



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Escuela Superior de Enfermería "CECILIA GRIERSON"

Formulario guía para confección de un plan de cuidados de enfermería

VALORACIÓN GENERAL Y DATOS RECOLECTADOS

Fecha de ingreso: Hora: Motivo del ingreso:

.....

Procedencia: () Domicilio () Guardia () Derivado

() Otro servicio (cuál):

Acompañante del paciente: Tipo de relación:

.....

Fecha y hora de la recolección de los datos:

.....

Servicio: Piso: N° de cama:

.....

Diagnóstico médico:

.....

.....

Datos del paciente fuente (primaria y/o secundaria):

.....

DATOS FILIATORIOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre del paciente (iniciales): Edad: Sexo:

Estado civil:

Nacionalidad: Escolaridad: Domicilio actual:

.....

Ocupación: Obra Social / Prepaga: Grupo familiar:

ASPECTOS CLÍNICOS

Antecedentes clínicos: SI NO (Cuáles)

.....

Tratamiento en curso: SI NO (Medicación):

.....

Antecedentes quirúrgicos: SI NO (Cuáles): ¿Cuándo?:

.....

Internaciones anteriores: SI NO Motivo:

.....

Alergias: SI NO (Cuáles): Vacunas: SI NO (Cuáles):

.....

Adicciones (Cantidad y frecuencia): Tabaco: Alcohol: Drogas (cuáles):

.....

Estudios hechos que trae: SI NO (Cuáles):

.....

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS

1. OXIGENACIÓN

Vías respiratorias: Permeables Secretaciones Expectoración: SI NO (Tipo):

.....

Tos Disnea Tiroje Uso de músculos accesorios: SI NO (Cuáles):

.....

Auscultación de ruidos respiratorios normales:

2. NUTRICIÓN

Talla: cm | Peso: Kg | IMC: | Clasificación:

Estado general: Conservado SI NO | Adelgazado Obesidad Tipo:

Halitosis: SI NO | Higiene bucal: Lengua saburral:

Mecánica de la masticación: SI NO Dificultad tipo:

Estado de hidratación Piel húmeda: seca Mucosas húmedas: secas

Dieta General: Hiposódica: Hipocalórica: Diabética: Otras (Cuál):

Consistencia de los alimentos: Sólidos Semiconsistente Líquidos

Ingesta diaria: Proteínas Hidratos de carbono Vegetales

Intolerancia a:

Trastornos digestivos: SI NO Nausea, Vómitos, Disfagia, Acidez, Otros (cuál):

Ingesta de líquido vía oral: SI NO POR QUÉ: s/v:

Falta de piezas dentarias: SI NO / cuántas:

Prótesis dentarias: SI NO Fijas: Móviles: Superior: Inferior:

Deglución SI NO Dificultad POR QUÉ:

Autonomía para la alimentación: SI NO POR QUÉ:

Sondas de alimentación SI NO: Sonda nasogástrica Gastrostomía Yeyunostomía Ileostomía

VÍA PARENTERAL / PLAN DE HIDRATACIÓN PARENTERAL

Acceso venoso (AV): SI NO | Central: Periférico: Ubicación: N° catéter:

Estado de la vía y zona de punción, fecha y turno de colocación:

3. ACTIVIDAD Y MOVILIDAD

Actividad física, Deportes: SI NO Tipo: Frecuencia:

Grado de dependencia: Total Semidependiente Independiente

Miembros superiores: Derecho: Izquierdo: inmovilización SI NO POR QUÉ:

Miembros inferiores: Derecho: Izquierdo: inmovilidad SI NO POR QUÉ:

Marcha tipo: Debilidad Contracturas Tumefacción

Dolor articular (lugar): Parálisis Tipo:

Localización:

Uso de dispositivos para caminar o desplazarse: NO Cuáles:

4. ELIMINACIÓN

Abdomen: Blando, indoloro Doloroso Distensión: en tabla planogloboso

Ruidos Hidroaéreos: No Disminuido Aumentados Auscultación abdominal:

Visión: Normal SI NO | Cataratas: Ojo derecho Ojo izquierdo | Usa lentes: SI NO | Dificultad en la visión (cuál):

No ve (Ceguera): Pupilas: Isocóricas Anisocóricas Mióticas Midriáticas

Reacción a la luz: Reactivas No reactivas Otras:

Fonación / Habla: Clara Inconsciente Confusa Tipo:

Dolor: SI NO | Localización: Aparición: Gradual Súbita Atenuación / Agravación:

Irradiación (a dónde): Adopta posición antálgica (cuál):

ESCALA DE INTENSIDAD DEL DOLOR (WALCO Y HOWITE)

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0: No dolor | 1-2: Dolor leve | 3-6: Dolor moderado | 7-8: Dolor intenso | 9-10: Máximo dolor inaguantable

Intensidad del dolor manifestado por el paciente: / 10

ESCALA DE GLASGOW

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal
Espontánea (4)	Obedece órdenes (6)	Orientado y conversa (5)
Al estímulo verbal (3)	Localiza estímulos (5)	Confuso (4)
Al estímulo doloroso (2)	Flexión apropiada (4)	Palabras impropias (3)
Ninguno (1)	Flexión inapropiada (3)	Sonidos incomprensibles (2)
	Extensión (2)	Ninguna (1)
	Ninguna (1)	

Resultados de la escala en el paciente: / 15

6. SUEÑO Y REPOSO

Hábitos de descanso nocturno: horas | Insomnio: SI NO | Días a la semana:

7. HIGIENE Y ESTADO DE LA PIEL

Ingesta de solutos SI NO Cuáles: Tipo: Dosis:

Higiene corporal adecuada: SI NO | Cabello higiene adecuada: SI NO | Ojos higiene adecuada: SI NO (secreciones)

Lagañas: SI NO | Orejas higiene adecuada: SI NO (secreciones) Cerumen: Profusa: Diaforesis:

Piel coloración normal: Pálida: Ictérica: Sudoración: SI NO (Leve / Moderada / Profusa)

UPP Grado y lugar: Heridas: Tipo:

Características: Intacta Edema(s): SI NO Localización: Cicatrices (dónde):

Textura: Grosor: Tatuajes: SI NO Tipo: Localización:

Piercing: SI NO Tipo: Localización:

8. ESPIRITUALIDAD Y PSICOSOCIALES

Actitud: Miedo Angustia Apatía Ansiedad Preocupación Hostilidad Negación Depresión

Llanto Otros (causa):

ESCALA DE BRADEN (RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN)

Score Braden-Bergstrom < 13: ALTO RIESGO | Score 13-14: RIESGO MODERADO | Score > 14: BAJO RIESGO

PUNTAJE TOTAL BRADEN: [] RIESGO: []

ESCALA DE MORSE (RIESGO DE CAÍDAS)

PUNTAJE MORSE: 0 - 24: RIESGO BAJO (Verde) | 25 - 50: RIESGO MEDIO (Amarillo) | > 50: RIESGO ALTO (Rojo)

PUNTAJE MORSE: [] RIESGO: [] Consentimiento de sujeción terapéutica: SI () NO ()

INDICACIONES MEDICAS ACTUALES

