

**GUIA DE VALORACION DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M.
GORDON PARA PERSONA ADULTA**

INTRUCCIONES:

1. Este instrumento contiene datos relacionados con el estado de salud necesarios para integrar la valoración del usuario adulto.
2. La guía se presenta organizada en cuatro secciones que al conjuntarse permiten obtener una visión completa del usuario. Las secciones son: I. Historia de Enfermería (Datos Subjetivos), II. Examen Físico (Datos Objetivos) III. Resultados de Exámenes de Laboratorio y Gabinete (Datos Objetivos de Fuentes Secundarias) y IV. Documentación.
3. La entrevista se llevara a cabo cuando el estado de salud del usuario lo permita, simultáneamente validar la información con los familiares y otros profesionales de la salud.
4. Si el usuario no está en condiciones de ser entrevistado debido a su estado de salud, esta guía podrá ser aplicada a alguna persona cercana al usuario como un familiar (fuente secundaria).
5. En esta guía aparece la frase: no procede deberá elegir esta opción cuando por las condiciones de salud del usuario, la característica de que se trate NO SEA VALORABLE.
6. Llenar los espacios con una X en los datos (objetivos y subjetivos) que se encuentren presentes en la valoración, ampliar o describir en aquellos que se requiere especificar
7. En cada patrón usar las escalas de valoración para validar la información obtenida.
8. Considerar los aspectos bioéticos en la valoración que incluyen: confidencialidad y consentimiento informado.

I. HISTORIA DE ENFERMERÍA (Datos subjetivos):

Fecha: 19/09/21 Hora: 6:00 pm

Datos básicos de ingreso: Nombre: (siglas) J.E.M.S Edad: 22 Fecha de nacimiento: 25-04-2002
 Sexo: M Persona para contactar (siglas): S.C.S.M. Procedente de (lugar de origen): Villahermosa, Tabasco
 Reside en (ciudad): Centla Domicilio (señalar geográficamente el punto) Francisco L. Madro Vive Solo: _____ Con familia: X Especificar: Esposa Persona para contactar: Esposa Llegada por su propio pie: si X no _____, motivo de hospitalización y/o solicitud de atención: Dolor degaiganta Fecha de ingreso previo al hospital no procede
 Motivo: _____

Antecedentes Personales:

Patológicos y tratamientos recibidos (desde su infancia tanto médicos y/o quirúrgicos indicados)
tuvo varicela (3 años)

No patológicos como: (Inmunizaciones, acontecimientos de importancia del nacimiento y/o su crecimiento)

Heredo familiares: de los padres, hermanos, abuelos, (sobre todo enfermedades padecidas y/o causas de defunción o relacionados con el motivo de su hospitalización o solicitud de atención de enfermería y especificar edades si hay defunciones)

Ninguno

Instrucciones: colocar en las líneas una X de acuerdo a los datos que se encuentren presentes en la valoración. Ampliar o describir en aquellos que requieren especificar.

Patrones de Salud:

1. Patrón de Mantenimiento y Percepción de la Salud

- Historia de su salud: Sano regular _____ enfermizo _____
(especifique): _____ Cómo la percibe en éste momento: bien _____ regular _____ mal _____
 especificar _____
- Hábitos de cuidado bucodental: 3 veces al día _____ 2 o menos nunca _____
- Hábitos de higiene general: baño diario cada tercer día _____ otros _____
(especifique) _____
- Cambio de ropa al bañarse cambio de ropa sin baño _____ Lavado de manos: Sí No _____ a veces 6 ¿Cuándo? al comer y al ir al baño
- Ha consumido tabaco alguna vez en su vida: No _____ Sí Fuma actualmente: : No _____ Sí
Tiempo de consumo: 2 años Cantidad (número de cigarrillos) al día: 1/2 a la semana 4 ca. al mes 32 Lo dejo (fecha) 2 semanas
- Ha consumido bebidas con contenido alcohólico alguna vez en su vida: No _____ Sí Consume alcohol actualmente: : No Sí _____ Tiempo de consumo cada hora tipo licor cantidad al día, 1/2 btl. a la semana 1 al mes 5 Lo dejo (fecha) 1 mes
- Ha utilizado drogas alguna vez en la vida: No Sí _____ Consume drogas actualmente: : No Sí _____ Tiempo de consumo: _____ tipo _____ cantidad al día _____ a la semana _____, al mes _____ Lo dejo (fecha) _____
- Presencia de alergias: : No Sí _____ especifique la causa: Cowiche tipo de reacción: ranchas
- Asistencia a revisión médica (aunque no se sienta enfermo): Sí _____ periodicidad _____ No especifique motivos: _____
- Revisión dental: Sí _____ periodicidad _____ No especifique motivos: no ndy dinero
- Realización de ejercicio: : No _____ Sí (especifique tipo y horas a la semana) trabajo (7ho)
- Tratamientos que ha utilizado: médicos remedios caseros Otro _____ (especifique): _____ Actualmente utiliza alguno de estos (especifique): Si medico
- Conoce la causa de su hospitalización: No _____ Sí (especifique cuál) sewelas
- Concluye con el tratamiento y/o recomendaciones médicas o de enfermería prescritas: Sí _____ No _____
Motivos: _____

Condiciones de la Vivienda

- Material de construcción: concreto _____ lámina otros _____ (especifique): _____
Usos (especifique) _____
- Ventilación natural _____ artificial No. de habitaciones 2
- Iluminación: natural artificial otros (especifique) _____
- Mobiliario acorde a las necesidades básicas. Sí No _____ (especifique) _____
- Disposición de excretas en vivienda. Sanitario a drenaje fosa séptica _____ letrina _____ pozo negro _____ otros _____
- Ubicación del sanitario: afuera de vivienda No Sí _____, distancia de la toma de agua o de la vivienda _____ mts.
- Aseo diario de la vivienda: : No _____ Sí (especifique frecuencia) _____
- Presencia de vectores (moscas, cucarachas, roedores, etc.): No _____ Sí
(especifique) rata
- Medidas de control de vectores: No _____ Sí (especifique método y frecuencia)
con trampa
- Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda: No Sí _____
(especifique) _____

2. Patrón Nutricional Metabólico.

- Uso de complementos o suplementos alimenticios (especifique) NO, número de comidas al día 1, menú día típico: (especifique tipo y cantidad):

Desayuno hora:	Comida hora:	Cena hora:	Entre Horas
- No desayuno		- Tacos 8:00pm	

- Alimentos que desagrada: Ninguno
- Ingesta de líquidos al día (especificar tipo y cantidad) si agua 3 lit. más
- Apetito: normal aumentado disminuido otros ninguno especifique _____
- Presencia de: náuseas vómitos otros aumentó disminuyó especifique 40 kg. ¿A qué lo atribuye? ayuno intermitente.
- Dificultades para la deglución: ninguna a sólidos a líquidos especifique _____
- Problemas en la piel y/o en la cicatrización: ninguno anormal (exantemas, sequedad, exceso de transpiración, etc.) especifique _____
- Cuero cabelludo y cabello, cambios: No Si especifique _____
- En uñas cambios: No Si especifique _____
- Referencia de dolor abdominal: No Si presencia de agruras distensión otras (especifique) _____

3. Patrón de Eliminación

- Hábitos de evacuación intestinal: frecuencia al día más 3 fecha de última defecación mano Describa características ligido utiliza algún apoyo (especifique) NO
- Presencia de estreñimiento NO diarrea NO hemorroides NO sangrado NO incontinencia NO flatulencia ostomías: No Si tipo _____ Motivo: _____
- Hábitos de evacuación urinaria: Frecuencia aproximada al día: 5 Describa características Orilla leve catéter urinario: No Si Fecha de instalación: _____ Refiere presencia de distensión vesical dolor ardor prurito retención incontinencia incontinencia al esfuerzo urgencia diurna urgencia nocturna fuerza y/o cambios en la continuidad de la emisión: : No Si especifique: _____ ostomías: No Si tipo _____ Motivo: _____
- Referencia de sudoración habitual y/o cambios en ella: Si No especifique _____

4. Patrón de Actividad y Ejercicio

- Referencia de cambios en función cardíaca al realizar actividades cotidianas: No Si especifique (palpitaciones, lipotimias, necesidad de detener la acción que realiza): _____
- Presencia de marcapaso: No Si Fecha de instalación: _____
- Ha sentido cambios en patrón respiratorio: No Si especifique (fatiga, disnea al caminar, al comer, al subir escalera, al estar acostado, y a qué distancia) cuando hace mucha actividad (trabajo)

- Referencia de cambios en estado vascular periférico: No Si especifique (distensión venosa yugular, equimosis, hematomas, varicosidades, red venosa alterada, parestesias, edema de miembros inferiores, etc.)
- Referencia de cambios neuromusculares: No Si especifique (calambres, disminución de la sensibilidad, dolor, limitación del movimiento, antecedentes de fracturas, etc.)
- Dificultad para movilizarse: No Si especifique
- Que actividades realiza en los tiempos libres: recreativas domésticas especificar (salida, paseo, ver televisión, etc.) DUCRAE

ESCALA PARA VALORAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL: Valorar capacidad funcional para la realización de actividades de autocuidado con los siguientes valores que al ser detectados marcará con una X en la casilla que corresponda:

0 = Independiente
 1 = Con aparato auxiliar
 2 = Ayuda de otros
 3 = Ayuda de otros y equipo
 4 = Dependiente/incapacitado

	0	1	2	3	4
Baño/Higiene	<input checked="" type="checkbox"/>				
Comer/beber	<input checked="" type="checkbox"/>				
Vestirse/arreglarse	<input checked="" type="checkbox"/>				
Evacuación	<input checked="" type="checkbox"/>				
Intestinal	<input checked="" type="checkbox"/>				
Vesical	<input checked="" type="checkbox"/>				
Caminar	<input checked="" type="checkbox"/>				
Limpieza/Arreglo del hogar			<input checked="" type="checkbox"/>		
Ir de compras	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
Cocinar	<input checked="" type="checkbox"/>				
Subir escaleras	<input checked="" type="checkbox"/>				
Movilizarse en cama	<input checked="" type="checkbox"/>				
Trabajar	<input checked="" type="checkbox"/>				

5. Patrón de Sueño y Descanso

- Hábito: Número de horas de sueño nocturno 10 horario de sueño 10 a 7 am Siesta: No Si Motivo: especifique tiempo Apoyo y/o rutina para dormir (medicamentos, música, luz, etc.) especifique
- Calidad del sueño: dificultad para conciliar el sueño No Si especifique ACCES sueño interrumpido No Si Se siente descansado al iniciar el día: si no especifique
- Referencia de cambios de humor(en relación al sueño) bostezos ojeras especifique

6. Patrón Cognitivo-Perceptivo

- Dificultad para oír: no si especifique presencia de zumbidos no si Vértigo: no si dolor No Si ¿a que se lo atribuye? (especifique oído derecho o izquierdo Y tiempo de auxiliares auditivos N/O) (especifique oído derecho o izquierdo Y tiempo de uso)
- Dificultad para ver no si ceguera no si especificar prótesis no si especificar Auxiliares externos no si especificar (especifique tipo y derecho - izquierdo) última revisión tiempo de uso
- Problemas para distinguir olores no si especificar

- Tiene dificultad al identificar los sabores (salado, agrio, amargo y dulce) no si especificar _____
 - Algún cambio en su memoria: no sí _____ especificar _____
 - Algún cambio en su concentración: no sí _____ especificar _____
 - Algún cambio en la orientación: no sí _____ especificar _____
 - Lenguaje hablado: cambios en el tono de la voz no sí _____ especificar _____ cambios en la fluidez en el discurso: no sí _____ especificar _____
 - Cambios en la sensibilidad (al tacto, frío, calor y/o dolor) sí _____ No especificar _____
 - Manera de aprender (leyendo, escuchando, con dibujos, etc.) especificar Normal
- Nota: Si se observa desorientado; reporte y considere "riesgos de lesiones o accidentes"*

7. Patrón Autopercepción y Concepto de sí Mismo

- Descripción como persona: alegre _____ sería temerosa _____ optimista irritable _____ Otros _____ (especificar) _____
- Como percibe su imagen corporal: positiva _____ negativa _____ en ambos casos especificar positiva y negativa
- Conformidad con lo que es: No sí _____ especificar _____
- Pérdida de interés por las cosas: No _____ sí especificar _____
- Dificultad para tomar decisiones: No _____ sí especificar _____
- Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste No _____ sí especificar _____
- Pérdidas v/o cambios importantes en el último año: No _____ sí especificar _____
- Ha experimentado períodos de: desmotivación apatía depresión adinamia tiempo y describa la situación: 3 meses hace 3 meses. (sin años de nada)
- Ninguno de los anteriores especificar _____
- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión: No _____ sí (especificar) _____
- Qué le ayudaría a sentirse mejor en éste momento (especifique) un caso de agneta

8. Patrón de Rol-relaciones

- Estado civil: compañero Escolaridad: preparatoria Profesión y/u ocupación: empresario
- situación actual: estudiante _____ empleado desempleado _____ incapacidad _____ pensionado _____ jubilado _____ empleos temporales (chero)
- Sistema de apoyo: cónyuge familia _____ vive solo _____ vecinos _____ amigos (~~chero~~)
- Conformación de Familia que vive en el hogar: No. de miembros 2
- Describir de mayor a menor, incluyendo al usuario

Nombre (iniciales)	Parentesco	Edad	Sexo	Ocupación
J.G.H.S.	primario	22	M	trabajador
S.C.S.M.	primaria	20	F	Estudiante

- Como considera la relación familiar: especifique buena
- Existe vínculo estrecho con algún miembro de su familia o persona externa a esta: (especifique) AD
- Papel que desempeña en la familia: dependiente _____ proveedor cuidador principal _____
- Algún problema por el papel que desempeña No _____ sí (especifique) su caso ingreso económico mensual aproximado 27,000

- Idioma/dialecto (especifique) _____ Dificultad para comunicarse: No Sí (especifique con quién, y a qué lo atribuye) _____
- Pertenecer a algún grupo, asociación, club, etc. No Sí especifique _____
- Referencia de amistad con vecinos: No Sí especifique _____

9. Patrón de Sexualidad-Reproducción

- Tiene pareja sexual actualmente: No Sí especifique _____ INSA (edad): _____
- Expresa algún cambio en las respuestas sexuales: No Sí especifique _____ Duración y periodicidad
- Menarquia (edad) _____ ciclo menstrual: regular _____ irregular _____
- Gesta _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____ Embarazada actualmente No Sí especificar tiempo de embarazo y fecha probable de parto _____
- Satisfecho con el número de hijos procreados: Sí No especifique no tiene hijos
- No aplica
- Prácticas de autoexamen mamario mensual: Sí No Motivo: _____
- Mamografías: Sí No Motivo: _____ fecha de la última _____
- Resultados _____ No aplica _____
- Examen cérvico-vaginal/prostático anual: Sí No Motivo: _____
- fecha del último _____ Resultados _____
- Examen Testicular mensual: Sí No Motivo: _____
- fecha del último y resultados _____ No aplica _____
- Presencia de flujos: No Sí características (color, olor, cantidad, etc.) _____
- Menopausia _____ Andropausia _____
- Prácticas de sexo seguro: Sí No (especifique uso de condón, una sola pareja, abstinencia total) solo pareja _____
- Uso de algún método de planificación familiar: Sí No especificar _____

10. Patrón de Afrontamiento-Tolerancia al Estrés

- Preocupaciones fundamentales en relación a: hospitalización y/o enfermedad económicas de autocuidado de empleo imagen corporal especifique _____
- Formas en las que expresa el estrés: llanto ira molestias físicas _____ especifique _____
- Acciones que realiza para controlar el estrés o la ira: beber alcohol _____ fumar _____ comer beber café _____ leer _____ medicamentos _____ especifique _____
- Frecuencia con la que presenta estas respuestas al estrés: 1-2 veces al mes _____ 1-2 veces a la semana diariamente _____ Especifique a que lo atribuye: lunas _____

11. Patrón de Valores y Creencias

- Prácticas de alguna religión: Sí No (especifique cuál) _____
- Existen restricciones por parte de su religión para seguir indicaciones médicas y/o de enfermería: Sí No cuáles _____
- ¿Tiene algún sistema de creencias que le proporcionen consuelo y fuerza? Sí No (especifique cuál) _____
- ¿Qué es lo que le da sentido a su vida? Especificar El dinero
- Esto ha cambiado desde que está enfermo Sí No Si no dejes trabajar agusto
- Siente preocupación acerca de morir Sí No especifique _____
- Solicitad de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio: Sí No (especifique cuál) _____
- Valores morales más importantes (describa lo que considera más valioso en su vida) seguro y dinero

II. EXAMEN FÍSICO (datos objetivos)
Aspecto General

- Edad aparente: igual mayor ___ menor ___ a la cronológica (97) años, complexión física: robusta ___ media delgada ___; estatura: alta ___ media baja ___; aliñado: SI ___ No ___; Facies: dolor angustia aprensión ___ relajada ___ (otra, describa) ___; tes: morena morena clara ___ clara ___ orientado en tiempo, lugar, persona: SI no ___ actitud hacia la enfermedad, especifique preocupado ___
- Estado de ánimo: decaído ___ irritable euforia ___ indiferente ___ (describa) ___
- Estado de conciencia: alerta ___ obnubilación ___ somnolencia inconsciencia ___ Responde a preguntas (colaborador) SI No ___ Postura adoptada: Libre erguida ___ semierguida ___ movimiento repetitivos ___ Otros (especifique) ___

1. Patrón Nutricional Metabólico

- Tipo de dieta actual durante la estancia hospitalaria no tiene ayuno: No No. de días 4 días motivo apetencia Temperatura corporal 36.8 °C. Peso 73 kg. talla 1.65 IMC
- Piel (características) lesiones, prurito, irritación presencia de heridas OX NO (describir características) presencia de drenes No SI ___ (especificar tipo y condiciones de la piel circundante) ___ sondas NO (especificar tipo y condiciones de la piel circundante) ___ otro tipo de lesiones (especificar) NO características estado de uñas libres Mucosas ___ Edema (áreas): SI ___ No Godette: NO SI (señalar sitio y profundidad) ___

fóvea	+	++	+++
profundidad	2mm	3mm	4mm

- Cabeza: Forma ovalado tamaño ___ Simetría SI ___ No ___ cuero cabelludo: Color negro hidratación SI No ___ prurito SI ___ No ___ cicatrices SI no ___ zonas dolorosas no ___
- Cabello: cantidad, implantación, color, textura (especificar si hay alteraciones; protuberancias, hundimiento, heridas, escasez, desprendimiento etc.) normal
- Cara: Piel (describir características) ___ simetría SI ___ No ___ (especificar) ___ lesiones No ___ SI ___ (especificar) ___ (par craneal V y VII)
- Labios: forma ___ tamaño ___ Mucosa bucofaringea íntegra SI ___ No ___ color ___ lesiones No ___ SI ___ (especificar) ___ hidratación SI ___ No ___ reflejo nauseoso (par craneal X) No ___ SI ___ obstrucción ___ presencia de cámulas, mascarillas, sondas (especificar) NO
- Disfagia (par craneal XII) ___ Piezas dentarias. Número 32 integridad SI ___ No ___ (especificar piezas, sitio y tipo de alteración) Higiene adecuada: SI No ___ (especificar presencia de détritús, halitosis, etc.) ___ caries sarro placa dentobacteriana ___
- Cuello: Estado de la piel (características): ___ Masas: SI ___ No ___ dolor: SI ___ No ___ Desarrollo Muscular ___ (par craneal XI)
- Abdomen: forma plano ___ globoso ___ excavado ___ circunferencia abdominal ___ cm Simetría: SI ___ No ___ Masas: SI ___ No ___ dolor: SI ___ No ___ Distensión: SI ___ No ___ presencia de visceromegalia, ostomías, etc.) ___ Hallazgos a la percusión (especificar) ___ Ruidos peristálticos: Presentes ___ ausentes ___ disminuidos ___ aumentados ___

Ingreso de líquidos en 24 horas, (especificar cantidad y vía) 4 / IVAS
 Nota: Algunos datos podrán ser recolectados en valoración subsiguiente y/o a partir de patrones que impliquen procesos vitales mientras se estabiliza la condición del usuario, así como la valoración de perímetros y para comparar valores normales consultar tabla de autores mexicanos y etapa de crecimiento.