VALORACION DE ENFERMERIA AL ADULTO MAYOR

DATOS PERSONALES

Nombre: Gilberto González Valencia
CC 3450754
Edad: 80 años
Fecha valoración: 21-10-2025
EPS: Savia salud
Responsable: Diana Paola Cuesta Andrade

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes personales:

- **Patológicos:** Discapacidad intelectual, hta, trastorno mixto de ansiedad y depresión
- **Quirúrgicos:** Niega
- **Alérgicos:** Niega.
- **Hospitalizaciones recientes:** Niega.
- **Traumáticos:** Niega.
- **Inmunizaciones:** 3 dosis para SARS COV 2 de Sinovac**.**
- **Toxicológicos**: niega alcohol. Exfumador pesado por más de 20 años. Exposición a combustión de biomasa.
- **Farmacológicos**: losartan 50 mg cada 24 horas, atorvastatina 40 mg cada 24, ácido valproico 250mg cada 24 horas, bupropion xl 150 mg cada 24 horas.

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. -Paciente quien ingresa en julio/2024 al hogar geriátrico del municipio de San Francisco Antioquia, Cuidadoras refieren verlo bien, 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, convive con persona con TB diagnosticada 22-11-2025 sin tratamiento, no ha sufrido de violencia física, psicológica, abuso sexual. Paciente manifiesta que no tuvo hijos. sin embargo, dicen que lo notan menos ansioso desde que lo dejan. fumar un cigarrillo al día. Con resultados de exámenes 14 de julio 2025, se le realizo TAC el día 03-06-2025, resultado: área de encefalomalacia occipital derecha probable etiología secuelar

isquémica. valoración nefrología, medicina interna, psicología, nutrición, pendiente valoracion

En el momento se le administra fluoxetina 20 mg y losartan de 50 mg
Cuidadora refiere que el usuario ya asistió al control con psiquiatría, tiene pendiente cita con neurología
Cuidadora refiere verlo en mejoría, fue valorado por psiquiatría el 03/04/2025 en el Hospital Mental de Antioquia (HOMO) quienes indican que el paciente no cumple criterios para trastorno depresivo, sino que impresiona discapacidad intelectual de base que afecta su comportamiento, le inicia manejo con ácido valproico, le continua el bupropion, le indica TAC de cráneo, le solicita estudios de extensión, remite con neurología y deja cita de seguimiento por psiquiatría en 3 meses, cita de psiquiatría programada, cuidadora de turno desconoce el día.
Se realiza seguimiento del paciente, tolera VO, no emesis, ni nauseas, paciente sin manejo de medicamentos, paciente independiente para sus necesidades básicas con barthel de 70. Sin otros síntomas asociados.

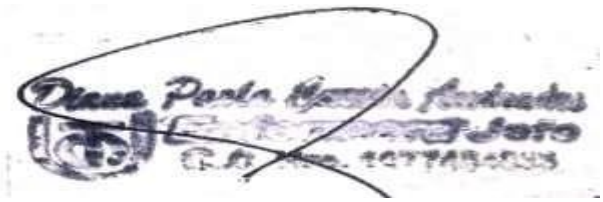
EXAMEN FISICO
Se realiza toma Signos Vitales: Peso: 56.9 Kg, Talla: 1.52 cm, FC: 77lpm, SPO2: 94%, FR: 19 rpm, PA: 104/74 mmHg, Temperatura 37°C, Sitio de toma: AXILAR, perímetro abdominal 98cm.

Paciente en aceptables condiciones generales, estable hemodinámicamente. Alerta y orientado en las 3 esferas. Colaborador, afebril. Buen contacto con el examinador.
-Cabeza: normocéfalo, pupilas isocóricas, sin inyección conjuntival
-Mucosas oral seca sin lesiones.
-Cuello: móvil, no doloroso a la palpación, sin ingurgitación yugular, sin adenopatías cervicales.
-Tórax: normo expansible, sin retracciones ni signos de dificultad respiratoria. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido globalmente, sin ruidos sobreagregados.
-Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación a la palpación. No palpo masas ni megalias.
-Extremidades: en decúbito supino, con extremidades inferiores atróficas. Sin edema, no evidencio úlceras por presión. No es posible evaluar arcos de movimiento. Paciente con limitación en la marcha por dolor en cadera, marcha con ayuda de bastón.
- Genitales: Normoconfigurados.
- Neurológico: Glasgow 15/15 sin déficit ni focalización. Memoria a largo y corto plazo conservado. Orientado en las 3 esferas

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 al paciente durante la realización de actividades diarias que requieran un mayor grado de vigilancia
- Se explica a las cuidadoras la importancia de hacer vigilancia a los signos de alarma.
- 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 50 años
- Revisión de agudeza visual, revisión odontológica.
- Utilizar tapaboca.



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