

## **X. ANEXOS**

## ANEXO A

### Formato de valoración de enfermería en el postoperatorio

Nombre _____ edad _____ sexo _____ fecha _____ Fecha de ingreso _____ Estado civil _____ Escolaridad _____ Ocupación Actual _____ Servicio _____ Cama _____ Diagnostico medico _____ Cirugía programada _____ Cirugía realizada _____ Forma de ingreso: Programada _____ Urgencia _____ Tipo de anestesia _____
<b>PATRON PERCEPCION / MANEJO DE LA SALUD</b> Estado de salud actual: Bueno _____ malo _____ regular _____ Padece alguna enfermedad crónica: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____ Desde hace cuánto tiempo _____ Alérgico a medicamentos: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____ Toxicomanías: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____ AHF: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____ Tratamiento actual _____ Automedicación: Sí _____ No _____ uso de antibióticos: Si _____ No _____ Antecedentes quirúrgicos: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____ Antecedentes hospitalarios: Sí _____ No _____ ¿Cuántos? _____ Antecedentes transfusiones: Sí _____ No _____ ¿Cuántas? _____ Malformaciones congénitas: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____ Padecimiento actual _____
<b>PATRON NUTRICIONAL / METABOLICO</b> Peso _____ Talla _____ IMC _____ T° _____ Glicemia _____ HB _____ Plaquetas _____ TP _____ TPT _____ Leucocitos _____ Grupo y Rh _____ Coloración de tegumentos _____ Mucosa oral _____ Tipo de dieta _____ Ayuno _____ Alergias alimenticias: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____ Líquidos parenterales _____ Anorexia o polifagia: Sí _____ No _____ Problemas de digestión _____ Malestar al consumir alimentos: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____ Acceso venoso central _____ Periférico _____ Permeable: Si _____ No _____ Presencia de SNG: Si _____ No _____ De que tipo _____ Características de la herida _____ Tapones nasales: colocados _____ No colocados _____ Integridad de piel y mucosas: oral _____ nasal _____
<b>PATRON ELIMINACION</b> Peristaltismo intestinal presente: Sí _____ No _____ Micción _____ Presente _____ Pendiente _____ Globo vesical _____ Evacuaciones: Sí _____ No _____ Características _____ Presencia de: Flatulencias _____ Halitosis _____ Esfuerzo al defecar _____ Distención abdominal _____ Oliguria _____ Poliuria _____ Hematuria _____ Nicturia _____ Drenaje urinario _____ Uso de auxiliares o medicamentos para orinar: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____ Presencia de drenajes: _____ Presencia de: Sangrado: Sí _____ No _____ Epistaxis: Sí _____ No _____ Rinorrea: Sí _____ No _____ Características _____
<b>PATRON ACTIVIDAD / EJERCICIO</b>

Postura \_\_\_\_\_ Cianosis \_\_\_\_\_  
 Oxigenoterapia \_\_\_\_\_ Dificultad para respirar \_\_\_\_\_  
 Ruidos adventicios \_\_\_\_\_ Estertores \_\_\_\_\_ Sibilancias \_\_\_\_\_  
 Problemas para la deambulación \_\_\_\_\_  
 Actividades que dejo de realizar por su problema \_\_\_\_\_  
 Recurrencia en enfermedades respiratorias \_\_\_\_\_  
 Fosas nasales: Normales \_\_\_\_\_ Hiperémicas \_\_\_\_\_ Dolor nasal \_\_\_\_\_  
 Inflamación nasal: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Ortopnea: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Edema: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ hemorragia: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ obstrucción nasal: Sí \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_  
 Sensibilidad: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Parámetro Aldrette	Al Minuto	15	30	45	60	90
Actividad muscular						
Respiración						
Circulación						
Edo. de conciencia						
Color de tegumentos						
Total						

VALORACION ALDRETTE	2	1	0	TOTAL
Actividad muscular	4 extremidades	1 extremidad	Completamente inmóvil	
Respiración	Respiraciones amplias	Respiraciones limitadas	Apnea	
Circulación	T/A +/- 20% del nivel pre anestésico	T/A +/- 50% del nivel pre anestésico	T/A + 50% del nivel pre anestésico	
Edo. de conciencia	Completamente despierto	Responde al llamado	No responde	
Color	Mucosas sonrosadas	Pálido, ictérico	Cianosis	

SIGNOS VITALES	1'	15'	30'	45'	60'	90'	120'
T/A							
PAM							
FC							
FR							
SATO2							
TEMP							
DEXT							

**PATRON SUEÑO / DESCANSO**  
 Horas de sueño: \_\_\_\_\_ Inicio \_\_\_\_\_ Terminó \_\_\_\_\_  
 Descansa: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Realiza siestas \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_  
 Su padecimiento le ocasiona problemas para dormir \_\_\_\_\_ Cantidad de almohadas: \_\_\_\_\_  
 Ronquidos: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Utiliza algún medio para dormir: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**PATRON COGNITIVO / PERCEPTUAL**  
 Escala de Glasgow \_\_\_\_\_ Orientación (tiempo, lugar, espacio) \_\_\_\_\_  
 Dolor: EVA \_\_\_\_\_ Tipo de dolor y localización \_\_\_\_\_

Que alivia el dolor _____ Que lo desencadena _____ Riesgo de caídas: Alto _____ Bajo _____ Presencia de: Crisis convulsivas: Sí _____ No _____ Irritabilidad: Sí _____ No _____ Problemas con la memoria: Sí _____ No _____ La concentración: Sí _____ No _____ El razonamiento: Sí _____ No _____ Alteraciones de: Olfato: Sí _____ No _____ Audición: Sí _____ No _____ Gusto: Sí _____ No _____ Equilibrio: Sí _____ No _____ Vista: Sí _____ No _____ Problemas para identificar olores _____
<b>PATRON AUTOPERCEPCION / AUTOCONCEPTO</b> Como se describe así mismo: _____ Como considera su imagen corporal: _____ Su padecimiento le ocasiona discapacidad: Sí _____ No _____ Cambios en el cuerpo: Sí _____ No _____ Presencias de: Nerviosismo: Sí _____ No _____ Temblores: Sí _____ No _____ Sentimientos de culpa: Sí _____ No _____ Apatía: Sí _____ No _____
<b>PATRON ROL / RELACIONES</b> Hijos _____ Apoyo familiar posoperatorio: Sí _____ No _____ Tiene repercusión en su vida social ocasionada por: Disminución auditiva: Sí _____ No _____ Problema nasal: Sí _____ No _____ Cuáles _____
<b>PATRON SEXUALIDAD / REPRODUCCION</b> FUM _____ G _____ A _____ O _____ P _____ C _____ Utiliza un método de planificación familiar: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____
<b>PATRON ADAPTACION / TOLERANCIA AL ESTRÉS</b> Estado de tensión-ansiedad: Controlado: Sí _____ No _____ Temporal: Sí _____ No _____ Posibles factores relacionados _____ Problemas laborales: Sí _____ No _____ Traumatismos previos: Sí _____ No _____ Cambios en su vida por la enfermedad: Sí _____ No _____ Estrés: Sí _____ No _____ Métodos de afrontamiento _____ Riesgos y beneficios de la cirugía _____ Presencia de: ansiedad: Sí _____ No _____ inquietud: Sí _____ No _____ Angustia: Sí _____ No _____ preocupación: Sí _____ No _____ nerviosismo: Sí _____ No _____
<b>PATRON VALORES / CREENCIAS</b> Religión _____ es importante: Sí _____ No _____ Prácticas religiosas deseadas sobre su estancia hospitalaria _____

## ANEXO B

### Consentimiento informado

 UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI  
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICION  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACION 

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA LA APLICACIÓN DE LA VALORACION DE ENFERMERIA

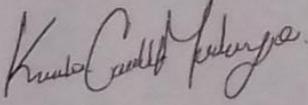
Nombre del paciente Karla Castillo Melgarejo  
Fecha de nacimiento 08-02-1983 Edad 34 años Sexo Femenino  
Fecha de autorización 21-12-2017

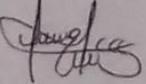
Por medio del presente, me permito declarar que he sido informado(a) sobre la aplicación del siguiente formato.

No obstante, deseo informarle que ACEPTO con pleno conocimiento y toda libertad mi CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION a Laura Elena Hernández para que realice la valoración de enfermería necesaria para la recolección de datos, entendiendo que la cantidad de preguntas y la formulación de las mismas podría causar incomodidad, alterando así mi percepción de la información. Ello no significa que la información proporcionada no pueda manejarse de manera confidencial.

Así mismo se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar sin explicación alguna el presente consentimiento. Doy constancia de que se me ha explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, cada uno de los puntos anteriores, además se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias.

Posterior a haber recibido la información.  
(si o no) \_\_\_\_\_ acepto la aplicación de la valoración de enfermería.

  
Nombre y firma del paciente, familiar o representante legal que autoriza

  
Laura Elena Hernández García  
Nombre y firma de la enfermera

San Luis Potosí S.L.P. a 21 del mes de Dic del año 2017