** HISTORIA DE SALUD ENFERMERA POR PATRONES FUNCIONALES “GÍNECO OBSTÉTRICA”**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

***CARRERA DE ENFERMERIA***

El presente instrumento está dirigido a pacientes de Gíneco - Obstetricia, su objetivo es recabar información que permita identificar las necesidades de cuidado en estas pacientes, dentro de la esfera biopsicosocial y espiritual de la persona. Solicitamos su cooperación en la misma, pedimos su consentimiento luego de recibir la debida información.

**FECHA:**

**HORA:**

**DATOS GENERALES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** | | | **Fecha de Nacimiento:** | **Edad:** | | **Sexo:**  **Hombre;**  **Mujer:** |
| **Persona de contacto:** | | |
| **Estado civil:** | | | **Religión:** | **Instrucción:** | | **Ocupación:** |
| **Lugar de procedencia:** | **Lugar de Residencia:** | | **Dirección domiciliaria:** | | | **Teléfono:** |
| **Con quien vive:** | | |
| **Información brindada por:** | | | | | **Tipo de ingreso: Emergencia ( ) Consulta externa ( ) Otro ( )** | |
| **Diagnóstico médico:** | |  | | | | |
| **Motivo de consulta:** | |  | | | | |
| **Problema actual:** | |  | | | | |

`**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES** (Sangrado anómalo del embarazo, hiperemesis gravídica, aborto espontáneo, embarazo ectópico, placenta previa, desprendimiento de placenta, hipertensión gestacional, diabetes gestacional, enfermedades preexistentes, hiperglucemia/hipoglucemia, hipertensión, deshidratación, nefropatías, VIH, SIDA, Hepatitis B, cardiopatías, alergias, trastornos mentales, epilepsia, artritis, traumatismos, accidentes, caídas, violencia, infecciones, cirugías, u otras enfermedades importantes’)

|  |  |
| --- | --- |
| **Antecedente** | **Condición Actual (curado, no curado, en tratamiento, complicación).** |
|  |  |
| **Medicamentos y/o productos naturales que recibe** |  |

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:** (Diabetes, cáncer, alergias, enfermedades cardiacas, renales, trastornos mentales, epilepsia, artritis u otras enfermedades importantes):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patología:** | **Parentesco con el Paciente:** | **Condición Actual (curado, no curado, complicación).** |
|  |  |  |

**PATRÓN 1. PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD**

**ENTREVISTA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ¿Cómo percibe su estado de salud? (*Se considera "sano", "enfermizo")*   ……………………………………………………………………………………………………………………………   1. ¿Se ha ausentado frecuentemente al trabajo/colegio/ocupación por alteraciones en su salud en el último año?   Si ( ) No ( ) ¿Cuál ha sido la causa? *(resfriados frecuentes, molestias inespecíficas, etc.)*  ……………………………………………………………………………………………………………………………   1. ¿Cuál de los siguientes hábitos practica usted?   Fuma … cigarrillos/día; … cigarrillos/semana o más *(Coloque el número de cigarrillos fumados por día)*  Bebe alcohol … veces por semana; … cada 15 días; … cada mes; … ocasional *(Número de veces que bebe alcohol por semana)*  Consume drogas … veces por semana; … cada 15 días; … cada mes; … ocasional *(Número de veces que consume drogas por semana)*  Toma medicamentos … veces por semana; … cada 15 días; … cada mes; … ocasional *(Número de veces que toma medicamentos por semana)*  **Nota:** si procede aplicar escala de AUDIT, DAST.   1. ¿Cuál de las siguientes acciones realiza para mantener o cuidar su salud?  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Esquema/vacunación completo Si ( ) No ( ) | Control prenatal Si ( ) No ( ) | Papanicolau Si ( ) No ( ) | | Autoexploración mamaria Si ( ) No ( ) | Control odontológico Si ( ) No ( ) | Ejercicio Si ( ) No ( ) | | Alimentación adecuada Si ( ) No ( ) | Higiene personal Si ( ) No ( ) | Higiene de la vivienda Si ( ) No ( ) | | Ninguna Si ( ) No ( ) |  |  |     Observaciones: ……………………………………………………………………………………………………………   1. ¿Ha sufrido accidentes? (en el hogar, laborales o de tráfico)   ……………………………………………………………………………………………………………………………   1. ¿Habitualmente sigue correctamente los tratamientos prescritos?   ……………………………………………………………………………………………………………………………   1. ¿Es alérgico a alguna sustancia? *(Especificar qué sustancias, medicamentos, alimentos, etc.)*   ……………………………………………………………………………………………………………………………   1. ¿Ha tenido ingresos hospitalarios en el último año? *(Especificar número de ingresos en el último año y el motivo)*   ……………………………………………………………………………………………………………………………   1. ¿Cuál de los siguientes problemas ha tenido en el embarazo actual?   Sangrado ( ) Hemorragias ( ) Infecciones ( ) Heridas infectadas ( ) Convulsiones ( ) RM anteparto ( ) Dolor ( ) Ninguno ( ) Transtornos hipertensivos ( ) Otros:  ……………………………………………………………………………………………………………………………….  ¿Qué debe hacer en el caso de presentar estos problemas? ……………………………………………………………………   1. ¿Cuáles son los signos de alarma a tener en cuenta durante el embarazo?   ……………………………………………………………………………………………………………………………   1. ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? *(Especificar motivo y respuesta a las transfusiones)*   ……………………………………………………………………………………………………………………………   1. ¿Ha estado o está expuesto a sustancias químicas en los últimos dos años? *(aerosoles, fungicidas, pesticidas, otros)*   ……………………………………………………………………………………………………………………………   1. ¿Ha estado o está expuesto a sustancias radioactivas en los últimos dos años?   ……………………………………………………………………………………………………………………………   1. ¿Está expuesto a entornos no saludables? *(polvo, humedad, hacinamiento, contacto con personas con enfermedades infecciosas, barrio inseguro, servicios básicos insuficientes, tratamiento inadecuado de agua segura, animales dentro del domicilio, agua contaminada, contaminantes ambientales, acceso a gran cantidad de medicamentos en el hogar otros, describa)*   …………………………………………………………………………………………………………………………………   1. Factores de temperatura ambiental: ropa inadecuada, temperatura ambiental baja, desnutrición, inactividad   ………………………………………………………………………………………………………………………….   1. Describa su actividad física en un día común *(actividad, tiempo):* ………………………………………………………………………………………………. No realiza actividad física ( ) 2. ¿Existen condiciones que afecten su salud individual y familiar? *(discapacidad, problemas económicos, sociales, costumbres)*   ………………………………………………………………………………………………………………………………….   1. ¿Cuál de los siguientes riesgos considera que existe en su vivienda?   Gradas sin pasamanos ( ) Pisos resbalosos ( ) Terrazas sin protección ( ) Iluminación inadecuada ( ) Obstáculos en las áreas de deambulación ( ) Instalaciones eléctricas no seguras ( ) Cables cruzados o no visibles ( )  Otros. Describa: ……………………………………………………………………………………………………………….   1. ¿Desea recibir información adicional para mejorar su salud?   …………………………………………………………………………………………………………………………………. |

**Examen Físico**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aspecto general:**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Apariencia física concuerda según edad:** Si ( ) No ( ) | | **Postura:** Erguida Si ( ) No ( )  **Marcha:** Rítmica y coordinada Si ( ) No ( ) | | | | | | **Estado de comodidad:**  Relajada ( )  Tensa ( )  Incómoda ( )  Manifiesta sentir calor:  Manifiesta sentir frío:  Manifiesta sentir hambre: | **Dolor:**  Hace gestos ( )  Frunce el ceño ( )  Aprieta o sostiene la parte que le duele ( )  Expresa tener dolor ( )  **Entuertos:** Leve: ( ) Moderado: ( )  Intenso: ( )  **Epigastralgia:** Leve: ( ) Moderado ( )  Intenso: ( ) | **Dolor agudo:**  Intensidad:  Tiempo:………… Tipo:  Localización: **Dolor crónico:**  Intensidad:  Tiempo:…......... Tipo: …....  Frecuencia:  Localización: | | | **Dolor de parto:**  Labor de parto.  SI ( ) NO ( )  Intensidad:  Duración:  Frecuencia:  Expulsivo: | **Vestimenta adecuada a la situación:** Si ( ) No ( ) | | **Constitución física:**  Sin alteraciones aparentes ( )  Enanismo ( ) Gigantismo ( ) Acromegalia ( ) Delgadez extrema ( )  Obesidad o sobrepeso ( ) | | | | **Desarrollo sexual o de género:**  Adelantado según edad ( )  Retardado según edad ( )  Mujer con características masculinas ( )  Hombre con características femeninas ( ) | | | | **Cuello:**  Aspecto: ………………………….. Movimiento: ………………………..  Ganglios palpables: ……………… Zonas dolorosas: ……………………  Masas: …………………………… Lesiones: ………………………….  **Tráquea:**  Posición: ………………………... Simetría: ………………………………. | | | **Signos vitales:**  **Temperatura: ……………………………………….°C**  **Pulso: ………………………………………………lpm**  **Respiración:** ……………………………………… rpm  **Presión arterial:** ………………………………..mmHg  **Saturación de oxígeno:** ……………………………….. | | | | | **Lesiones:**  Edema: Ruptura de membranas anteparto:  Desgarro:  Hematomas:  Equimosis:  Flebitis:  Celulitis:  Abcesos: | | |  | | | | |

**Problemas identificados: ………………………………………………………………………………………………..................**

**Diagnóstico enfermero: ……………………………………………………………………………………………….....................**

**PATRÓN 2: NUTRICIONAL METABÓLICO.**

**ENTREVISTA**

|  |
| --- |
| ¿Qué suele comer habitualmente durante un día? *(Variedad, cantidad y preferencias, número de comidas/día y distribución)*………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  ¿Qué alimentos le desagradan?  ………………………………………………………………………………………………………………………………………...  ¿Tiene restricciones en la dieta?  **Especificar:** ………………………………………………………………………………………………………………………..  ¿Qué suplementos nutricionales consume y con qué frecuencia? *(calcio, vitaminas, colágeno, proteínas, ensure, ácido fólico, hierro, otros)*………………………………………………………………………………………………………………………………………  ¿Qué cantidad de líquidos toma al día? ………………………………………………………………………………………………………………………………………  ¿Cómo es su apetito? No alterado ( ) Disminuido ( ) Aumentado ( )  ¿Cuál de los siguientes problemas presenta?  Problemas de dentición ( ) De masticación ( ) De deglución ( ) De digestión ( ) Prótesis dental ( ) Intolerancia alimenticia ( )  Vómito ( ) Náusea ( ) Regurgitaciones ( ) Pirosis ( )  **Especifique:** ……………………………………………………………………………………………………………………….  ¿Cómo va a alimentar a su bebe? *(tipo de alimentación)*  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  ¿Ha tenido problemas al dar de lactar?  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  ¿Tiene alguna condición que impida la lactancia materna?  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  ¿Ha experimentado pérdida o ganancia de peso en los último 6 meses?  ………………………………………………………………………………………………………………………………………...  ¿Ha experimentado pérdida o ganancia de estatura en el último año?  ………………………………………………………………………………………………………………………………………...  ¿Tiene problemas de la piel, mucosas y/o en la cicatrización? ¿Cuáles son las características de las mismas? *(exantemas, exceso de transpiración, sequedad, lesiones, diabetes, etc.)*  ………………………………………………………………………………………………………………………………………...  ¿Ha sufrido cambio en su piel, uñas, cuero cabelludo y cabello?  …………………………………………………………………………………………………………............................................... |

**Examen Físico**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cabello:**  Color: ……………………Cantidad y distribución: …………………………  Textura: …………………Presencia de parásitos: …………………………..  *(En caso de alteraciones, señale principales características)* | **Cuero cabelludo:**  Simetría: ………………………………………………………………………..  Textura: ………………………………………………………………………...  Lesiones: ……………………………………………………………………….  Zonas dolorosas: ……………………………………………………………….  *(En caso de alteraciones, señale principales características)* |
| **Cara:** Ptosis palpebral ( ) Parálisis ( ) Edema ( ) Tics ( ) Cloasma ( ) Arañas vasculares ( )  Otras lesiones: ………………………………………………………………… | **Tiroides:**  Tamaño: ……………………………………………………………………….. |
| **Nariz:**  Congestión nasal ( ) Epistaxis ( ) Otras lesiones: …………………………… | **Ojos-vista:**  Oscurecimiento ( ) Visión borrosa ( )  Conjuntivas-Color: ……………………………………………………………. |
| **Mucosa bucofaríngea:**  Color: …………….. Consistencia (*lisa, húmeda y sin lesiones)*: …………………………………… Amígdalas: ……………………………..  **Encías:**  Color: ………..Consistencia (*lisa, húmeda y sin lesiones)*: …………………...  **Lengua:**  Color: ……………Simetría: ………………Textura: ………………………..  Movimiento: …………………….. Lesiones: ………………………………… | **Piezas dentales:** Completas ( ) Incompletas ( ) Caries ( ) Higiene adecuada: Sí ( ) No ( ) Halitosis ( )  **Otros problemas dentales:** …………………………………………………...  **Dispositivos:**  Cánula nasal ( ) Mascarilla ( ) Sonda nasogástrica ( ) Sonda orogástrica ( ) |
| **Uñas:**  Color: ………………………………………………………………………....  Forma: ……………………………………………………………………...  Textura: ……………………………………………………………………….  Estado del lecho ungueal: …………………………………………………….  *(En caso de alteraciones, señale principales características)* | **Piel:**  Color: …………………………Textura: ……………………………………...  Temperatura: ………………… Turgencia: ….………………………………..  Integridad: ……………………………………………………………………...  **Dispositivos:** Drenes …………… Sondas: ………………. Apósitos: …….....  **Gestante:** Línea media ( ) Estrías gravídicas ( ) Telangiectasias ( )  *(En caso de alteraciones, señale sitio, principales características)* |
| **Abdomen:**  Simetría: ………………………  Molestias: Vómito ( ) Distensión ( ) Sialorrea ( )  Ruidos peristálticos por minuto: ……..  Alteraciones en la observación: ………………………………………………..  Alteraciones en la percusión: …………………………………………………  Alteraciones en la palpación: Masas ( ) Visceromegalias ( ) Dolor ( ) Otras: ………………………………………………………………………………… | **Dieta hospitalaria:**  Tipo: …………………………………………………………….......................  Tolerancia: ……………………………………………………………………..  Cantidad de líquidos ingeridos en 24 horas:  VO: ………mL Parenteral: ……….. mL  Peso ……… Kg; Talla: ……. cm; IMC: ……  Circunferencia braquial: …… cm; Circunferencia abdominal: ……… cm  Alteraciones de la temperatura: hipertemia ( ) hipotermia ( ) |
| **Rango de aumento de peso durante el embarazo:**  Primer trimestre (0.91-1.81 kg): ………………………………………………  Segundo semestre (4.99 kg-0.45 kg por semana): ………………………….....  Tercer trimestre: (4.99 kg-0.45 kg por semana): …………………………....... | **Edema** *(describa el área y la intensidad)*: ……………………………………………………………….. |
| **Uso de fármacos hepatotóxicos:** Si ( ) No ( )  **Diagnóstico de VIH:** Si ( ) No ( )  **Diagnóstico de Diabetes Gestacional:** Si ( ) No ( )  **Hemorragia:** Características ………………Cantidad: ……….mL |
| **Exámenes de laboratorio alterados:** *(Copie aquí los resultados de exámenes de laboratorio alterados)*   |  |  | | --- | --- | | EXAMEN | VALOR ALTERADO | | BH: |  | | QS: |  | | Glucosa:  Hemoglobina glicosilada: |  | | Electrolitos: |  | | Perfil hepático (TGO, TGP, FA, BT, BI, BD): |  | | **Exámenes de laboratorio alterados:** *(Copie aquí los resultados de exámenes de laboratorio alterados)*   |  |  | | --- | --- | | EXAMEN | VALOR ALTERADO | | Colesterol: |  | | Triglicéridos: |  | | Coombs (Directo e indirecto): |  | | Grupo sanguíneo y factor: |  | | Otros: |  | |

**Problemas identificados: ……………………………………………………………………………………………………………..**

**Diagnóstico enfermero: ………………………………………………………………………………………………………………**

**PATRÓN 3: ELIMINACIÓN**

|  |
| --- |
| ¿Cómo son sus hábitos de evacuación intestinal?  ……………………………………………………………………………………………………………………………………….  Frecuencia a la semana: ………………… Describir características relevantes: ……………………………………  Molestias o lesiones que afectan la eliminación intestinal: Estreñimiento ( ) Diarrea ( ) Hemorroides ( ) Sangrado ( ) Incontinencia ( ) Incapacidad para ir al baño ( )  ¿Cómo son los hábitos de evacuación urinaria?  ……………………………………………………………………………………………………………………………………….  Frecuencia al dia: ………………. Describir características (color, olor):  Refiere presencia de distensión vesical: Disuria ( ) Prurito ( ) Retención ( ) Oliguria ( ) Anuria( ) Incontinencia ( ) Urgencia diurna( ) Urgencia nocturna ( ) Proteinuria ( ) Coluria ( ) Hematuria ( ) Otros. Describa: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Utiliza dispositivos, laxantes o medidas auxiliares para la eliminación urinaria o intestinal:  ………………………………………………………………………………………………..............................................................  ¿Ha tenido problemas de sudoración excesiva? …………………………………………………………………………………….. |

**Examen Físico**

|  |  |
| --- | --- |
| **Abdomen con énfasis en la valoración renal y pélvica:**  Simetría: ………………………  Molestias: Disuria ( ) Globo vesical ( ) Retención ( ) Oliguria ( )  Anuria ( ) Incontinencia ( ) Proteinuria ( ) Coluria ( ) Hematuria ( ) Dolor a la puño-percusión costo-lumbar ( ) Otros: ………………………………………………………………………………..  Alteraciones en la observación: ………………………………………………..  Alteraciones en la palpación: Masas ( ) Dolor ( ) Otras: ………………………………………………………………………………… | **Uretra y vulva:**  Molestias: Enrojecimiento ( ) Irritación ( ) Secreciones ( )  Presencia de sondas o dispositivos: ………………………………………………………………………………….  *(En caso de alteraciones, señale principales características)* |
| **Exámenes de laboratorio alterados:** *(Copie aquí los resultados de exámenes de laboratorio alterados)*   |  |  | | --- | --- | | EXAMEN | VALOR ALTERADO | | Coproparasitario: |  | | Coprocultivo: |  | | Frotis: |  | | EMO+Gram: |  | | Electrolitos: |  | | pH urinario: |  | | Urocultivo: |  | | Úrea: |  | | **Exámenes de laboratorio alterados:** *(Copie aquí los resultados de exámenes de laboratorio alterados)*   |  |  | | --- | --- | | EXAMEN | VALOR ALTERADO | | Creatinina: |  | | Perfil renal: |  | | Depuración de úrea/creatinina |  | | Protenuria en tirilla reactiva |  | | Índice proteinuria/creatinuria |  | | Otros *(incluye medios de diagnóstico, biopsias, Rx y de imagen)*: |  | |

**Problemas identificados: ……………………………………………………………………………………………………………..**

**Diagnóstico enfermero: ………………………………………………………………………………………………………………**

**PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO**

1. ¿Tiene energía suficiente para realizar las actividades de la vida diaria?

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

1. ¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad? Especifique.

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

1. Ha sentido cambios en patrón respiratorio: No ( ) Si ( ) especificar (fatiga, disnea al caminar, al comer, al subir escalera, al estar acostada, y a qué distancia) …………………………………………………..
2. Referencia de cambios en estado vascular periférico: No ( ) Si ( ) especifique (distensión venosa yugular, equimosis, hematomas, varicosidades, edema de miembros inferiores, etc.)

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

1. Dificultad para movilizarse: No ( ) Si ( ) especifique……………………………………………………………..
2. ¿Realiza actividades de ocio?

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

1. ¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado?

……………………………………………………………………………………………………

**Nota:** si procede utilizar la escala de capacidad funcional

|  |  |
| --- | --- |
| **Tórax con énfasis en alteraciones respiratorias:**  Simetría: ………………………  Frecuencia respiratoria:………….rpm Amplitud:…………….. Movimientos respiratorios:………………………  Molestias: Disnea ( ) Cianosis ( ) Aleteo nasal ( ) Retracción xifoidea ( )  Otros: ………………………………………………………………………………..  Alteraciones en la auscultación: ……………………………………………..  Alteraciones en la palpación: Masas ( ) Dolor ( ) Otras: …………………………………………………………………………………  Frecuencia cardiaca: **…………..L**pm Tensión arterial: ……………..mmHg  Catéter vascular: (tipo, características, fecha de instalación y última curación  Estado vascular: Llenado capilar\_\_\_\_\_(menor de 3 s) | **Musculo esqueletico:** capacidad de movilización:  completa \_\_\_ incompleta \_\_\_ nula \_\_\_\_ describir  Marcha: estable inestable  Reflejos osteotendinosos: bicipital: presente\_\_\_\_ ausente \_\_\_\_ Rotuliano\_ presente:\_\_\_\_\_ ausente\_\_\_\_\_\_  Riesgo de lesión por presión: ………………………………………………  Riesgo de caídas: ……………………………………………………………  *(Utilizar escalas Norton, braden)*  Antecedentes de: Convulsiones SI ( ) NO ( ) |
| **Exámenes de laboratorio alterados:** *(Copie aquí los resultados de exámenes de laboratorio alterados)*   |  |  | | --- | --- | | EXAMEN | VALOR ALTERADO | | Gases arteriales: |  | | Pruebas de coagulación sanguínea TP, TPT, tiempo de coagulación: fibrinógeno |  | | Plaquetas: |  | | EMO+Gram: |  | | Frotis: |  | | PCR: |  | | Encimas cardiaca: |  | | Otros: |  | |  |

**Problemas identificados: ……………………………………………………………………………………………………………..**

**Diagnóstico enfermero: ………………………………………………………………………………………………………………**

**PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO**

1. ¿Generalmente se siente descansada y lista para las actividades de la vida diaria después de dormir?…………………………………………………………………………………………………………………
2. ¿Cuántas horas duerme durante la noche?

…………………………………………………………………………………………………………………

1. ¿Realiza otros descansos durante el dia (siestas)?

………………………………………………

1. ¿Tiene problemas para conciliar el sueño?

………………………………………………………………………………………

1. ¿Tiene pesadillas frecuentes?

………………………………………………………………………………..

1. ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?

………………………………………………………………………………………

1. ¿Toma alguna sustancia para dormir?

…………………………………………………………………………………………

1. ¿Tiene problemas que le alteren su sueño?

Ambiente desfavorable ( ) Preocupación ( ) Enfermedad ( ) Incomodidad ( )

Presenta somnolencia:………. Bostezos:…………….. Otros:……………..

**Problemas identificados: ……………………………………………………………………………………………………………..**

**Diagnóstico enfermero: ………………………………………………………………………………………………………………**

**PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL**

1. ¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje? Describa.

………………………………………………………………………………………….

1. ¿Tiene problemas de comunicación? Describa.

………………………………………………………………………………………….

1. ¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audífono o lentes?..................

Tinnitus ( ) Acúfenos ( ) Escotomas ( ) Diplopía ( ) Amaurosis ( )

1. ¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?Parestesias ( )
2. ¿Siente dolor o malestar físico? ¿cómo lo maneja?

Describa tipo: ……………………………………………..

1. ¿Adopta mecanismos para manejar el confort?

……………………………………………………………………..

1. ¿Tiene algún problema de memoria? ………………………………………….
2. ¿Tiene problemas de concentración? …………………………………………………………
3. ¿Le es fácil tomar decisiones? …………………………………………………………………….
4. ¿Tiene problemas de comprensión? …………………………………………………………..

**Examen físico**

|  |  |
| --- | --- |
| **Orientación:**  Tiempo ( ) Espacio ( ) Persona( )  Otra. Glasglow:…………………………………………  Desorientación en ambientes: Conocidos: Si ( ) No ( ) Desconocidos: Si ( ) No ( ) | **Estado de ánimo:** Distímico ( ) Hipertímico ( ) Eutímico ( ) |
| Alteraciones perceptivas: Tinnitus ( )  Acúfenos ( ) Escotomas ( )  Diplopía ( ) Amaurosis ( ) cefaleas/localización ( )  Visión borrosa ( ) Vértigo: ( ) Paresias: ( ) Parestesias ( )  Alteración en tacto Entumecimiento:……  Otros: | Hemiplejía: ( )  Enfermedad neurológica ( ) Alteración en la atención: ( ) Irritabilidad ( ) Agitación ( ) Falta de concentración ( )  Toma decisiones: Adecuadas ( ) Inadecuadas ( )  Confusión aguda: Si ( ) No ( )  Cambios transitorios: Si ( ) No ( )  Conducta alterada: Interpretación inexacta del entorno: …………………. Problemas de comprensión: ………………  Seguimiento inexacto de las instrucciones: …………. |
| Comunicación  Alteración de los patrones de comunicación: Si ( ) No ( )  Atención a mensajes verbales: …………………… Incapacidad para hablar: …………….  Negativa voluntaria para hablar:… |

**Problemas identificados: ……………………………………………………………………………………………………………..**

**Diagnóstico enfermero: ………………………………………………………………………………………………………………**

**PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO**

1. ¿Cómo se ve a usted misma? (triste, alegre, seria, temerosa, inútil, optimista, irritable, etc. ) ……………………………………………………………..
2. ¿Cómo percibe su imagen corporal? Positiva ( ) Negativa ( ) Especifique: …………………………..
3. ¿La mayor parte del tiempo se siente bien consigo misma? ………………………………………………………….
4. ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así ¿Qué lo causó y cómo se siente al respecto?

………………………………………………………………………………………………………………

1. ¿Ha experimentado sentimientos negativos con respecto a su cuerpo? Describa.

…………………………………………………………………………………………………………

1. Se han producido pérdidas y/o cambios importantes desde la enfermedad, el embarazo o el posparto: ……………………………………………………………………………………………..
2. ¿Ha existido problemas que afecten su autoestima? ¿Qué lo causa?

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

1. Ha experimentado periodos de: Desmotivación ( ) Apatía ( ) Depresión ( ) enojo ( )

Ninguno ( ) Temor ( ) Ansiedad ( ) Desesperanza ( )

Que ayuda: ……………………………………………………………………..

1. ¿Has sentido que no es capaz de controlar las cosas en la vida? ¿Qué le ayuda a mejorar esta situación? ………………………………………………………………………..
2. ¿Ha experimentado ideas e intentos de acabar con su vida en alguna ocasión? ¿Qué lo causó?

………………………………………………………………………………… ¿Hace cuánto tiempo? ……………………………

1. ¿Qué le ayudaría a sentirse mejor en este momento?

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

1. ¿Ha experimentado carencias afectivas en algún momento?

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

1. ¿Siente que el ambiente hospitalario afecta su estado de ánimo?

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

**Examen físico**

|  |  |
| --- | --- |
| Verbalización autonegativa:  Antecedentes de abuso: |  |
| Presencia de prótesis ( ) Implantes ( ) Amputaciones ( )  Histerectomía ( ) Menopausia ( )  Otros:…………………………..  Como se siente al respecto:……………………… |  |

**Problemas identificados: ……………………………………………………………………………………………………………..**

**Diagnóstico enfermero: ………………………………………………………………………………………………………………**

**PATRÓN 8: ROL - RELACIONES**

1. ¿Con quién o quiénes vive?…………………………………………………………………………………………………………………
2. ¿Qué condición ocupa en la estructura familiar? dependiente ( ) proveedor ( ) cuidador principal ( )
3. Situación económica: buena ( ) regular ( ) mala ( )
4. ¿Tiene algún problema familiar que le resulte difícil manejar? Describa.

…………………………………………………………… ¿Con quién? …………….............................

1. ¿Tiene problemas en el cuidado y relación con los niños?

……………………………………………………………………………………………..

1. ¿Cómo su familia maneja habitualmente los problemas?

……………………………………………………………………………………………….

1. ¿Como afecta a su familia su condición de salud actual?

……………………………………………………………………………………………….

1. ¿Considera que tiene problemas de privacidad que afectan el cuidado de su salud o de hijo?

………………………………………………………………………………………………

1. ¿Ha tenido pérdidas o separaciones familiares importantes que le afecten actualmente?

……………………………………………………………………………………………..

1. ¿Existe violencia doméstica en su hogar?

…………………………………………………………………………………………….

1. ¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios? ¿Hay satisfaccióncon lo que se realiza en los mismos?

……………………………………………………………………………………………..

1. ¿Pertenece a algún grupo social?

………………………………………………………………………………………………

1. ¿Tiene amigos/as íntimos? ¿Cómo se relaciona con ellos?

…………………………………………………………………………………………….

1. ¿Considera que sus ingresos son suficientes para satisfacer sus necesidades?

………………………………………………………………………………………………

1. ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

……………………………………………………………………………………………….

**Nota:** Si procede aplique de APGAR FAMILIAR

**Problemas identificados: ……………………………………………………………………………………………………………..**

**Diagnóstico enfermero: ………………………………………………………………………………………………………………**

**PATRÓN 9 SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN**

1. ¿Cómo se autoidentifica sexualmente?

………………………… Ha tenido problemas por su orientación o preferencia sexual…………………….

1. ¿A qué edad apareció la menarquia o la menopausia (según corresponda)?..............................…………….
2. Ciclo menstrual: Regular : ( ) Irregular ( ) Duración: N. Días ( ) Período: Cada cuántos días ( ) Dismenorrea ( ) Fecha de la última regla: …………
3. Tiene pareja sexual actualmente: SI ( ) NO ( ) No Parejas sexuales:
4. ¿Tiene problemas o cambios en las relaciones sexuales? SI ( ) NO ( ) Describa (privacidad insuficiente, dispareunia, adquirir una ITS, embarazo, otros) ……………………………………………
5. ¿Utiliza métodos anticonceptivos? Describa.

………………………………………………………………Problemas: ……………………….

1. Autoexamen mamario mensual: Sí ( ) No ( ) Motivo: ………..……………………
2. Mamografías: Sí ( ) No ( ) Motivo: ………..…………………… fecha de la última……………………… Resultados ………………………………… No aplica …………………
3. Examen cérvico-vaginal anual: Sí ( ) No ( ) Motivo: ………..…………………… fecha del último…… Resultados ………………………….
4. Presencia de secreción vaginal: Sí ( ) No ( ) características (color, olor, cantidad, etc.) ……………………………………………………………….
5. Prácticas de sexo seguro: Sí ( ) No ( ) especifique uso de preservativo, una sola pareja, abstinencia total) ………………………………………………………………..
6. Historia gíneco-obstétrica: G: P: C: A: HV: O: Multíparas( ) Embarazo múltiples ( ) Partos distócicos ( ) Puerperio Normal ( ) Puerperio patológico( ) Puerperio quirúrgico ( ) Paridad satisfecha ( ) esterilidad ( )
7. ¿Ha experimentado sentimientos negativos frente al embarazo, parto y postparto? (miedo, rechazo)

……………………………………………………………………………………………..

1. Ha recibido educación prenatal: Si ( ) No ( ) cuantas veces………….

Que le enseñaron…………………………………………………………………………..

1. Complicaciones en el embarazo actual: Sí ( ) No ( ) Describa:………………………………………………….
2. Eliminación del ciclo reproductivo/Presencia de pérdidas transvaginales. Características (cantidad, color)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Menstruación** | **Líquido amniótico** | **Loquios** | | **Sangrado Transvaginal** |
| Normal:  Abundante:  Disminuido: | Claro:  Con grumos:  Amarillento:  Meconial:  Fétido:  Chorro repentino:  Goteo lento: | Escaso:  Ligeros:  Moderado:  Abundante:  Excesivos: | Fétidos:  Si ( ) No ( )  Achocolatados  Si ( ) No ( ) | Fétido  Si ( ) No ( )  Rojo rutilante  Si ( ) No ( )  Rojo obscuro  Si ( ) No ( ) |

1. Siente que su bebe se mueve

**Describa**: …………………………………………………………………………………….

1. Siente que esta prepara para llevar a cabo el embarazo, parto, postparto y cuidados del bebé: ………………………………………………………………………………..……………………
2. ¿Cree que necesita reforzar sus conocimientos actuales sobre la maternidad?

……………… sobre que temática: ………………………….

1. ¿Ha presentado problemas relacionados con la reproducción?

…………………………………………………………………………………………….

1. ¿Ha experimentado episodios de violación o agresión sexual?

……………………………………………………………………………………………

**Examen físico**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mamas:** Forma\_\_\_\_\_ Tipo\_\_\_\_ Piel\_\_\_ Simetría\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tumoraciones No\_\_ Si*\_\_\_ describir sitio*……………………………………  Galactorrea\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cadena ganglionar palpable\_ Sí\_\_\_ No\_\_\_\_\_ Dolor: Si\_\_\_ No\_\_\_ Nivel\_\_\_\_( *usar escala de EVA)*  Alteraciones en la palpación: Masas ( ) Dolor ( ) Otras: | **Exámenes de laboratorio alterados:** *(Copie aquí los resultados de exámenes de laboratorio alterados)*   |  |  | | --- | --- | | **EXAMEN** | **VALOR ALTERADO** | | VDRL: |  | | VIH: |  | | HCG: |  | | Pruebas prenatales:  Alfafetoproteina: |  | | Pruebas de bienestar fetal:  Perfil biofísico: |  | | Coombs indirecto: |  | | Perfil lipídico: |  | | Prolactina sérica: |  | | Progesterona: |  | | Bilirrubina |  |   ***Interpretación:*** |
| **Útero-gestante:**  Altura uterina:  Cálculo de semanas de gestación:  Ausculte la FCS:  Maniobras de Leopold *(a partir de la semana 24 de gestación)*:  **Útero-intraparto:**  Actividad uterina: Frecuencia …… Intensidad ….. Duración …..  **Movimientos fetales:** perceptible ( ) disminuidos ( ) ausentes ( )  **FCF:**  **Inducción:**  **Conducción:**  **Útero-postparto:**  **Involución uterina:** |
| **Vagina:**  **Ginecológica:** Fluidos transvaginales: ……………Sangrado: ………………  **Embarazo:** Fluidos transvaginales: ……………Sangrado: …………………  **Puerperio:** Loquios: ………… Sangrado: ………… Episiorrafia: …………  Desgarros: …………… Equimosis: …………. Hematomas: ………………. |  |

**Problemas identificados: ……………………………………………………………………………………………………………..**

**Diagnóstico enfermero: ………………………………………………………………………………………………………………**

**PATRÓN 10: ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS**

1. ¿Ha existido algún problema/cambio importante en su vida en los últimos dos años que le haya ocasionado una crisis?..................................................................... ¿Tuvo alguien cercano con quien hablar sobre sus problemas/cambios con confianza, está disponible ahora?………………………………….…………………………………………………………………………
2. ¿Mantiene periodos prolongados de tensión? ¿Qué medidas toma?

beber alcohol ( ) fumar ( ) comer ( ) beber café ( ) leer ( ) medicamentos ( ) especifique: ………………………………………………….

¿Cuándo ocurre problemas en su vida, utiliza medicamentos, alcohol, drogas u otras que le ayude a enfrentar? ……………………………………………………………………………

Si no ha utilizado ninguna que otra alternativa ha tomado. ¿Tiene éxito de esa forma?

……………………………………………………………………………………………………………

1. Formas en las que expresa el estrés: llanto ( ) ira ( ) impotencia ( ) desesperación ( ) molestias físicas ( ) ansiedad ( ) preocupación ( ) frustración ( ) pesimismo ( ) culpa ( ) especificar …………………
2. Evidencia expresiones de ansiedad ante a la muerte ………………………………..
3. Evidencia expresiones de duelo inadaptado: …………………………………………….

**Problemas identificados: ……………………………………………………………………………………………………………..**

**Diagnóstico enfermero: ………………………………………………………………………………………………………………**

**PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS**

1. ¿Generalmente siente que obtiene las cosas que quiere de la vida?

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

1. ¿Tiene planes importantes para el futuro?

………………………………………………………………………………………………………

1. ¿La religión es importante en su vida?

Si ( ) No ( ) ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?………………………………………………….

1. ¿Tiene algún tipo de creencia religiosa que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?

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

1. ¿Tiene algún tipo de creencia cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?

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

1. ¿Qué es lo que le da sentido a su vida? Especificar………………………………………………………….. Esto ha cambiado desde que está enfermo/hospitalizado……………………………………………………..
2. ¿Siente preocupación sobre la enfermedad, muerte, dolor?

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

1. ¿Siente algún tipo de sufrimiento espiritual?

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

1. ¿Siente algún tipo de culpa? Motivo.

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

1. ¿Qué cree sobre su enfermedad?

Castigo: Prueba: Otros:

1. Siente angustia por decisiones tomadas en contra de sus valores

……………………………………………………………………………………………………

1. ¿Cree que el estar hospitalizada afecta alguna de sus creencias, costumbres que quisiera que se realicen?

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

**Problemas identificados: ……………………………………………………………………………………………………………..**

**Diagnóstico enfermero: ………………………………………………………………………………………………………………**

**Medicación**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del fármaco** | **Acción principal** | **Efectos adversos** | **Vias y dosis** | **Cuidados específicos de enfermería** |
|  |  |  |  |  |

PRESENTACIÓN DEL CASO: (Para presentar en el aula)

PRINCIPALES PATRONES ALTERADOS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS: Pirámide de Maslow

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGISTROS - SOAPIER

S\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_O\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_R\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del estudiante

……………………………………….

Firma del docente