Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Escuela Superior de Enfermería ¨CECILIA GRIERSON¨

Sede Ambrosetti

**Formulario guía para confección de un plan de cuidados de enfermería**

**Valoración:**

Fecha de ingreso:……………………………………….. Hora:……………………………………………………………..

Motivo del ingreso: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Procedencia:………Domicilio……………Derivado…………Guardia…………Otro servicio (cuál)……………………………………………….

Acompañante del paciente:…………………………………………………………………………….Tipo de relación:………………………………….

Fecha y hora de la recolección de los datos:………………......................................................................................................

Servicio:…………………………………………………………………………N° de cama:………………………………………………………………………….

Diagnóstico médico………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Apellido y Nombre del paciente: (iniciales)…………………………………………………………………………………………………………………..

Edad…………………………………………..Sexo……………………………………….estado civil:……………………………………………………………..

Nacionalidad:……………………….………………..Domicilio actual:………………………………………………………………………………………….

Escolaridad:…………………………………….Ocupación:……………………………….Obra Social/ Prepaga:………………………………………

Grupo familiar:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Aspectos clínicos:**

Antecedentes clínicos: SI NO (Cuáles)…………………………………………………………………………………………………………………………..

Tratamiento en curso: SI NO (Medicación) SI NO………………………………………………………………………………………………………..

Antecedentes quirúrgicos: SI NO Cuáles……………………………………………………………………………………………………………………….

Internaciones anteriores: SI NO Motivo…………………………………………………………………………………Cuando…………………………

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**

**Oxigenación:**

Vías respiratorias:

Permeables…………………………..Secreciones………….…………….Expectoración SI NO (tipo)…………………………………………………

Tos………………………………………..Disnea……………………………………….Tiraje………………………………………………………………………….

Uso de músculos accesorios SI NO Cuáles……………………………………………………….…………………………………………………………….

Auscultación de ruidos respiratorios normales……………………………………………………………………………………………………………..

Auscultación de ruidos agregados: SI NO Cuáles…………………………….…………………………………………………………………………..

Tipo de tórax (forma y diámetros)……………………………………………………………………………………………………………………………….

Percusión de tórax……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Palpación de tórax……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Perfusión periférica:**

Coloración de la piel y mucosa: Rosada……………….Pálida……………Cianótica………………….……Otra Cuál ………………………….

Relleno capilar:………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………

Humedad de piel y mucosas:………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Oxigenoterapia: SI NO Cuál, de qué tipo…………………..………………………………………………………………………………………………….

Dispositivo…………………………………………………………….FiO2 ó litros/min…………………………………………………………………………….

**Signos vitales:**

Temperatura corporal T°:…………………………°C Clasificación……………………………………….………………………………………………

Oximetría de pulso SaO2%:..................................................................…............................................................................

Pulso Apical en un minuto (FC):……………………………lat/min

Pulso periférico: (lugar de palpación)……………………………………..………………………………… …………………………..puls/min

Características…………………………………Arritmias………………………Clasificación………………………………………………………………….

Tensión Arterial (TA):…………………………………………………….mmHg Clasificación……………….…………………………………………….

Frecuencia Respiratoria (FR):………………………ciclos por minuto Clasificación…………………..…………………………………………..

Patrón respiratorio: Normal………….Kussmaul………………..Cheyne Stoke……………….Biot…………………Disnea……………………

**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……….Celíaco………..Otras Cuál………………..……………………………………..

Consistencia de los alimentos: sólidos……………………………..Semisólidos…………………………Líquidos…………………………………

Ingesta diaria: Proteínas………………………………..Hidratos de carbono……………………….…..Vegetales………………………………..

Intolerancia a………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….

Trastornos digestivos: SI NO Náuseas, Vómitos, Disfagia, Acidez, Otroscuál………………………..……………………………………..

Ingesta de líquido vía oral: SI NO POR QUÉ………………………………………………………………………………………………………………

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 coloración:………………………………………………………………………………….

**Actividad:**

Actividad física, Deportes: SI NO………………………………….Tipo………………………………………..Frecuencia………………..…………..

Grado de dependencia: Total…………………….Semidependiente………………………………..Independiente………….…………………

Miembros superiores: Derecho……….Izquierdo…………inmovilización SI NO PORQUÉ…………….…………………………………..

Miembros inferiores: Derecho………..izquierdo…………inmovilidad SI NO PORQUÉ…………….…………………………………….

Marcha tipo.……………………………………………………………………………..…………………………………….……………………………………………

Debilidad…………. Contracturas…………Tumefacción…………Dolor articular (lugar)……………………….………………………………

Parálisis: Tipo…………………………………………………………… Localización………………………………………………………………………………

Uso de dispositivos para caminar o desplazarse: SI NO Cuáles…………………………………………………………………………………….

**Eliminación:**

Abdomen: blando…….…indoloro……..…doloroso…….…distensión……. en tabla……….. plano………..globoso……………………

Ruidos Hidroaéreos: si no disminuidos………………….……………………………….aumentados..……………………………………………..

Auscultación abdominal……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Percusión abdominal…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Palpación abdominal……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Función intestinal:**

Última deposición…………………………constipación……………..blanda…………..diarrea………………..……………………………………….

Incontinencia………………………….Bolos………………………Coprolitos……………………..…………Otro………………………………………….

Hemorroides: SI NO…………………Internas…………………..Externas………………..Sangrantes………………..…dolor……………………

Ostomas: SI NO TIPOS…………………………………………………………Fístulas Si No dónde………..………………………………………………

Meteorismo: SI NO…………………………………………………….. Flatulencias SI NO………………………………………………………………….

**Función urinaria:**

Última micción………….disuria……retención……incontinencia…….coluria………hematuria………piuria………otra……………….

Sonda vesical SI NO N°……………Permeable SI NO fecha y turno de colocación…………………………………………………………

 Uroset: SI NO

Fecha de última menstruación…………………………………….ciclo: regular…………………………..irregular………………………………..

**Sensopercepción:**

**Nivel de conciencia:**

Consciente…………Inconciente…………somnoliento…………letárgico………….estuporoso………coma……….excitado……….…

Orientación: Tiempo…………………………………...espacio…………………………………personas………………………………………………….

Audición: normal SI NO hipoacusia SI NO: oído derecho……………………………………oído izquierdo………….……………………..

Usa audífono: SI NO en cual oído……………………….………………………………………………………………………………………………………..

Visión: normal SI NO cataratas: ojo derecho…………ojo izquierdo……………usa lentes…………………………………………………..

No ve (ceguera)………………..Dificultad en la visión cuál………………………………………………………………………………………………….

Pupilas: Isocóricas……………………...Anisocóricas………………………Mióticas………………………….Midriáticas…………………………

Reacción a la luz: Reactivas…………………………………………………….. No reactivas………………………..………………………..

Fonación/habla: Clara……………………………………..Confusa……………………………….Otras…………………………………………………….

Dolor: SI NO Localización…………………………………………………..Tipo:…………………………………………. Aparición: gradual……… súbita………….Irradiación (a dónde)………………………………………………Atenuación/Agravación…………………………………………

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: N°……………………/10

**Escala de Glasgow:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Apertura ocular.** | **Respuesta Motora.** | **Respuesta verbal.** |
| **Espontánea. 4****Al estímulo verbal.3****Al estímulo doloroso.2****Ninguno.1** | **Obedece órdenes. 6****Localiza estímulos. 5****Flexión apropiada. 4****Flexión inapropiada. 3****Extensión. 2****Ninguna. 1** | **Orientado y conversa. 5****Confuso. 4****Palabras impropias. 3****Sonidos incomprensibles. 2****Ninguna. 1** |

Resultados de la escala en el paciente:………………/15

**Sueño y reposo:**

Hábitos de descanso nocturno: horas…………..insomnio SI NO………….días a la semana……..………………………………………

Ingesta de sedantes: SI NO Cuáles……………………tipos…………………………………………………...dosis……………..……………………

**Higiene y estado de la piel:**

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……………………………….líquido……….……………

Sudoración: SI NO Leve…………………………moderada………………………...profusa………………….diaforesis…………..………………

Piel: coloración: rosada…………..pálida…………cianótica……………………….ictérica…………………………otra…………………………...

Características: intacta…………. Heridas……………..Tipo………………………….. UPP Grado y lugar……….………………………………..

Edemas SI NO Localización……………………………………………………………………………………………………………………………………

Textura………………..grosor…………………….firmeza…………………….cicatrices (dónde)………..……………………………………………….

Tatuajes SI NO Tipo……………………………………………..Localización……………………….……………………………………………………….

Piercing SI NO tipo……………………………………………….Localización…………………………….……………………………………………………

**Psicosociales:**

Actitud: miedo……………..angustia………………………preocupación……………….hostilidad……………….negación……………………

Depresión……………apatía…….……….ansiedad………………..llanto……………….otros (causa)……………….……………………………….

Relación familiar: buena……..…………………regular……………………….mala………………………ausente…………………………………….

Recibe visitas: SI NO frecuencia………………………………………..horas……………..días de la semana…………………..………………..

Distracciones tiempo libre……………lectura……………deporte…………….Hobbies……………………………otros………………………….

Dato de conocimientos de enfermedad y mantenimiento de su salud:

¿Qué sabe acerca de su enfermedad?................................................................................................................................

¿Qué información desea tener?.........................................................................................................................................

Convivientes: SI NO cuantos…………………………………………tipo de relación……..………………………………………........................

Grupo de amigos: SI NO cuántos…………………………………….……………………………………………………………………………………….

Institucionalizado/a SI NO dónde………………………………………………………………..……………………………………………………………….

**Espiritualidad:**

Cree en Dios SI NO ……………………………………….……………………………………………………………………………………………………………..

Profesa alguna religión: SI NO cuál…………………………………………..días a la semana que acude……………………………………..

Desea recibir asistencia religiosa: SI NO……..……………………de quién…………………………………………………………………………….

**Prevención de riesgos: Escala de Braden (Riesgo de úlcera por presión)**



**Escala de Morse (Riesgo de caídas)**

****

**Indicaciones Médicas:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Datos de laboratorio y otros estudios (especificar):**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Necesidades básicas alteradas:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Diagnósticos de Enfermería:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Intervenciones de Enfermería:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Observación céfalo-caudal**

**FRENTE DORSO**

** **