



**UNIVERSIDAD DE SONORA  
DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**



**GUIA DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA  
SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M. GORDON  
PARA LA PERSONA ADULTA**

**Instrumento elaborado por:**

MC. Rendón Olgún Martha Leticia  
MCE. Peralta Peña Sandra Lidia  
MC. Muñoz Combs Nora Margarita  
MC. Vargas María Rubí  
MC. Hernández Villa Eva Angelina  
Dra. Tirado Ochoa Lourdes

**Responsable de actualización:**

MC. Barragán Hernández Olga

**Colaborador:**

MCE. Favela Ocaño María Alejandra

**AVALADO POR LA ACADEMIA DE ENFERMERIA CLINICA 2010, 2015**

**Hermosillo Sonora, Septiembre 2015**

**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:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

Datos básicos de ingreso: Nombre: (siglas) \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Persona para contactar (siglas): \_\_\_\_\_ Procedente de (lugar de origen): \_\_\_\_\_  
 Reside en (ciudad): \_\_\_\_\_ Domicilio (señalar geográficamente el punto) \_\_\_\_\_ Vive Solo: \_\_\_\_\_ Con familia: \_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_ Persona para contactar: \_\_\_\_\_  
 Llegada por su propio pie: si \_\_\_ no \_\_\_, motivo de hospitalización y/o solicitud de atención: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso previo al hospital \_\_\_\_\_  
 Motivo: \_\_\_\_\_

Antecedentes Personales:

**Patológicos y tratamientos recibidos** (desde su infancia tanto médicos y/o quirúrgicos indicados)

\_\_\_\_\_

**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)

\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
- Ha consumido tabaco alguna vez en su vida: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Fuma actualmente: : No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Tiempo de consumo: \_\_\_\_\_ Cantidad (número de cigarrillos) al día: \_\_\_\_\_ a la semana \_\_\_\_\_, al mes \_\_\_\_\_ Lo dejo (fecha) \_\_\_\_\_
- Ha consumido bebidas con contenido alcohólico alguna vez en su vida: No \_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Consume alcohol actualmente: : No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Tiempo de consumo: \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ cantidad al día, \_\_\_\_\_ a la semana \_\_\_\_\_, al mes \_\_\_\_\_ Lo dejo (fecha) \_\_\_\_\_
- Ha utilizado drogas alguna vez en la vida: No \_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Consume drogas actualmente : No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Tiempo de consumo: \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ cantidad al día \_\_\_\_\_ a la semana \_\_\_\_\_, al mes \_\_\_\_\_ Lo dejo (fecha) \_\_\_\_\_
- Presencia de alergias: : No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ especifique la causa: \_\_\_\_\_ tipo de reacción: \_\_\_\_\_
- Asistencia a revisión médica (aunque no se sienta enfermo): Sí \_\_\_\_\_ periodicidad \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ especifique motivos: \_\_\_\_\_
- Revisión dental: Sí \_\_\_\_\_ periodicidad \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ especifique motivos: \_\_\_\_\_
- Realización de ejercicio: : No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique tipo y horas a la semana) \_\_\_\_\_
- Tratamientos que ha utilizado: médicos \_\_\_\_\_ remedios caseros \_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_ Actualmente utiliza alguno de estos (especifique): \_\_\_\_\_
- Conoce la causa de su hospitalización: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ (especifique cuál) \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (especifique frecuencia) \_\_\_\_\_
- Presencia de vectores (moscas, cucarachas, roedores, etc.): No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_
- Medidas de control de vectores: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ (especifique método y frecuencia) \_\_\_\_\_
- Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_

## 2. Patrón Nutricional Metabólico.

- Uso de complementos o suplementos alimenticios (especifique) \_\_\_\_\_, número de comidas al día \_\_\_\_\_, menú día típico: (especificar tipo y cantidad):

Desayuno hora: _____	Comida hora: _____	Cena hora: _____	Entre Horas

- Alimentos que desagradan: \_\_\_\_\_
- Ingesta de líquidos al día (especificar tipo y cantidad) \_\_\_\_\_
- Apetito: normal \_\_\_ aumentado \_\_\_ disminuido \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Presencia de: náuseas \_\_\_ vómitos \_\_\_ otros \_\_\_\_\_
- Variaciones de peso en los últimos 6 meses: ninguno \_\_\_ aumentó \_\_\_ disminuyó \_\_\_ especifique \_\_\_ kg. ¿A qué lo atribuye? \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_ fecha de última defecación \_\_\_\_\_ Describa características \_\_\_\_\_ utiliza algún apoyo (especificar) \_\_\_\_\_
- Presencia de estreñimiento \_\_\_ diarrea \_\_\_ hemorroides \_\_\_ sangrado \_\_\_ Incontinencia \_\_\_ flatulencia \_\_\_ ostomías: No \_\_\_ Si \_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_
- Hábitos de evacuación urinaria: Frecuencia aproximada al día: \_\_\_\_\_ Describa características \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_ especificar (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 \_\_\_ especificar (fatiga, disnea al caminar, al comer, al subir escalera, al estar acostado, y a qué distancia) \_\_\_\_\_



- Tiene dificultad al identificar los sabores (salado, agrio, amargo y dulce) no \_\_\_ sí \_\_\_ 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 \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_ seria \_\_\_ temerosa \_\_\_ optimista \_\_\_ irritable \_\_\_ Otros (especificar) \_\_\_\_\_
- Como percibe su imagen corporal: positiva \_\_\_ negativa \_\_\_ en ambos casos especifique \_\_\_\_\_
- Conformidad con lo que es: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Pérdida de interés por las cosas: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Dificultad para tomar decisiones: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Pérdidas y/o cambios importantes en el último año: Sí \_\_\_ No \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Ha experimentado períodos de: desmotivación \_\_\_ apatía \_\_\_ depresión \_\_\_ adinamia \_\_\_ Ninguno de los anteriores \_\_\_ especifique tiempo y describa la situación: \_\_\_\_\_
- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión: No \_\_\_ Si \_\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_
- Qué le ayudaría a sentirse mejor en éste momento (especifique) \_\_\_\_\_

### 8. Patrón de Rol-relaciones

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

Nombre (iniciales)	Parentesco	Edad	Sexo	Ocupación

- Como considera la relación familiar: especifique \_\_\_\_\_
- Existe vínculo estrecho con algún miembro de su familia o persona externa a esta: (especifique) \_\_\_\_\_
- Papel que desempeña en la familia: dependiente \_\_\_ proveedor \_\_\_ cuidador principal \_\_\_
- Algún problema por el papel que desempeña No \_\_\_ Si \_\_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ ingreso económico mensual aproximado \_\_\_\_\_

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

### 9. Patrón de Sexualidad-Reproducción

- Tiene pareja sexual actualmente: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_ IVSA (edad): \_\_\_\_\_
- Expresa algún cambio en las respuestas sexuales: No \_\_\_ Si \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Menarquia (edad) \_\_\_\_\_ ciclo menstrual: regular \_\_\_ irregular \_\_\_ Duración y periodicidad \_\_\_\_\_
- 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 aplica \_\_\_\_\_
- Prácticas de autoexamen mamario mensual: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_
- Mamografías: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ fecha de la última \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_ No aplica \_\_\_\_\_
- Examen cervico-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) \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_
- Formas en las que expresa el estrés: llanto \_\_\_ ira \_\_\_ molestias físicas \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_
- 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: \_\_\_\_\_

### 11. Patrón de Valores y Creencias

- Prácticas de alguna religión: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar 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 \_\_\_ (especificar cuál) \_\_\_\_\_
- ¿Qué es lo que le da sentido a su vida? Especificar \_\_\_\_\_ Esto ha cambiado desde que está enfermo \_\_\_\_\_
- Siente preocupación acerca de morir Sí \_\_\_ No \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (especificar cuál) \_\_\_\_\_
- Valores morales más importantes (describa lo que considera más valioso en su vida) \_\_\_\_\_

## II. EXAMEN FÍSICO (datos objetivos)

### Aspecto General

- Edad aparente: igual\_\_ mayor\_\_ menor\_\_ a la cronológica ( ) 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 \_\_\_\_\_
- Estado de ánimo: decaído \_\_ irritable \_\_ euforia \_\_ indiferente \_\_ (describa) \_\_\_\_\_
- Estado de conciencia: alerta \_\_ obnubilación \_\_ somnolencia \_\_ inconsciencia \_\_ Responde a preguntas (colaborador) Sí \_\_ No \_\_ Postura adoptada: Libre \_\_ erguida \_\_ semierguida \_\_ movimiento repetitivos \_\_ Otros (especifique) \_\_\_\_\_

### 1. Patrón Nutricional Metabólico

- Tipo de dieta actual durante la estancia hospitalaria \_\_\_\_\_ ayuno: No \_\_ Sí \_\_ No. de días \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_ Temperatura corporal \_\_\_\_\_ °C. Peso \_\_ kg. talla \_\_ IMC \_\_\_\_\_
- Piel (características): \_\_\_\_\_ presencia de heridas Qx. \_\_\_\_\_ (describir características) presencia de drenes No \_\_ Sí \_\_ (especificar tipo y condiciones de la piel circundante) \_\_\_\_\_ sondas \_\_\_\_\_ (especificar tipo y condiciones de la piel circundante) \_\_\_\_\_ otro tipo de lesiones (especificar) \_\_\_\_\_ características \_\_\_\_\_ estado de uñas \_\_\_\_\_ Mucosas \_\_\_\_\_ Edema (áreas): Si \_\_ No \_\_ Godette: NO \_\_ Sí (señalar sitio y profundidad) \_\_\_\_\_

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

- Cabeza: Forma \_\_\_\_\_, tamaño \_\_\_\_\_, Simetría Sí \_\_ No \_\_, cuero cabelludo: Color \_\_\_\_\_ hidratación Si \_\_ No \_\_ prurito Sí \_\_ No \_\_ cicatrices sí \_\_ no \_\_ zonas dolorosas no \_\_ Sí \_\_
- Cabello: cantidad, implantación, color, textura (especificar si hay alteraciones; protuberancias, hundimiento, heridas, escasez, desprendimiento etc.) \_\_\_\_\_
- Cara: Piel (describir características) \_\_\_\_\_ simetría Si \_\_ No \_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ lesiones No \_\_ Sí \_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ (par craneal V y VII)
- Labios: forma \_\_ tamaño \_\_ Mucosa bucofaringea íntegra Sí \_\_ No \_\_ color \_\_ lesiones No \_\_ Sí \_\_ (especificar) \_\_\_\_\_ hidratación Sí \_\_ No \_\_ reflejo nauseoso (par craneal X) No \_\_ Sí \_\_ obstrucción \_\_ presencia de cánulas, mascarillas, sondas (especificar) \_\_\_\_\_ disfagia (par craneal XII) \_\_ Piezas dentarias. Número \_\_\_\_\_ integridad Sí \_\_ No \_\_ (especificar piezas, sitio y tipo de alteración) \_\_\_\_\_ Higiene adecuada: Sí \_\_ No \_\_ (especificar presencia de detritus, halitosis, etc.) \_\_\_\_\_ caries \_\_ sarro \_\_ placa dentobacteriana \_\_\_\_\_
- Cuello: Estado de la piel (características): \_\_\_\_\_ Masas: Sí \_\_ No \_\_ dolor: Sí \_\_ No \_\_ Desarrollo Muscular \_\_\_\_\_ (par craneal XI)
- Abdomen: forma plano \_\_ globoso \_\_ excavado \_\_ circunferencia abdominal \_\_\_\_\_ cm Simetría: Sí \_\_ No \_\_ Masas: Sí \_\_ No \_\_ dolor: Sí \_\_ No \_\_ Distensión: Sí \_\_ 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) \_\_\_\_\_

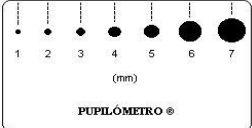
**Nota:** Algunos datos podrán ser recolectados en valoración subsecuente y/o a partir de patrones que impliquen procesos vitales mientras se estabiliza la condición del usuario, así como la valoración de perímetros y para comparar valores normales consultar tabla de autores mexicanos y etapa de crecimiento.



## 2. Patrón de Eliminación

- Intestinal: frecuencia de defecaciones en 24 hrs \_\_\_\_ derivaciones intestinales No\_\_ Sí\_\_ (especificar)\_\_\_\_\_ características de las heces: normales Sí\_\_ No\_\_ (describir duras, semilíquidas, líquidas, con sangre, parásitos, cantidad, semipastosas, con dolor, etc., utilizar escala de Bristol) \_\_\_\_\_ Región perianal: íntegra\_\_ con lesiones\_\_\_\_ (describir hemorroides, fisuras) \_\_\_\_\_
  - Urinario: orina frecuencia al día \_\_ características normales Sí\_\_ No\_\_(describir; cantidad, sangre, color, turbiedad, fuerza y continuidad en la emisión)\_\_\_\_\_ derivaciones vesicales\_\_\_\_\_ Región Perineal: íntegra \_\_\_\_ con lesiones\_(describir)\_\_\_\_\_
  - Presencia de sondas u otros dispositivos: Sí\_\_ No\_\_ (describir tipo y estado de la región \_\_\_\_\_)
  - Sudoración: alteraciones Sí\_\_ No\_\_(describir tipo de alteración y sitios)\_\_\_\_\_
  - Egresos de líquidos (por turno o 24 hrs. considerando todas las vías) \_\_\_\_\_; pérdidas insensibles\_\_\_\_\_
- Nota: Especificar balance en caso de diálisis \_\_\_\_\_

## 3. Patrón Cognitivo-Perceptivo

- Pares craneales II, III, IV y V. Simetría de ojos Sí\_\_ No\_\_ (especificar)\_\_\_\_\_ integridad de párpados Sí\_\_ No\_\_ Conductos lagrimales permeables: Sí\_\_ No\_\_ sensibilidad de córnea Sí\_\_ No\_\_ (especificar)\_\_\_\_\_ pupilas: Tamaño\_\_\_\_\_ mm, reacción a la luz\_\_\_\_ a la acomodación\_\_\_\_ en ambos ojos\_\_\_\_ asimetría\_\_\_\_ Ceguera total\_\_\_\_ lesiones\_\_\_\_ (especificar si es en un ojo o en ambos). Agudeza visual con carta de Snellen a 6 mts. de distancia: (mencione cifras) ojo derecho\_\_\_\_ ojo izquierdo\_\_\_\_ ambos ojos\_\_\_\_
- 
- Oído externo: Pabellón auricular, simetría\_\_\_\_\_ implantación\_\_ integridad\_\_\_\_\_ forma, proporción \_\_\_\_ alteraciones (especificar) \_\_\_\_\_ hiperemia, \_\_\_\_\_. Conducto auditivo (resultados de otoscopia): forma\_\_ tamaño\_\_ mucosa\_\_\_\_ presencia de vellosidades Sí\_\_ No\_\_ cerumen (color, cantidad, consistencia)\_\_\_\_\_ Obstrucción\_\_\_\_ tímpano (describir, características)\_\_\_\_\_. Par craneal VIII: audición intacta Sí\_\_ No\_\_ técnica: susurro\_\_ tic, tac\_\_ roce de dedos\_\_ (especificar distancia) \_\_\_\_\_ prueba de rinne weber (uso diapasón) describir resultados, \_\_\_\_\_
  - Describir tipo, tamaño, volumen(proporción) de nariz \_\_\_\_\_ rinoscopia: (especifica color, hidratación integridad de mucosa nasal)\_\_\_\_\_ alineación de tabique nasal Sí\_\_ No\_\_ senos paranasales (técnica de transiluminación),\_\_\_\_\_ presencia de secreciones\_\_ dolor\_\_\_\_ Par craneal I: Olfato intacto a la prueba del olor y reflejo de estornudo (jabón, café, tabaco y pluma de algodón) Sí\_\_ No\_\_ alteración (especificar \_\_\_\_\_)
  - Par craneal IX y X: gusto: percepción de sabores básicos: ácido, agrio, salado, dulce (describir resultados) \_\_\_\_\_ Tacto: sin alteración a la prueba de sensibilidad Sí\_\_ No\_\_ (especificar)\_\_\_\_\_
  - Prueba de tolerancia al dolor: describir sitio, tipo, estimar intensidad con escala analógica 0-10: (0 = tolerable, 10 = intolerable) \_\_\_\_\_
  - Memoria: intacta\_\_ alterada\_\_ especifique (hechos remotos, recientes, etc.) \_\_\_\_\_
  - Orientación: Intacta\_\_\_\_ alterada\_\_\_\_ especifique (tiempo, lugar, persona) \_\_\_\_\_
  - Escala de Glasgow: (describe la puntuación identificada) \_\_\_\_\_, no aplica \_\_\_\_\_
  - Nivel de sedación: escala de Ramsay (describe la puntuación identificada) \_\_\_\_\_, no aplica \_\_\_\_\_

## 4. Patrón Actividad – Ejercicio

- Tórax: forma\_\_\_\_\_ volumen\_\_\_\_\_ simetría\_\_\_\_\_ relación diámetros anteroposterior y transversal: alterado\_\_ normal\_\_\_\_ estado respiratorio: tipo de respiración \_\_\_\_\_

- (especifique)\_\_\_\_\_ Frecuencia respiratoria \_\_\_X' ritmo\_\_\_\_\_ amplitud\_\_\_\_\_ Movimientos respiratorios: Expansión torácica:(describir simetría, frémito)\_\_\_\_\_
- Auscultación de campos pulmonares: ruidos respiratorios presentes (ruidos traqueales, vesiculares, broncovesiculares) normales.\_\_\_\_\_ anormales\_\_\_\_\_ (sibilancias, estertores, estridor, roncus, otros)\_\_\_\_\_ Tos: Sí\_\_\_ No\_\_\_ especificar características \_\_\_\_\_ características de esputo\_\_\_\_\_
  - Presencia de apoyo ventilatorio: No\_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_ (especificar tipo y parámetros)\_\_\_\_\_ oxígeno suplementario (Especificar tipo y dosis)\_\_\_\_\_ SO<sub>2</sub>\_\_\_\_\_ % presencia de traqueostomía Si\_\_\_ No\_\_\_ signos de insuficiencia respiratoria: disociación toracoabdominal\_\_\_ aleteo nasal\_\_\_ disnea\_\_\_ cianosis\_\_\_ tiros intercostales\_\_\_ retracción xifoidea\_\_\_
  - Medición signos vitales: Método invasivo\_\_\_ no invasivo\_\_\_ Frecuencia cardíaca\_\_\_\_\_, pulso(describir características)\_\_\_\_\_ Tensión arterial \_\_\_\_\_ mm/hg PVC\_\_\_\_\_
  - Ruidos cardíacos. Calidad: Claros y bien diferenciados\_\_\_ Apagados y difusos \_\_\_ Soplos \_\_\_\_\_ Frecuencia: Igual al periférico Sí \_\_\_ No \_\_\_ Ritmo: Regular y uniforme Sí \_\_\_ No \_\_\_
  - Estado vascular periférico: pulsos: (describir ritmo, frecuencia comparada con su homólogo) \_\_\_\_\_ varicosidades Sí\_\_\_ No\_\_\_ (especificar región, extensión, coloración y temperatura local) \_\_\_\_\_ Llenado capilar \_\_\_\_\_ (<3").
  - Catéter vascular\_\_\_ (tipo, sitio, características, fecha de instalación y última curación) \_\_\_\_\_
  - Musculo esquelético: Capacidad de movilización: completa \_\_\_ incompleta\_\_\_ nula\_\_\_(describir de acuerdo a arcos de movimientos en articulaciones) \_\_\_\_\_
  - Marcha: estable\_\_\_ Inestable \_\_\_ especificar \_\_\_\_\_ (utilizar prueba de Romberg sí es necesario). Se apoya con aditamentos: Si\_\_\_ No\_\_\_(especificar muletas, andadera, bastón, pasamanos) \_\_\_\_\_
  - Fuerza en manos: simétrica\_\_\_ asimétrica \_\_\_(describir en una escala de 0 al 5 donde el cero indica sin contracción muscular y el cinco arco de movimiento completo contra gravedad y resistencia fuerte),especificar \_\_\_\_\_ Fuerza en piernas: simétrica\_\_\_ asimétrica\_\_\_(describir en una escala de 0 al 5 donde el cero indica sin contracción muscular y el cinco arco de movimiento completo contra gravedad y resistencia fuerte),especificar \_\_\_\_\_
  - Reflejos osteotendinosos: Bicipital Presente\_\_\_ Ausente\_\_\_ Rotuliano Presente \_\_\_\_\_ Ausente\_\_\_ Aquiliano Presente \_\_\_\_\_ Ausente \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ describir en cada uno, respuesta al estímulo con percusión (martillo de reflejos)
  - Ausencia de Miembro\_\_\_ total\_\_\_ parcial\_\_\_ (especificar región y tipo)\_\_\_\_\_ Parálisis: \_\_\_\_\_ especificar (lugar y magnitud)\_\_\_\_\_ riesgo de lesiones en sitios de presión (describir, tipo y magnitud valorando desde occipucio hasta talón de Aquiles, usar escala de Braden o Norton) \_\_\_\_\_
  - Riesgo de caídas \_\_\_\_\_

##### 5. Patrón de Sexualidad-Reproducción

- Integridad de genitales externos Sí\_\_\_ No\_\_\_ (especificar; lesiones episiografía, circuncisión, fimosis, flujos, sangrados, olor, características morfológicas)\_\_\_\_\_
- Reflejo cremasteriano Si\_\_\_ No\_\_\_ No aplica\_\_\_\_\_
- Mamas: Forma\_\_\_\_\_ simetría\_\_\_\_\_ tipo\_\_\_\_\_ características de la piel\_\_\_\_\_ tumoraciones: No\_\_\_ Si\_\_\_ describir sitio y características\_\_\_\_\_ galactorrea\_\_\_ Cadena ganglionar palpable: Sí\_\_\_ No\_\_\_ Dolor: Sí\_\_\_ No\_\_\_ Nivel\_\_\_ (usar escala convenida y codificar del 0-10).

**III. DATOS OBJETIVOS DE FUENTES SECUNDARIAS: RESULTADO DE EXÁMENES DE LABORATORIO (INCLUIR LOS NECESARIOS).**

**1. Patrón Nutricional Metabólico.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Examen	Valores de referencia	Cifras del Usuario
Biometría hemática		
Glicemia		
Perfil hepático (T.G.O., T.G. P.) Fosfatasa alcalina, bilirrubinas)		
Proteínas totales		
Tipo y RH		
Otros		

**2. Patrón de Eliminación.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Intestinal	Valores de referencia	Cifras del Usuario
Coproparasitoscópico		
Coprocultivo		
Frotis de amiba en fresco		
Cuerpos reductores en Heces		
Urinaria	Valores de referencia	Cifras del Usuario
Examen general de orina		
Urocultivo		
Urea, creatinina en sangre		
Perfil renal (depuración de urea y creatinina, cuenta minutada)		
pH urinario		
	Valores de referencia	Cifras del Usuario
Electrolitos		

**3. Patrón de Actividad-Ejercicio.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Examen	Valores de referencia	Cifras del Usuario
Gases arteriales		
Pruebas de coagulación sanguínea (T.P., T.P.T., tiempo de sangrado)		
Plaquetas		
Frotis de sangre periférica		
Antiestreptosilinas, proteína C reactiva		
Enzimas cardíacas		

**Otros (clasificarlos en el patrón correspondiente).**

Resultados de estudios patológicos, y/o de imagenología, biopsias, exudados, Rx, TAC, ultrasonidos, etc.); se anotarán las interpretaciones que haya descrito el profesionista que lo realizó y/o quién firme el documento consultado y se enlistarán de acuerdo al área patrón.

#### IV. DOCUMENTACIÓN

**1. Datos de identificación y antecedentes personales (especificar patológicos y heredofamiliares):**

Nombre (siglas) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ DX médico \_\_\_\_\_ Motivo de solicitud de hospitalización y/o atención \_\_\_\_\_ fecha de valoración \_\_\_\_\_  
 Describir \_\_\_\_\_ antecedentes \_\_\_\_\_ patológicos \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ heredofamiliares relevantes \_\_\_\_\_

**2. Resumen del inicio y evolución del padecimiento actual (tratamientos farmacológicos y/o quirúrgicos recibidos)** \_\_\_\_\_

**3. Patrones de salud** (análisis, síntesis y conclusión del estado de los patrones de salud (funcional, disfuncional, en riesgo de disfunción) con las evidencias que expresen el estado actual)

1. Patrón de Mantenimiento y Percepción de la Salud
2. Patrón nutricional metabólico
3. Patrón de eliminación
4. Patrón de Actividad y Ejercicio
5. Patrón de sueño – descanso
6. Patrón cognitivo – perceptivo
7. Patrón Autopercepción y Concepto de sí Mismo
8. Patrón de rol-relaciones
9. Patrón de sexualidad-reproducción
10. Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés
11. Patrón de valores y creencias

**4. Fortalezas Identificadas**

#### BIBLIOGRAFIA

- Berman, A. & Snyder, S. (2013). Fundamentos de enfermería, Conceptos, procesos y práctica de Kozier y Erb (9ª ed.). (Trad. GEA Consultoría Editorial, S.L.)Madrid, España: Pearson Education. (Original en inglés, 2012).
- Dillon, P. (2008). Valoración Clínica en enfermería. (2ª ed.), México, D. F Mc Graw Hill
- Esneda M. & Lerma J. (1990). Atención primaria de salud. Valoración del estado de salud, Washington, D. C., OPS.
- Gordon, M. (1996). Diagnostico enfermero proceso y aplicación. Ed. MOSBY/DOYMA LIBROS, S.A.

**ACTUALIZADO EN NOVIEMBRE DEL 2010 POR:**

P.M.C.SOC. Cortez Rivera Olimpia OFELIA  
 M.C. Ontiveros Pérez Martina  
 M.C. Padilla Languré Marcela  
 M.C. Peralta Peña Sandra Lidia  
 M.C. Vargas María Rubí  
 L.E.O. Velázquez Leyva Eustolia