosto del 2016			Folio: 22

Motivo de consulta: Realización de Historia Clínica Diagnostico presuntivo: Adulto aparentemente sano	Signos Vitales y Glicemia Capilar <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>T° 36 °C</td> <td>F.C 87 lpm</td> <td>F.R 14 rpm</td> <td>T.A 110/70 mm/hG</td> <td>G.C. 87 mg/dl</td> </tr> </table>	T° 36 °C	F.C 87 lpm	F.R 14 rpm	T.A 110/70 mm/hG	G.C. 87 mg/dl
T° 36 °C	F.C 87 lpm	F.R 14 rpm	T.A 110/70 mm/hG	G.C. 87 mg/dl		

Antecedentes Familiares: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes Personales Patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diabetes</td> <td>HTA</td> <td>Artritis</td> <td>Cáncer</td> <td>Epilepsia</td> <td>I. Cardiaca</td> <td>Otro</td> </tr> </table> Antecedentes personales NO patológicos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Vacunación completa</td> <td>Vacunación incompleta</td> </tr> </table>	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro	Vacunación completa	Vacunación incompleta	Alergias <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Medicamentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Alimentos: Negada</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> </tr> </table>	Medicamentos: Negada	Alimentos: Negada	Otros:
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Diabetes	HTA	Artritis	Cáncer	Epilepsia	I. Cardiaca	Otro														
Vacunación completa	Vacunación incompleta																			
Medicamentos: Negada																				
Alimentos: Negada																				
Otros:																				

1.- PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

1.1 ¿Cómo considera su estado de salud? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Bueno</td> <td>Regular</td> <td>Malo</td> </tr> </table> 1.2 ¿Cada cuándo se realiza lavado de dientes (Número de veces al día)? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Una vez</td> <td>Dos veces</td> <td>Tres veces</td> <td>Nunca</td> </tr> </table> 1.3 ¿Cada cuándo se baña? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Cada tercer día</td> <td>Otro</td> </tr> </table> 1.4 ¿Lavado de manos antes de comer y después de ir al sanitario? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Siempre</td> <td>Nunca</td> <td>A veces</td> </tr> </table> 1.5 ¿Fuma? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> 1.6 ¿Con qué frecuencia? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> 1.7 Cantidad Especifique: <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> 1.8 ¿Consume bebidas alcohólicas? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> 1.9 Con qué frecuencia <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Diario</td> <td>Una vez por semana</td> <td>Ocasional</td> <td>Especifique</td> </tr> </table> 1.10 Cantidad: Especifique: <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>	Bueno	Regular	Malo	Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca	Diario	Cada tercer día	Otro	Siempre	Nunca	A veces	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	Si	No	Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique	1.11 ¿Consume otras sustancias? Especifique <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> 1.12 ¿Con qué frecuencia visita el Médico? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Quando está enfermo</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> 1.13 ¿Con qué frecuencia visita el Dentista? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Quando lo requiere</td> <td>Una vez al mes</td> <td>Una vez al año</td> <td>otro</td> </tr> </table> 1.14 ¿Sigue los tratamientos y/o indicaciones médicas y enfermeras? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.15 ¿Se automedica? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.16 ¿Ha sufrido accidentes en casa, escuela, transito o trabajo? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.17 ¿Ha sido hospitalizado? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.18 ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table> 1.19 ¿Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas?	Si	No	Quando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Quando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro	Si	No	¿Por qué?												
Bueno	Regular	Malo																																																	
Una vez	Dos veces	Tres veces	Nunca																																																
Diario	Cada tercer día	Otro																																																	
Siempre	Nunca	A veces																																																	
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Diario	Una vez por semana	Ocasional	Especifique																																																
Si	No																																																		
Quando está enfermo	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Quando lo requiere	Una vez al mes	Una vez al año	otro																																																
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	
Si	No	¿Por qué?																																																	

2.- NUTRICIONAL-METABÓLICO

2.1 Talla y peso

1.65 Mts	68 Kg
----------	-------

2.2 ¿Número de comidas al día?

<2	3	Especifique
----	---	-------------

2.3 ¿En qué lugar come?

Casa	Trabajo	Escuela	Otro
------	---------	---------	------

2.4 ¿Tiene problemas para comer (masticación, deglución)?

Si	No	¿Cuál?
----	----	--------

2.5 ¿Qué alimentos le gustan?

Frutas	Verduras	Carne	Leguminosas	Otro
--------	----------	-------	-------------	------

2.6 ¿Qué alimentos le desagradan?

Frutas	Verduras	Carnes	Leguminosas	Otro
--------	----------	--------	-------------	------

2.7 ¿Con qué frecuencia consume frutas a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.8 ¿Con qué frecuencia consume verduras a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.9 ¿con qué frecuencia consume carne a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.10 ¿Con qué frecuencia consume comida chatarra a la semana?

Diario	Nunca	<3días	>3 días
--------	-------	--------	---------

2.11 Tipo de líquidos que consume al día y cantidad

Agua natural	Agua azucarada	Refresco
<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt.	<1lt. >1lt. No

2.11 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia?

Si	No	Frecuencia
----	----	------------

2.12 ¿Cómo considera su apetito?

Normal	Aumentado	Disminuido
--------	-----------	------------

2.13 ¿Variaciones de peso en los últimos 6 meses?

Ninguno	Aumentado__ kg	Disminuido__ kg
---------	----------------	-----------------

2.14 ¿Usa prótesis dentales?

Si	No
----	----

2.15 La piel es:

Color:	Rosada	Pálida	Ictérica	Cianótica
Turgencia	Humectada	Deshidratada	frágil	Firme
Temp:	Normo térmica	Fría	Caliente	

2.16 Las uñas son:

Color	Rosadas	Amarillentas
Forma	Cóncava	Convexa
Textura	Dura	Quebradiza

2.17 ¿Ha tenido problemas de cicatrización?

Si	No
----	----

3.- ELIMINACIÓN

3.1 Número de micciones al día

6

3.2. Características de la micción

Color	Amarillo claro	Amarillo fuerte	Incoloro
Olor	Característico	Fuerte	Inoloro

3.3 ¿Tiene problemas para contener la orina? ¿Qué frecuencia?

Si	No
----	----

3.4 Tiene dolor al miccionar:

Si	No
----	----

3.5 Número de deposiciones al día:

1	2-3	>3
---	-----	----

3.6 Características de la deposición

Tipo:	Formada	Líquida	Dura	Blanda
Coloración:	Café	Verdosa	Negra	Blanca
Presencia de:	Sangre	Parásitos	Moco	Gases

3.7 ¿Presenta estreñimiento?

Si	No
----	----

3.8 ¿Ha notado presencia de hemorroides?

Si	No
----	----

3.9 ¿Ha presentado incontinencia fecal? ¿Qué frecuencia?

Si	No
----	----

3.10 ¿Presenta problemas de sudoración y olor excesivo?

Si	No
----	----

3.11 ¿Es portador de sonda, ostomía o drenaje?

Si	No
----	----

4.- ACTIVIDAD-EJERCICIO

<p>4.1 A lo largo del día su nivel de energía es:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala</p> <p>4.2 ¿Realiza algún tipo de actividad física? ¿Regularidad?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Caminata <input type="checkbox"/> No</p> <p>4.3 Utiliza algún auxiliar para la deambulación</p> <p><input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas</p>	<p>4.4 ¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?</p> <table border="1"> <tr> <td>Bañarse</td> <td>Comer</td> <td>Caminar</td> <td>Movilizarse en cama</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td>Evacuar</td> <td>Subir escaleras</td> <td>Ejercicio</td> </tr> <tr> <td>Limpieza del hogar</td> <td>Ir de compras</td> <td>Trabajar</td> <td>Cocinar</td> </tr> </table> <p>4.5 ¿Cuál es su T/A y F.R?</p> <p><input checked="" type="text"/> 110/70 mm/hG <input checked="" type="text"/> 14 rpm</p>	Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama	Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio	Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar
Bañarse	Comer	Caminar	Movilizarse en cama										
Vestirse	Evacuar	Subir escaleras	Ejercicio										
Limpieza del hogar	Ir de compras	Trabajar	Cocinar										

5.- SUEÑO DESCANSO

<p>5.1 ¿Cuál es su hora de ir a dormir?</p> <p><input type="text"/> 10:00PM <input checked="" type="text"/> 11:00PM <input type="text"/> Otro</p> <p>5.2 ¿Cuántas horas duerme con regularidad?</p> <p><input checked="" type="text"/> 6h <input type="text"/> 8h <input type="text"/> Otro</p> <p>5.3 ¿Concilia bien el sueño?</p> <p><input checked="" type="text"/> Sí <input type="text"/> No</p> <p>5.4 ¿Su sueño es reparador?</p> <p><input checked="" type="text"/> Sí <input type="text"/> No</p>	<p>5.5 ¿Utiliza algún medicamento o apoyo para dormir? ¿Cuál?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p> <p>5.6 Durante el día ¿Tiene algún horario de descanso?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p> <p>5.7 ¿Considera que el espacio en dónde duerme es el adecuado?</p> <p><input checked="" type="text"/> Sí <input type="text"/> No</p>
--	--

6.- COGNITIVO-PERCEPTUAL

<p>6.1 ¿Tiene problemas para ver?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p> <p>6.2 ¿Presenta problemas para escuchar?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p> <p>6.3 ¿Tiene problemas para recordar cosas?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p> <p>6.5 ¿Presenta problemas para distinguir olores?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p>	<p>6.6 ¿Presenta problemas para distinguir sabores?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p> <p>6.7 ¿Tiene problemas de lenguaje?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p> <p>6.4 ¿Tiene problemas para concentrarse?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p> <p>6.8 ¿Le cuesta trabajo aprender?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p>
---	---

7.-AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

<p>7.1 ¿Está conforme con usted mismo?</p> <p><input checked="" type="text"/> Sí <input type="text"/> No</p> <p>7.2 ¿Se enfada frecuentemente?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p> <p>7.3 ¿Se siente deprimido?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p> <p>7.4 ¿Se siente ansioso?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p>	<p>7.5 ¿Suele estar aburrido?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p> <p>7.6 ¿Suele sentir miedo inexplicable?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p> <p>7.7 ¿Tiene periodos de desesperanza?</p> <p><input type="text"/> Sí <input checked="" type="text"/> No</p>
--	--

8.-ROL-RELACIONES

<p>8.1 Ocupación</p> <p>Estudiante Hogar Trabajador</p> <p>8.2 ¿Con quién vive?</p> <p>Solo Familia Cónyuge Amigos Otros</p> <p>8.3 ¿De cuántos miembros se compone su familia?</p> <p>3-4 5-7 >8</p> <p>8.4 Existen problemas en las relaciones familiares</p> <p>Si No</p>	<p>8.5 ¿Existen problemas en sus relaciones laborales, académicas?</p> <p>Si No</p> <p>8.6 ¿Se siente feliz con lo que hace?</p> <p>Si No</p> <p>8.7 La relación con sus amistades son</p> <p>Buena Mala Regular</p> <p>8.8 ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?</p> <p>Si No</p>
---	---

9.-SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

<p>9.1 ¿Cómo es su ciclo menstrual?</p> <p>Regular Irregular Menopausia</p> <p>9.2 ¿Ha tenido embarazos?</p> <p>Si No</p> <p>9.3 Número de Gestas, Partos, Cesáreas y abortos</p> <p>G=2 P=1 C=1 A=</p> <p>9.4 ¿Ha tenido problemas para concebir un hijo?</p> <p>Si No</p> <p>9.5 ¿Método anticonceptivo qué usa?</p> <p>Condón DIU Orales Implante Ninguno</p>	<p>9.6 ¿Ha tenido cambios en la menstruación?</p> <p>Si No</p> <p>9.7 ¿Ha notado cambios en la libido sexual?</p> <p>Si No</p> <p>9.8 ¿Ha mantenido conductas sexuales de riesgo?</p> <p>Si No</p> <p>9.9 En mujeres ¿Se realiza la autoexploración mamaria?</p> <p>Si No</p> <p>9.10 En Hombres ¿se realiza autoexploración testicular?</p> <p>Si No</p>
--	--

10.-ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>10.1 ¿Ha presentado cambios/pérdidas importantes el último año?</p> <p>Si No</p> <p>10.2 Al tener problemas usted los enfrenta haciendo uso de:</p> <p>Medicamentos Drogas Alcohol Apoyo social/familiar</p>	<p>10.3 Acciones que realiza para contener la ira u otras emociones</p> <p>Comer Beber Leer</p> <p>Fumar Drogas Especifique</p> <p>10.4 ¿Tiene alguna persona de su confianza para apoyarse en sus problemas?</p> <p>Si No</p>
--	--

11.-VALORES-CREENCIAS

<p>11.1 Religión que profesa</p> <p>Católico Protestante Ateo</p> <p>Cristiano Judío Otra</p> <p>11.2 ¿La religión es importante para usted?</p> <p>Si No</p>	<p>11.3 ¿La religión le ayuda cuándo tienen dificultades?</p> <p>Si No</p> <p>11.4 ¿Su religión le impide la realización del algún procedimiento médico?</p> <p>Si No</p> <p>11.5 ¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?</p> <p>Cada persona traza su destino en cuanto a la muerte y la enfermedad.</p>
---	---

Estoy enterado del llenado de mi Historia Clínica de Enfermería y su confidencialidad.

Firma: _____ X _____.

Enfermera que captura Historia Clínica: E.L.E Ortega Pérez Elisa Yacotzihuatl.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PODOLÓGICA (MNSI)

Nombre: PC

Edad: Sexo: Tiempo de evolución de la enfermedad

Alcoholismo: Tabaquismo: Patologías agregadas:

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas de la tabla I. y conteste acertadamente de acuerdo a los síntomas que presente.

Tabla I. Preguntas y puntaje del cuestionario MNSI		
El paciente presentó alguno de los siguientes síntomas la semana pasada		
1.- ¿Tiene las piernas y/o los pies entumecidos?	Si= 1	No= 0
2.- ¿Alguna vez ha tenido dolor tipo ardor en piernas y/o pies?	Si= 1	No= 0
3.- ¿Son sus pies demasiado sensibles al tacto?	Si= 1	No= 0
4.- ¿Presenta calambres en sus piernas y en sus pies?	Si= 0	No= 0
5.- ¿Presenta sensación de pinchazos en sus piernas y pies?	Si= 1	No= 0
6.- ¿Siente dolor cuando las cobijas de la cama tocan sus pies?	Si= 1	No= 0
7.- ¿Cuándo se baña tiene la sensación de que el agua está caliente cuando esta fría?	Si= 0	No= 1
8.- ¿Ha tenido una herida abierta en su pie?	Si= 1	No= 0
9.- ¿Su doctor le dijo alguna vez que usted tiene Neuropatía Diabética?	Si= 1	No= 0
10.- ¿Usted se siente débil la mayor parte del tiempo?	Si= 0	No= 0
11.- ¿Sus síntomas empeoran por la noche?	Si= 1	No= 0
12.- ¿Le duelen sus pies cuando camina?	Si= 1	No= 0
13.- ¿Es capaz de sentir sus pies cuando camina?	Si= 0	No= 1
14.- ¿La piel de sus pies se seca tanto que se agrieta?	Si= 1	No= 0
15.- ¿Lo han amputado alguna vez?	Si= 1	No= 0
Puntaje máximo = 13 puntos.		

Tabla 2. Parámetros del examen físico en el MNSI			
Parámetro			
A) Aspecto del pie	Normal	Si (0)	No (1)
Si el aspecto del pie no es normal especifica la deformidad			
() Dedos en Martillo			
() Dedos Sobrepuestos			
() Haluxvalgus			
() Subluxación de la articulación			
(X) Convexidad medial (Pies de Charcot)			
B) Piel seca:			
C) Infección grietas:			
Presencia de ulceraciones	Presente (1)	Ausente (0)	
Reflejo aquiliano	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
Percepción de vibración en el dedo gordo del pie	Presente (0)	Presenta con esfuerzo (0.5)	Ausente (1)
El puntaje total se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambos miembros			
Puntaje máximo = 8 puntos			

Tabla 3. Parámetros del examen físico del MNSI								
	Izquierdo				Derecho			
	N	D	A		N	D	A	
Compromiso Sensitivo								
Vibraciones en el dedo gordo del pie	0	1	2		0	1	2	
Filamento de 10 gr.	0	1	2		0	1	2	
Pin prick en el dorso del pie	0	1	2		0	1	2	
Examen de la fuerza muscular								
Separación de los dedos	0	1	2	3	0	1	2	3
Extensión del dedo gordo del pie	0	1	2	3	0	1	2	3
Dorsiflexión del tobillo	0	1	2	3	0	1	2	3
Reflejos								
Aquiliano	0	1	2		0	1	2	
Bíceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Tríceps braquial	0	1	2		0	1	2	
Cuádriceps femoral	0	1	2		0	1	2	
El puntaje final se obtiene al sumar las cifras obtenidas en ambas extremidades pélvicas								
N: Normal								
D: Disminuido								
A: Ausente								
M: Moderado								
S: Severo								

PUNTAJE OBTENIDO EN EL MDNS LO RECOMENDADO POR FELDMAN			
Sin Neuropatía	Neuropatía leve	Neuropatía Moderada	Neuropatía Severa
0-6 puntos	7 a 12 puntos	13 a 29 puntos	30 a 46 puntos

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 50 años de edad, con IMC 25 (Sobrepeso), con antecedentes personales patológicos de pie derecho equinovaro, así como presencia de las alteraciones de la sensibilidad secundaria a intervención quirúrgica en la infancia y adolescencia, presencia de flictenas (2x2 cm) en la zona plantar.

Respuestas humanas y Razonamiento diagnóstico

- Presencia de flictenas (2x2 cm)
- IMC 25 (Sobrepeso)
- Limitación de la movilidad del pie derecho

Dominio: 2	Clase: 1				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Etiqueta (problema) p Deterioro de la integridad cutánea		(1101) Integridad Tisular: Piel y membranas mucosas	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura de la piel • Sensibilidad • Lesiones cutáneas • Eritema 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 12 Aumentar a: 16 Resultado obtenido: 18
Factores relacionados (causas) E Factores mecánicos (alteración osteomuscular)		(0211) Función Esquelética	<ul style="list-style-type: none"> • Alineación esquelética 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 3 Aumentar a: 4 Resultado obtenido: 4
Características definitorias (signos y síntomas) Alteración de la superficie de la piel		1827 Conocimientos: Mecanismos corporales	<ul style="list-style-type: none"> • Postura de pie correcta • Ejercicios para aumentar la flexibilidad muscular 	Desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido	Mantener a: 2 Aumentar a: 4 Resultado obtenido: 3

INTERVENCIONES (NIC): (5603) Enseñanza: Cuidado de los pies
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edemas en los pies. • Inspeccionar los zapatos del paciente para ver si calzan correctamente. • Poner los pies en remojo, si es necesario. • Secar cuidadosamente los espacios interdigitales. • Aplicar loción. • Limpiar las uñas. • Aplicar polvos absorbentes, si está indicado. • Comentar con el paciente la rutina habitual de cuidado de los pies. • Instruir al paciente / familia en la importancia del cuidado de los pies. • Ofrecer una inducción positiva respecto de las actividades de cuidados de los pies por sí mismo. • Observar el paso del paciente y la distribución de peso sobre los pies. • Controlar la limpieza y estado general de los zapatos y calcetines. • Enseñar al paciente a que inspecciones el interior de los zapatos por si hay zonas ásperas. • Comprobar el nivel de hidratación de los pies. • Observar si hay edema en piernas y pies. • Instruir al paciente acerca de la importancia de la inspección, especialmente cuando disminuya la sensibilidad. • Cortar las uñas de los pies de grosor normal cuando estén blandas, con un cortaúñas y utilizando la curva del dedo como guía. • Remitir al podólogo para el corte de las uñas gruesas.

INTERVENCIÓN (NIC): (5612) Ejercicio Prescrito
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad / ejercicio prescrito, del paciente. • Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad / ejercicio prescrito. • Enseñar al paciente a realizar la actividad / ejercicio prescrito. • Instruir al paciente acerca de los ejercicios de estiramientos correctos antes y después de la actividad / ejercicio y el fundamento de tal acción, si procede. • Enseñar al paciente a realizar un precalentamiento y enfriamiento antes y después de la actividad / ejercicio y la importancia del tal acción, si procede. • Enseñar al paciente una buena postura y la mecánica corporal. • Observar al paciente mientras realiza la actividad / ejercicio. • Proporcionar información acerca de los dispositivos de ayuda disponibles que pueden utilizarse para facilitar la práctica de la técnica requerida. • Enseñar al paciente el montaje, utilización y mantenimiento de los dispositivos de ayuda. • Ayudar al paciente a incorporar la actividad / ejercicio en la rutina diaria / estilo de vida. • Ayudar al paciente a alternar correctamente los periodos de descanso y actividad. • Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados. • Remitir al paciente a un centro de rehabilitación.

INTERVENCIONES (NIC): (3584) Cuidados de la herida
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la limpieza de la herida con solución antiséptica. • Anotar las características de la herida. • Administrar Óxido Dialil Disulfuro / Pirferidona para la cicatrización de la herida. • Capacitar al paciente para la realización de sus curaciones cada 24 hrs.

Bibliografía

- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Rheumatoid arthritis: The management of rheumatoid arthritis in adults: NICE clinical guidance 79; 2009. Internet [consultado 14 julio 2017]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG79NICEGuideline.pdf>.
- Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide. Ministerio de salud de Colombia. Internet [consultado 20 julio 2017]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_563/GPC_art_reumatoide/gpc_art_reumatoide_completa.aspx.
- Díaz Cortes M., Chalem Choueka P. Guías para el tratamiento de la artritis reumatoide. Segunda edición 2016, Bogotá Colombia.
- Aletaha, T. Neogi, A.J. Silman, J. Funovits, D.T. Felson, C.O. Bingham 3rd. Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative *Arthritis Rheum.*, 62 (2010), pp. 2569-2581 <http://dx.doi.org/10.1002/art.27584> Medline.
- Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. *Reumatol Clin* 2011; 6 Supl 3:33-7 - Vol. 6 DOI: 10.1016/j.reuma.2011.01.002. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/nuevos-criterios-clasificacion-artritis-reumatoide/articulo/S1699258X1100026X/>
- Comisión Permanente de Enfermería. Lineamientos General para la elaboración de planes de cuidado de Enfermería. México, 2011. Internet [Consultado 9 de octubre de 2018]. Disponible: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general.pdf
- D.J. DE al. Validation of the filipino-translated version of the Michigan neuropathy screening instrument among Filipino patients with diabetes mellitus seen at the Philippine general hospital. *J ASEAN Fed Endocr Soc* [Internet]. 2016;31(2):115–24. Disponible: <http://www.asean-endocrinejournal.org/index.php/JAFES/article/download/335/792%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed18b&NEWS=N&AN=613711214>
- Carmen PR. Conocimientos y hábitos de cuidado : Efecto de una intervención educativa para disminuir el riesgo de pie diabético *Care knowledge and habits effect of an educational intervention to reduce the risk of diabetic foot*. 2015;(3):23–36.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Ed. Elsevier Mosby, 6ta Edición, Barcelona, 2014.
- Bulechek GM, Butcher HK, J McCloskey. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Ed. Elsevier Mosby, 6ta Edición Barcelona, 2014.
- NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020, Ed. Thieme, Eleventh Edition.

ANEXO

Presentación

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), se les considera uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Su incidencia de acuerdo con la Organización Panamericana de Salud (OPS), está relacionada con los cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de la población actual, impulsando el cambio de los patrones alimenticios como el consumo de grasas trans o no saludables, alimentos no nutritivos, poco consumo de fibra, frutas y verduras, la disminución de la actividad física, la influencia de la publicidad, dislipidemia, tabaquismo, sedentarismo, una dieta inadecuada y el síndrome metabólico.

Las complicaciones suscitadas de las ECNT, se han reconocido como la causa más frecuente de incapacidad prematura, además, de pronunciarse como emergencia de salud pública considerada epidemia internacional. Entre las ECNT, más frecuentes que contribuyen a la morbi-mortalidad mundial, se encuentran: la diabetes mellitus tipo 1 y 2 (DM), la hipertensión arterial sistémica (HAS) y la artritis reumatoide (AR). Las cuales pueden estar presentes de forma aislada o aparecer todas ellas en una persona, precipitando aún más las fallas multiorgánicas que acortan el ciclo vital.

Por fortuna, la evolución natural de estos padecimientos se puede modificar, con acciones que cambian el curso clínico que determinan su aparición e incidencia. Siendo estas: la modificación en los hábitos alimenticios, la práctica de actividad física frecuente, el monitoreo de somatometría, de glicemia capilar y presión arterial.

La prevención y el control de las ECNT, debe ser una prioridad para el sistema nacional de salud, de lo contrario repercutirá en efectos sociales y económicos, debido a su incidencia en la edad productiva y los costos elevados para el manejo de las complicaciones que derivan de las mismas.

Por lo cual, se hace necesario que el profesional de enfermería, se encuentra familiarizado con el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de las ECNT, para ellos es preciso que emplee el método enfermero y tenga especial atención en la primera etapa denominada valoración, en la cual identificará plenamente todas aquellas respuestas humanas tanto objetivas como subjetivas que manifieste la persona, siendo esta fase indispensable para organizar los datos obtenidos. Esto le permitirá proseguir con las subsecuentes etapas: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, en cualquier nivel de salud donde esté realizando sus actividades.

Introducción

Uno de los ejes centrales de la disciplina de Enfermería, señalado por Melesi es el uso de la herramienta metodológica llamada Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual es considerado como el marco teórico ideal para ejercer la práctica clínica y para la formación de los profesionales. Es por tanto, el proceso de enfermería la aplicación sistemática del método científico, que está conformado por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, intervención y evaluación, cada una de ellas es indispensable para la resolución de problemas reales y potenciales de salud.

La valoración es la primera etapa del PAE, en ella se realiza la valoración del estado de salud de la persona, familia o comunidad. Su propósito es recoger y organizar la información necesaria, uno de ellos es el tiempo que se emplea en la misma, por otro lado, se complica cuando no se ha familiarizado con el proceso, además exige el uso del pensamiento reflexivo al momento de recolectar, validar y organizar la información, la cual habla de cómo se encuentra la persona, cuya veracidad depende de los cuidados que se proporcionan. De tal forma que, en este primer momento es inconcluso o deficiente, dejará de ser el pilar deseable para el desarrollo del PAE.

Motivo por el cual, el presente álbum electrónico tiene como propósito ilustrar, características clínicas de acuerdo a las respuestas humanas que los padecientes usuarios de las clínicas Tamaulipas y Reforma, que manifestaron durante la vigencia del proyecto PAPIME PE204716 (mayo 2016 a junio 2018), quedando además, como evidencia de lo realizado por los responsables y becarios del mencionado proyecto pertenecientes a la carrera de enfermería de la FES Zaragoza, UNAM. Finalmente, estas imágenes podrán ser retomadas para caracterizar exposiciones o trabajos relacionados a estos temas de salud.

Alteraciones podológicas asociadas al desarrollo de pie diabético



FIGURA 1. Subluxación de segundo orjejo de pie izquierdo.



FIGURA 2. Hiperqueratosis talar, micosis plantar y dedo en garra de ambos pies.



FIGURA 3. Dedos en garra, alteración de la coloración de primer orjejo y probable angiopatía.



FIGURA 4. Onicocriptosis de primer orjejo en ambos miembros y onicomicosis.



FIGURA 5. Onicomicosis de primer orjejo y hallux valgus.



FIGURA 6. Telangiectasia de la cara interna de la pierna izquierda, hallux valgus y Onicocriptosis de primer ortejo en ambos pies.



FIGURA 7. Hiperqueratosis talar y micosis talar e interdigital.



FIGURA 8. Venas reticulares y varicosas en cara interna maleolar.



FIGURA 9. Hiperqueratosis del tercio distal del pie.



FIGURA 10. Onicomycosis de primer ortejo de ambos pies; onicogriphosis y subluxación del segundo ortejo del pie izquierdo.



FIGURA 11. Venas reticulares y varicosas en cara externa de la pierna.



FIGURA 12. Onicomycosis de los cinco ortejos, micosis interdigital y edema periférico.



FIGURA 13. Edema periférico de ambas extremidades y onicomycosis.



FIGURA 14. Onicomycosis y dedos en garra.



FIGURA 15. Edema periférico Godette (4+), Hallux valgus y dedos en martillo de ambos miembros.



FIGURA 16. Onicomicosis y cabalgamiento de tercer ortejo.



FIGURA 17. Edema periférico Godette (4+), Hallux valgus y dedos en martillo de ambos miembros.



FIGURA 18. Onicomicosis y onicogriphosis del segundo ortejo del pie izquierdo.



FIGURA 19. Edema periférico Godette (3+).



FIGURA 20. Onicomicosis

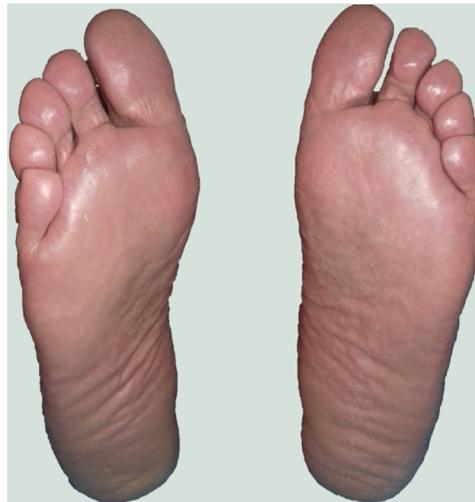


FIGURA 21. Hiperqueratosis talar y micosis plantar.



FIGURA 22. Onicomicosis del primer ortejo de ambos pies.



FIGURA 23. Micosis plantar e interdigital.

Manifestaciones clínicas de la Artritis Reumatoide



FIGURA 24. Asimetría de ambos tobillos.



FIGURA 25. Asimetría de ambas rodillas.



FIGURA 26. Deformidad en ojal del primer dedo (flexión intercarpofalángica e hiperextensión) y deformidad en cuello de cisne de los dedos restantes (flexión interfalángica distal).



FIGURA 27. Eritema y nódulos subcutáneos del quinto ortejo del pie izquierdo.



FIGURA 28. Eritema intermetacarpofalángico e interfalángica proximal y distal.



FIGURA 29. Alteraciones articulares simétricas en extremidades superiores.



FIGURA 30. Inflamación cervical (atlanto-axial).

Alteraciones bucodentales del paciente diabético



FIGURA 31. HGingivitis y periodontitis en los dientes incisivos inferiores y superiores.

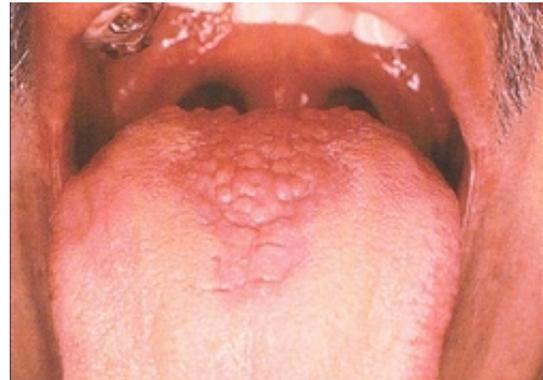


FIGURA 32. Glositis romboidal medial (atrofia papilar).



FIGURA 33. Candidiasis bucal en comisuras y carrillos.



FIGURA 34. Afta traumática en el piso de la cavidad oral.

Valoración y planeación de cuidados de enfermería de los padecientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2, hipertensión arterial y artritis reumatoide, bajo los patrones funcionales de Marjory Gordon

**Alberto Bazán María Elena
Gómez Pérez José
Cortés Escárcega Irma**



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto.
Col. Ejército de Oriente.
Iztapalapa, C.P. 09230 Ciudad de México.
Campus III. Ex fábrica de San Manuel s/n,
Col. San Manuel entre Corregidora y Camino a Zautla,
San Miguel Contla, Santa Cruz Tlaxcala.

<http://www.zaragoza.unam.mx>

