VALORACION DE ENFERMERIA AL ADULTO MAYOR

DATOS PERSONALES

Nombre: Ramón Alfonso Pineda Gómez
CC 3612339
Edad: 86 años
Fecha valoración: 12-08-2025
Responsable: Diana Paola Cuesta Andrade

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes personales:

- **Patológicos:** EPOC sin diagnóstico espirométrico, hipertensión arterial, gastritis crónica antral y artrosis de rodillas.
- **Quirúrgicos:** Osteosíntesis más reducción de fractura Intertrocantérica de cadera izquierda desplazada el 11/08/2021 en hospital La María..
- **Alérgicos:** niega
- **Hospitalizaciones recientes:** Última por fractura de cadera izquierda en hospital la María.
- **Traumáticos:** Fractura de tibia hace 50 años. Fractura Intertrocantérica de cadera derecha 2019, fractura intertrocantérica desplazada de cadera izquierda 2021
- **Inmunizaciones:** 4 dosis para SARS COV 2 de Sinovac**.**
- **Toxicológicos:** Niega alcohol. Exfumador pesado por más de 20 años de 10 cigarrillos al día. Exposición a biomasa.
- **Farmacológicos**: furosemida 40 mg 1 dia, salbutamol 2 puff cada 4 horas, bromuro ipratropio 2 puff cada 8 horas, esomeprazol 40 mg VO día. Hidróxido de aluminio 10 cc cada 8 horas, Losartán de 50mg cada 12 horas, amlodipino de 5 mg VO cada 24 horas, pregabalina 75 mg cada dia, Acetaminofén y tramadol solo si presenta dolor. Tiene formula de medicamentos del programa de crónicos vigente hasta agosto/2025

EXAMEN FISICO CEFALOCAUDAL

Paciente reside en CBA con demás compañeros y cuidadoras, se observa tranquilo, consciente, orientado en tiempo y espacio, activo, colaborador con el equipo de salud al momento de realizar la valoración, responde coherentemente al interrogatorio sin déficit aparente. refiere sentirse bien, con buena relación con sus compañeros y el personal

asistencial del hogar, buen patrón del sueño y la alimentación. no ha presentado episodio de diarrea, gripe, niega dificulta respiratoria, no convive con persona con TB, no ha sido sufrido de violencia física, psicológica, abuso sexual. El año paso presentó cuadro de disnea de pequeños esfuerzos ahora en mejoría, por lo cual le solicitaron rx de tórax, con resultados del 22/11/24 que reportaron calcificaciones ateromatosas de la aorta, silueta cardiaca de tamaño aumentado, pequeña cantidad de líquido pleural y atelectasias en bases pulmonares, también le solicitaron ecocardiograma que no le realizaron. Paciente con buena adherencia y tolerancia al manejo farmacológico de la hipertensión. Cuidadora refiere que el paciente se le administra oxigeno para realizar sus actividades diarias ya que el paciente presenta dificultad para respirar. con disnea de medianos esfuerzos, utiliza oxígeno suplementario en las noches a 3 litros, con mejoría en el patrón del sueño, tolera vía oral, sin otros síntomas asociados.
Paciente se le realizo control con medicina el pasado 09 de agosto 2025
Pendiente reclamar HC y ordenes.
Pendiente realizar exámenes y procedimiento para el control de HTA
Pendiente control de HTA 16 de septiembre.
Paciente pendiente cita con medicina interna, psicología, nutrición

EXAMEN FISICO
Se realiza toma Signos Vitales: Peso: 61.2Kg, Talla: 1.56 Mts, IMC: 24,1 kg/m2, FC:76 lpm, SPO2: 91 %, FC: 71 Lxm ,FR: 15 rpm, P/A: 120/65mmHg, Temperatura: 36,8°C, Sitio de toma: AXILAR, perímetro abdominal 105cm.

Aceptables condiciones generales, consciente, alerta, haciendo buen contacto con el medio y colaborador con el examinador, normotenso, afebril, sin signos de dificultad respiratoria ni aspecto tóxico.
-Cabeza: normocéfalo, pupilas isocóricas normoreactivas, exoftalmos. Sin inyección conjuntival. Mucosa oral semi-seca.
-Cuello: móvil, no doloroso a la palpación, sin ingurgitación yugular, sin adenopatías cervicales.
-Tórax: normo expansible, sin retracciones. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobre agregados.
-Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, peristaltismo presente, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal, puñopercusión renal negativa bilateral.
-Extremidades: marcha con ayuda de bastón, extremidades sin edemas, simétricas, sin lesiones, llenado capilar <2seg.
- Neurológico: Glasgow 15/15 sin déficit ni focalización. Marcha conservada con ayuda de bastón. Memoria a largo y corto plazo parcialmente conservado.

PLAN DE MANEJO POR ENFERMERÍA

Se realiza visita domiciliaria y se dan recomendaciones a la cuidadora principal acerca de la precaución que debe de tener con la paciente, entre ellas:

- Mantener el espacio libre de enseres que puedan generar riesgo de caída
- Asistir a la paciente durante la realización de actividades diarias que requieran un mayor grado de vigilancia, por ejemplo, el baño, pues el paciente presenta dolor en miembros inferiores que lo limitan y hace que no pueda desplazarse correctamente.
- Se explica a las cuidadoras la importancia de hacer vigilancia a los signos de alarma.
- Se resalta la importancia de ser adherente al tratamiento, de tomar adecuadamente los medicamentos prescritos.
- Se explica a la paciente la necesidad de hacer ejercicio físico, gimnasia pasiva.
- Procurar dieta baja en sal, grasa, harinas y azúcar.
- Venir inmediatamente por urgencias si presenta dolor en el pecho, dificultad para respirar o si se siente enferma.
- Realizar ejercicio con frecuencia, mínimo 3 a 4 veces por semana por 30 minutos
- Consumo bajo de sal, grasas, harinas, buen consumo de frutas, verduras, agua y fibra.
- Evitar el consumo de cigarrillo, tabaco, licor, drogas psicoactivas. controlar el estrés, tensión o ansiedad.
- En hombres autoexploración testicular, examen de próstata cada año en mayores de 45 años
- Revisión de agudeza visual, revisión odontológica.



DIANA PAOLA CUESTA ANDRADE
CC 1077454835
ENFERMERA PROFESIONAL
ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS