

Apéndice I

Valoración de enfermería



UNIVERSIDAD DE SONORA
División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Enfermería



El presente cuestionario es con el propósito de conocer acerca de las actividades que usted realiza y su situación actual. La información que usted proporcione es anónima y confidencial. Para el logro del objetivo es necesario que usted responda con sinceridad.

Gracias

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas por favor mencione la respuesta correcta.

I Parte.- Datos de identificación

- 1.-Edad: ___ Años
- 2.-Sexo: ___ Masculino ___Femenino
- 3.- Edo. Civil: ___ Soltero ___Casado ___ Divorciado ___Unión libre ___Viudo
- 4.- Escolaridad: ___Primaria ___Secundaria ___Preparatoria ___Universidad ___Otro
- 5.- Cuenta con pensión. ___ Si ___ No
- 6.- Seguro medico.- ___ Si ___ No
- 7.- Familiares.- ___ Si ___ No

II Parte.- Antecedentes personales

8.- Operaciones Realizadas.- _____ Si _____ No

Cuales? _____

9.- Problemas músculo esqueléticos.- _____ Si _____ No

¿Cuales? _____

10.- Enfermedades crónico-degenerativas.- _____ Si _____ No

¿Cuales? _____

11.- Enfermedades psiquiátricas.- _____ Si _____ No

¿Cuales? _____

12.- Enfermedades recurrentes.- _____ Si _____ No

¿Cuales? _____

13.- Problemas nocturnos.- _____ Si _____ No

¿Cuales? _____

14.- Signos vitales.- _____

III Parte

Escala De Katz

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		
Parámetro	Situación del paciente	puntuación
Comer	- Totalmente independiente.	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente: para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5

	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión al caminar 50m	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	-Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Total:		

Menos de 20 = Total

Mas de 60 = leve

20 – 35 = Grave

100 = Independiente

40 -45 = Moderado

IV Parte.

Escala De Norton

Estado físico general	Estado mental	Actividad	Movilidad	incontinencia	
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

1 Puntuación entre 4 y 20. Riesgo de úlcera por decúbito con < 14 puntos. < 12 puntos implica alto riesgo.

Apéndice II

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI

¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Valoración global

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-10: **Normal**.

11-14: **Depresión leve** (sensibilidad 84%; especificidad 95%).

>14: **Depresión severa** (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

Apéndice III

Instrumento de valoración de recursos sociales

1. ¿Es usted soltero, casado, en unión libre, viudo, divorciado o separado?

1. Soltero
2. Casado/en unión libre
3. Viudo
4. Divorciado/separado

2. ¿Cuántas personas lo visitan?

1. Nadie
2. _____

3. ¿Con cuántas personas (familiares o amistades) ha hablado por teléfono en la última semana?

1. Nadie
2. _____

4. ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no vive con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo?

1. Ninguna
2. Una vez al día
3. Una vez a la semana
4. 2-6 veces por semana

5. ¿Tiene usted alguien en quién pueda confiar?

1. Si
2. No

6. ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca?

1. Frecuentemente
2. Algunas veces

3. Casi nunca

7. ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve?

1. Tan frecuente como deseo

2. Descontento por lo poco que los veo

8. ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude?

Si responde sí, pregunte 8a y 8b.

8a. ¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo o discapacitado de 1 a seis semanas?

8b. ¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo o discapacitado más de seis semanas?

1. Si

2. No

1a. Si

2a. No

1b. Si

2b. No

9. ¿Considera que usted (y su pareja) tiene(n) suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas del vivir diario?

1. Si

2. No

Apéndice IV

Historia Clínica del adulto mayor

I. Identificación

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Enfermedad actual en caso de existir:

Síntomas y tiempo de evolución

Antecedentes personales patológicos

Antecedentes quirúrgicos y traumáticos

Anote el tipo de patología, intervención realizada, estudio anatomopatológico – tiempo

Antecedentes Genitourinarios

Mujeres

1. a. Gesta _____ Para _____ Aborto _____ Vivos _____ FUM _____ ultima
citología _____ Resultados Bueno _____ Malo _____ sangrados
posmenopáusico ausente _____ presente _____ prurito genital:
ausente _____ presente _____ Flujos:
ausente _____ presente _____

Hombres

Prostatismo: ausente _____ presente _____

Incontinencia Urinaria

- a. diurna aguda: ausente _____ presente _____
b. diurna crónica: ausente _____ presente _____

- c. diurna ocasional: ausente_____ presente_____
- d. nocturna aguda: ausente_____ presente_____
- e. nocturna crónica: ausente_____ presente_____
- f. nocturna ocasional: ausente_____ presente_____

Incontinencia fecal

- g. diurna aguda: ausente_____ presente_____
- h. diurna crónica: ausente_____ presente_____
- i. diurna ocasional: ausente_____ presente_____
- j. nocturna aguda: ausente_____ presente_____
- k. nocturna crónica: ausente_____ presente_____
- l. nocturna ocasional: ausente_____ presente_____

Otros:_____

Enfermedades sexualmente transmitidas

ausente_____ presente_____ Relaciones sexuales si () no ()

Habito intestinal (frecuencia en días) _____

Examen Físico

1. Signos vitales

Tensión arterial	Derecha	izquierda
Acostado		
Sentado		
De pie		

Temperatura	F. respiratoria	f. cardiaca	pulso
bucal	(x minuto)	(x minuto)	(x minuto)

2. Condiciones generales

	Buena	Regular	mala
Apariencia			
hidratación			
Piel			
Anexos			

3. Cabeza

ojos	Normal		Patológico		No evaluable		Especifique	
	D	I	D	I	D	I	D	I
Retina								
Conjuntiva								
Pupilas								
Cristalino								
Tono ocular								

boca	Normal	Patológico	No evaluable	Especifique
Labios				
Lengua				
Encias				
Faringe				

dentadura	Completa	Incompleta	Ausencia total	
Estado	Bueno	Regular	Malo	
Prótesis	Ausente	Parcial	Total	

	Normal		Patológico		No evaluable		Especifique
	D	I	D	I	D	I	
Oídos							
Nariz							

cuello	Normal	Patológico	No evaluable	Especifique
Cuello				
Tiroides				
Tórax	Normal	Patológico	No evaluable	Especifique
Inspección Gral.				
Corazón				
Pulmón				
Abdomen	Normal	Patológico	No evaluable	Especifique
Inspección gral.				
Palpación				
Auscultación				
Hígado				
Bazo				
Pared abdominal				
Otros				
Sistema genitourinario	Normal	Patológico	No evaluable	Especifique

Signos articulares

	Ausente	Presente	especifique
Eritema			
Calor			
Tumefacción			
Dolor			
Deformidad			
Signos de derrame			
Sinovitis			
Inestabilidad			
Atrofia de músculos			
Movimientos involuntarios			

Pulsos

	Normal		Limitada		No evaluable		Especifique	
	D	I	D	I	D	I	D	I
Temporal								
Carotideo								
Braquial								
Femoral								
Tibial								
Pedio								

Soplos

Ausente () Presente ()

Estado mental

Pares craneales	Normal	patológico	No evaluable	especifique
I olfatorio				
II óptico				
III oculo motor				
IV patético				
V trigémino				
VI ocular externo				
VII Facial				
VIII acústico				
IX glossofaríngeo				
X Vago				
XI accesorio o espinal				
XII hipofisiario				

Sensibilidad

	Normal	patológico	No evaluable	especifique
Táctil				
Térmica, dolorosa				
Vibratoria				
Propia				

Reflejos superficiales y osteotendinosos

	Normal	patológico	No evaluable	especifique
Cutáneos				
Bicipital				
Tricipital				
Rotuliano				
Aquiliano				

Tomado de Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano, (Medellín & Tascon, 1995)

Apéndice V.

Fotografías



Curación de Heridas



Asistencia Individualizada



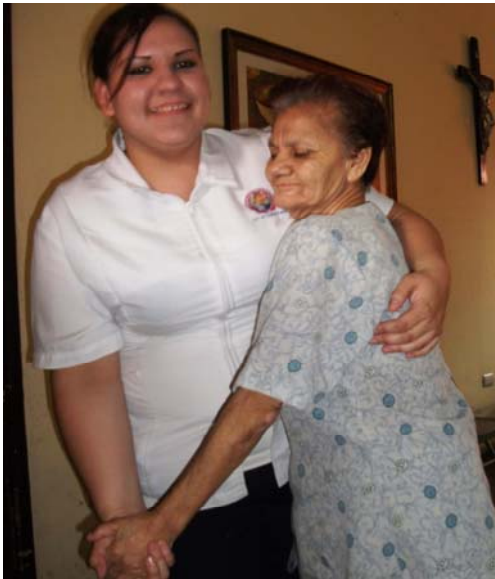
Aseo y Vestido



Alimentación Asistida



Actividades Recreativas





Apoyo e Interacción Social





Despedida a Prestadoras de Servicio Social

No es un adiós sino un hasta luego