



UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



**GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN LOS
PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M. GORDON
PARA USUARIO PEDIÁTRICO**

REVISIÓN EN 2007 Y 2010.

RESPONSABLE DE ACTUALIZACIÓN:

MCE. María Alejandra Favela Ocaño

COLABORADORES:

Lic. Enf. Miriam Rocío Lima Peralta

Lic. Enf. Rosario Solís Medina

M.G.S. Juan Alberto López

MCE. Mónica Gabriela García Valdez

MCE. Mirna Carola Montoya Barnez

MC. Iliana Catalina Obregón Calzada

AVALADO POR LA ACADEMIA DE ENFERMERÍA CLÍNICA 2010, 2015.

SEPTIEMBRE 2015

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M. GORDON PARA USUARIO PEDIÁTRICO

INSTRUCCIONES:

1. Este instrumento contiene preguntas necesarias para integrar la valoración al usuario lactante, preescolar, escolar y adolescente.
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. **Las preguntas deben dirigirse al usuario cuando su estado de salud y edad lo permitan**, simultáneamente validar la información con los padres y otros profesionales de la salud.
4. En esta guía aparece la frase: no procede deberá elegir esta opción cuando por las condiciones o la edad del usuario, la característica de que se trate NO SEA VALORABLE.
5. 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
6. En cada patrón usar las escalas de valoración para validar la información obtenida.
7. Considerar los aspectos bioéticos en la valoración que incluyen: confidencialidad y consentimiento informado.

I. HISTORIA DE ENFERMERÍA

Fecha: _____ Hora _____

Caso legal: si _____ no _____

Iniciales del niño _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Tutor _____ Fecha de ingreso _____ Días de hospitalización _____

Servicio _____ No. de cama _____ Diagnóstico medico _____

Persona por contactar (nombre) _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Reside en (ciudad) _____ Domicilio (señalar geográficamente el punto) _____ Vive

Solo _____ Con familia _____ Especificar _____ 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 médicos y quirúrgicos y tratamientos recibidos (desde su nacimiento y/o infancia) _____

Antecedentes Personales no Patológicos como inmunizaciones (en menores de 24 meses, especificar número de dosis, en los mayores, consignar si tiene el esquema completo o incompleto y las vacunas faltantes), acontecimientos de importancia en el nacimiento y/o crecimiento y desarrollo -

Antecedentes heredo familiares de los padres, hermanos y familiares consanguíneos, sobre todo enfermedades padecidas, causas de defunción y relacionadas con el motivo de su hospitalización o solicitud de atención de enfermería. _____

PATRONES DE SALUD

1. PATRÓN DE MANTENIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD

- ¿Cómo ha sido la salud de su hijo? Sano _____ regular _____ enfermizo _____ especifique _____
- ¿Cómo es la salud de su hijo en este momento? Bien _____ regular _____ mal _____ especifique _____
- ¿Qué hace para que su hijo se mantenga bien?: Nutrición _____ ejercicio _____ juego _____ consulta médica de control _____ vacunación _____ algún medicamento habitual _____ Especificar _____
- Hábitos de cuidado buco dental: cepillado tres veces al día dos o menos _____ nunca _____ no procede _____ revisión dental: Sí _____ periodicidad _____ No _____ no procede _____
- 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 _____ antes y después de comer _____ antes y después del uso del sanitario _____ No procede _____
- Presencia de alergias (a medicamentos, alimentos, ropa, etc.): No _____ Sí _____ especifique tipo de reacción _____
- Asistencia a revisión médica (aunque no esté enfermo): No _____ Sí _____ periodicidad de la consulta _____
- Práctica de ejercicio: Sí _____ especifique tipo y frecuencia _____ No _____
- Oportunidades para el juego: No _____ Sí _____ especifique _____
- Motivo de ingreso al hospital: _____ ¿A qué le atribuye usted la enfermedad? _____ ¿Cuándo empezó la enfermedad? _____
- ¿Qué tratamiento recibió antes de traerlo al hospital? _____ ¿Cómo entiende el propósito del tratamiento actual? _____ ¿Cómo piensa que está funcionando el tratamiento?: Bien _____ Regular _____ Mal _____ ¿Ha sido hospitalizado antes?: No _____ Sí _____ Motivos _____ ¿Cómo fue la hospitalización para usted y su hijo? _____ Prevé algún problema para cuidar a su hijo cuando vaya a casa No _____ Sí _____ Cuáles _____
- Tanto para niños sanos como enfermos: procede **en todos los usuarios que tengan menos de 24 meses y siempre que sea necesario debido a problemas relacionados** (dificultades en el desarrollo, complicaciones por prematurez, secuelas de parálisis cerebral infantil u otro daño neurológico que se presuma sea secuela de problemas al nacimiento, etc.):
 - Control prenatal: No _____ Sí _____ especifique _____
 - Medicación durante el embarazo: No _____ Sí _____ especifique _____
 - Administración de toxoide tetánico durante el embarazo: No _____ Sí _____ especifique _____
 - Complicaciones durante el embarazo: No _____ Sí _____ especifique _____
 - Consumo de drogas: No _____ Sí _____ especifique _____ Consumo de tabaco: No _____ Sí _____ Especifique _____ Consumo de alcohol: No _____ Sí _____ especifique _____
 - Tiempo de gestación: _____ semanas.
 - Tipo de parto: Eutócico _____ Cesárea _____ Motivo de esta última _____
 - Peso al nacer _____ Kg. Talla al nacer _____ cm.
 - Hubo alguna complicación con el niño durante su primer mes de vida: No _____ Sí _____ Especifique _____
- En el caso de los niños escolares y adolescentes:
 - Ha consumido tabaco alguna vez en su vida: No _____ Sí _____ Fuma actualmente: _____ 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 _____ Sí _____ Consume alcohol actualmente: Si _____ No _____ Tiempo de consumo: _____ tipo de bebida _____ cantidad: al día _____ a la semana _____ al mes _____ Lo dejo _____

- (fecha) _____
- Ha utilizado drogas alguna vez en la vida: No ____ Sí ____ actualmente ____ Tiempo de consumo: ____ Tipo ____ cantidad: al día ____ a la semana ____ al mes ____ Lo dejo (fecha) _____
 - Condiciones de la vivienda.
 - Material de construcción: concreto ____ lámina ____ otros (especifique) _____ N° habitaciones ____ Uso _____
 - Ventilación: Natural ____ Artificial ____ Especificar _____
 - Iluminación: Natural ____ Artificial ____ Especificar _____
 - Mobiliario acorde a las necesidades básicas: Si ____ No ____ especifique _____
 - Disposición de excretas: Sanitario a drenaje ____ Fosa séptica ____ Letrina ____ Pozo negro ____ Otros ____ Especificar _____
 - Ubicación del sanitario: afuera de la vivienda ____ Dentro de la vivienda ____, distancia de la toma de agua o de la vivienda ____ mts.
 - Aseo diario de la vivienda: Si ____ No ____ especificar frecuencia _____
 - Presencia de vectores: (moscas, cucarachas, roedores, etc.) No ____ Si ____ especificar _____
 - Medidas de control de vectores: No ____ Si ____ especificar método y frecuencia _____
 - Convivencia con animales domésticos dentro del hogar: No ____ Si ____ especificar _____

2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

- Dieta y/o complementos específicos: _____ número de comidas al día _____
- Menú día típico: (especificar tipo y cantidad)

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

- ¿Cómo es el apetito del niño?: Bueno ____ Regular ____ Malo ____
- Seleccionar de las siguientes opciones, el tipo de alimentación actual del usuario dependiendo de su edad y estado de salud.
 - Alimentación al seno materno: frecuencia c/ ____ hrs tiempo en cada toma ____ min. Fuerza de la succión: igual ____ disminuida ____ Problemas (disnea, regurgitación, dificultades para la deglución, etc.): No ____ Si ____ especificar _____ Planes para continuar con el seno materno ____ o para destetarlo ____ no procede _____
 - Método de alimentación: Vasito ____ Jeringa ____ biberón ____ sonda: orogástrica ____ nasogástrica ____ nasoyeyunal ____ cantidad _____
 - Tipo de leche ____ dilución ____ número de tomas en 24 horas ____ cantidad en cada toma ____ problemas percibidos: No ____ Si ____ especificar _____
 - Alimentos sólidos: Edad de inicio ____ meses. Papillas: Tipo (verdura, frutas, carnes) ____ Frecuencia en 24 horas ____ cantidad aproximada en cada toma ____ Edad del niño al inicio de la ablactación ____ meses. El niño emplea para comer su papilla: biberón ____ vaso ____ cuchara ____ Problemas percibidos: No ____ Si ____ especificar _____

- Restricción alimentaria: No ___ Si ___ especificar _____
- Alimentos que le disgustan _____ Variaciones en el peso (últimos seis meses):
Ninguna: ___ Aumento ___ Kg. Disminución ___ Kg. ¿A que le atribuye la variación del peso? _____
- Problemas de la piel y/o cicatrización: Ninguna ___ Anormal__ especificar _____ cuero
cabelludo y cabello: _____ Uñas cambios : no ___ si ___ especificar _____
- Referencia de dolor abdominal: no ___ si ___ especificar _____

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN.

- Utiliza sanitario ___ bacinica__ pañal (Describe la rutina del cambio de pañal) _____
ostomías: No ___ Si ___ tipo _____ Motivo _____
- Hábitos de evacuación Intestinal. Frecuencia al día _____ Fecha de última defecación _____
Describe características: Color _____ Cantidad _____ Consistencia _____
Presencia de: Estreñimiento _____ diarrea _____ Espasmos _____ Sangrado _____ Uso
de laxantes y/o supositorios: No ___ Si ___ Frecuencia _____
- Hábitos de evacuación urinaria. Frecuencia aproximada al día _____ Describe
características _____ catéter urinario: No ___ Si ___ Fecha de instalación _____
Problemas en la micción: No ___ Si ___ Especificar: _____ (enuresis, disuria,
escozor, goteo, retención urinaria)
- Piel Sudoración: igual aumentada ___ disminuida _____

4. PATRÓN DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

- Actividades típicas de la vida diaria del niño: (Horas que pasa en la cuna, paseos, juegos)

- Tipo de juguetes utilizados _____ Nivel general de actividad del niño: muy activo ___
regular ___ sedentario ___
- Percepción de la fuerza del niño: fuerte ___ débil ___ no es aplicable _____
- Que actividades recreativas tiene su hijo _____
- Práctica de deportes y/o ejercicios: No ___ Si ___ especificar _____ frecuencia _____
- Capacidades motoras gruesas. Edad (meses) a la que el niño empezó a levantar la cabeza _____
rodar sobre sí mismo _____ Sentarse solo _____ Gatear _____ a caminar solo ___ a pasear en
triciclo _____ Alguna preocupación sobre las capacidades del niño en estas áreas: No ___ Si ___
especificar _____ No es aplicable _____
- Capacidades motoras finas. Alcanza las cosas: Si ___ No ___ Las toma: Si ___ No ___ Cambia los
objetos de una mano a otra Si ___ No ___ Utiliza los dedos para coger las cosas: Si ___ No ___ Utiliza
la cuchara Si ___ No ___ Come solo las galletas Si ___ No _____
- Alguna preocupación sobre la capacidad del niño para utilizar las manos No ___ Si ___
especificar _____ No es aplicable _____
- Capacidades o actividades de autocuidado. Su hijo come solo No ___ Si ___ describa la ayuda
que necesita _____ necesita ayuda para ir al baño: No ___ Sí ___ describa el tipo de
ayuda _____ necesita ayuda para vestirse: No ___ Sí ___ describa la ayuda que
necesita _____ necesita ayuda para bañarse y lavarse los dientes:
No ___ Sí ___ describa el tipo de ayuda _____ No es aplicable _____
- Nota cambios en la función cardiaca de su hijo al realizar sus actividades cotidianas: No ___ Sí ___
especificar (palpitaciones, necesidad de detener la acción que realiza):

- Ha notado cambios en la función respiratoria: No ___ Sí ___ especificar (fatiga, disnea al caminar,
al comer, al cambiar de posición, al jugar, al subir escalera, al estar acostado, y a qué
distancia) _____
- Ha notado cambios en el estado vascular periférico: No ___ Sí ___ especifique (distensión venosa
yugular, equimosis, hematomas, varicosidades, red venosa alterada, parestesias,
etc.) _____

- He referido cambios neuromusculares: No ___ Sí ___ No procede ___ especifique (calambres, disminución de la sensibilidad, dolor, limitación del movimiento, antecedentes de fracturas, etc.)._____

5. PATRÓN DE SUEÑO Y DESCANSO.

- Hábitos: Horas de sueño nocturno ___ Horario de sueño _____ Siesta: No ___ Si ___ tiempo _____ Rutina de sueño _____ Apoyo para dormir: No ___ Si ___ especificar (cuentos, bebidas, etc.) _____ Objetos que le dan seguridad: No ___ Si ___ especifique _____
- Calidad del sueño: dificultar para conciliar el sueño: No ___ Sí ___ especifique _____ sueño interrumpido No ___ Si ___ especifique _____ Se siente descansado al iniciar el día si ___ no ___ especifique _____
- 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 ___ Sí ___ ¿a qué se lo atribuye? _____ auxiliares auditivos _____ (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 ___ Si ___ especificar _____
- Algún cambio en su concentración: No ___ Si ___ especificar _____
- Algún cambio en la orientación: No ___ Si ___ especificar _____
- Patrón de lenguaje: vocalizaciones ___ emplea palabras ___ emplea frases ___ no procede ___ Lenguaje hablado: cambios en el tono de la voz No ___ Si ___ especificar _____, cambios en la fluidez en el discurso: No ___ Si ___ especificar _____
- Cambios en la sensibilidad (al tacto, frío, calor y/o dolor) No ___ Si ___ especificar _____
- Manera de aprender (especificar leyendo, escuchando, con dibujos, etc.) _____
- Alteraciones neurológicas: No ___ Si ___ especificar _____
- Asistencia al Colegio: No ___ Si ___ nivel y grado _____ como es el aprovechamiento: Bueno ___ Regular ___ Malo _____ No procede _____ Motivo de deserción escolar _____
- Problemas percibidos por los padres, maestros o el niño en relación al aprovechamiento escolar _____

7. PATRÓN DE AUTO PERCEPCIÓN Y CONCEPTO DE SÍ MISMO

- Forma de ser del niño: Tranquilo ___ Irritable _____ Competitivo _____ Optimista _____ Tímido _____ Apático _____ Inquieto _____ Hiperactivo _____
- Amigos: Ninguno ___ Pocos _____ Muchos _____.
- ¿Te sientes aceptado por tus compañeros? No ___ Sí _____
- ¿Normalmente cómo te sientes? Bien ___ Regular ___ Mal _____ ¿Te cuesta sentirte bien? No ___ Sí ___ especifique _____
- ¿En ocasiones te sientes solo? No ___ Sí ___ especifique _____
- ¿Sientes miedos? No ___ Si _____ Frecuencia _____ especifique _____
- Has experimentado períodos de: desmotivación _____ apatía _____ depresión _____ adinamia _____

especifique: _____

- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión: Sí ___ No ___ No procede _____ (especifique) _____
- Qué le ayudaría a sentirse mejor en éste momento (especifique) _____
- No procede la valoración de este patrón _____

8. PATRÓN DE ROL-RELACIONES

- Comunicación. Desarrollo del Lenguaje: Edad a la que el niño empezó a arrullar ___ a balbucear ___ a decir palabras _____ a decir frases _____ a utilizar pronombres ___ ¿Utiliza el niño el lenguaje adecuado para su edad? Sí ___ No ___ especificar _____
- Idioma/dialecto que se habla en casa _____
- Relaciones. Descripción de la vida familiar (describir de mayor a menor, incluyendo al usuario) :

Iniciales	Edad	Rol	Ocupación	Observaciones

- Problemas familiares estresantes: No ___ Si ___ Especificar _____
- Interacción entre los miembros de la familia: Buena ___ Regular ___ Mala ___
- ¿Con quién interacciona más su hijo? _____
- ¿Cómo es la comunicación entre la familia? _____
- ¿Han acudido a alguna terapia familiar? No ___ Si ___ Especificar _____
- ¿Quién toma las decisiones importantes en la familia? _____
- Presenta problemas de disciplina: No ___ Si ___ Especificar _____
- Trabaja el padre de familia actualmente No ___ Sí ___ Especificar _____ nivel educativo ___ trabaja la madre actualmente No ___ Sí ___ Especificar _____ nivel educativo ___ ingreso familiar aproximado: _____
- ¿Quién es el proveedor principal de la familia? _____
- Problemas (económicos, violencia familiar, maltrato infantil, matrimoniales): No ___ Sí ___ Especificar _____
- Relaciones con los compañeros:
 - Juega el niño con otros niños: No Sí _____. No procede _____
 - Calidad del juego del niño: Solitario ___ Interactivo _____ Cooperativo _____ agresivo _____. No procede _____.
 - Tiene el niño un "mejor amigo" del mismo sexo: No Sí _____. Pertenece a una "Pandilla o grupo" No ___ Si _____ No procede _____
 - El niño prefiere compañeros de juego: De la misma edad ___ mayores ___ más jóvenes ___ No procede _____.
 - Tiene compañeros de juego "imaginarios": No Sí _____. No procede _____.
 - Tiene Usted alguna preocupación sobre las relaciones de su hijo con los demás: No ___ Si ___ Especificar _____.
- Pertenece algún grupo, asociación, club, etc. No ___ Sí ___ Especificar _____ No procede _____

9. PATRÓN DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

- Manifiesta el niño sentimientos de masculinidad _____ feminidad _____ ¿Le gusta el sexo que es? (hombre o mujer): Si ___ No ___ Especificar _____
- Cuestiona el niño sobre sexualidad: No ___ Sí ___ Cómo trata usted la curiosidad y conducta del niño _____
- Juega con compañeros del mismo sexo?: Sí ___ No ___

- ¿A quién le gustaría parecerse, a papá o a mamá?: _____.
- No procede la valoración de este patrón _____
- En el adolescente:
 - A qué edad aparecieron los primeros cambios puberales? _____ Cuáles fueron? _____
 - Tiene pareja sexual actualmente: No _____ Sí _____ especifique _____ IVSA _____
 - Expresa algún cambio en las respuestas sexuales: No _____ Sí _____ especifique _____
 - Ciclo menstrual: regular _____ irregular _____ Duración y periodicidad _____
menarquia _____ Gestas _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____
 - Satisfecho con el número de hijos procreados: Sí _____ No _____ No aplica (especificar) _____
 - Prácticas de autoexamen mamario mensual: Sí _____ No _____ Motivo: _____
 - Examen Testicular mensual: Sí _____ No _____ Motivo: _____
 - Presencia de flujos: No _____ Sí _____ características (color, olor, cantidad, etc.) _____
 - 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 Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Que produce estrés en el niño _____ frecuencia _____
- Nivel de tolerancia del niño al estrés: Positivo _____ Negativo _____
- El niño es capaz, de tomar algunas decisiones: No _____ Si _____ ¿lo hace solo? _____ ¿con apoyo de quién? _____
- ¿Ha habido alguna pérdida o cambio en la vida del niño durante el último año? (cambio de escuela, de domicilio, muerte de una persona allegada, de una mascota, pérdida del trabajo de alguno de los padres, etc.) _____
- ¿Usualmente su hijo hace berrinches?: No _____ Sí _____ Motivos _____
- Presenta períodos de irritabilidad: No _____ Sí _____ Motivos _____ frecuencia _____
- No procede la valoración de este patrón _____

11. PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS

- Afiliación o preferencia religiosa _____.
- Hay alguna persona o práctica religiosa que desearía durante la hospitalización _____
- Existen restricciones por parte de su religión para seguir indicaciones médicas y/o de enfermería:
- Sí _____ No _____ cuáles _____
- El niño distingue lo que se considera bueno y malo: si _____ no _____ especificar _____
- Valores morales más importantes en su entorno (describa lo que considera más valioso en su vida) _____ No procede _____

II. EXAMEN FÍSICO (VALORACIÓN OBJETIVA)

ASPECTO GENERAL

- Edad aparente igual _____ mayor _____ menor _____ a la cronológica () meses/años, complexión física: robusta _____ media _____ delgada _____ aliñado: Si _____ No _____ facies: dolor _____ angustia _____ mongoloide _____ aprensión _____ relajada _____ (otra, describa) _____ tes: morena _____ morena clara _____ clara _____, orientado en tiempo, lugar, persona : Si _____ No _____ No procede _____ actitud hacia la enfermedad, especifique _____ No procede _____
- Estado de ánimo: decaído _____ irritable _____ euforia _____ indiferente _____ (describa) _____
- Llanto: Vigoroso _____ Débil _____
- Estado de conciencia: alerta _____ obnubilación _____ somnolencia _____ inconsciencia _____ Responde a preguntas (colaborador) Sí _____ No _____
- Postura adoptada: Libre _____ erguida _____ semi erguida _____ movimiento repetitivos _____ de protección _____ Otros (especifique) _____

1. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

- Tipo de dieta actual durante la estancia hospitalaria _____ ayuno: No __ Si __ No. de días _____ motivo _____
- Lactante. Tipo de alimentación _____ Vía _____ Cantidad _____
- Temperatura corporal _____ °C Peso _____ kg. talla _____ cm. Percentil _____
- Piel y anexos: Color: Ictericia __ Palidez __ Cianosis __ Rubicundez __
 - Pigmentación: Hipopigmentación __ Hiperpigmentación __ Otras (especificar) _____
 - Lesiones: No __ Si __ Especificar _____
 - Textura: áspera _____ lisa _____ gruesa _____ delgada descamada _____
 - Turgencia _____ elasticidad _____ sensibilidad _____
 - Presencia de heridas Qx. No __ Sí __ (describir características) _____ presencia de drenes No __ Sí __ (especificar tipo y condiciones de la piel circundante) _____ sondas No __ Sí __ (especificar tipo y condiciones de la piel circundante) _____ otro tipo de lesiones: No __ Sí __ (describir características) _____
 - Edema (áreas): Si __ No __ Godette: NO __ Sí (señalar sitio y profundidad) _____

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

- Uñas: Gruesas y resistentes _____ Quebradizas _____
- Cabeza: Forma _____, tamaño (PC: procede hasta los 36 meses) _____ Simetría Si __ No __ cuero cabelludo/cabello: Color _____ hidratación Si __ No __ prurito Si __ No __ cicatrices Si __ no __ zonas dolorosas no __ Sí __ Caspa _____ Pediculosis _____ Distribución _____ Textura _____ Implantación _____
- Cara: Piel (describir características) _____ simetría Si __ No __ (especificar) _____ lesiones No __ Sí __ (especificar) _____
- Boca. Mucosa bucofaríngea: íntegra _____ Color _____ Lesiones _____ Hidratada _____ Obstrucción _____ Presencia de cánulas, mascarillas _____ Especificar _____ Faringe: Color _____ Exudado _____ Amígdalas _____ Labios: Integridad _____ Lesiones (especifique) _____ Paladar: describa características _____ Piezas dentarias: No procede _____ Número de piezas (especificar) _____ Dentición primaria _____ Dentición secundaria _____ Dientes supernumerarios _____ Caries. _____ Sarro _____ Fluorosis _____ Halitosis Aparato de ortodoncia (Especificar) _____
- Cuello. Estado de la piel _____ hallazgos a la palpación _____ movimientos _____
- Abdomen. Forma: Globoso __ Plano __ Simetría __ Asimetría __ Masas _____ Dolor __ Distensión Perímetro Abdominal _____ cm. Ruidos peristálticos _____ Cicatrices _____ Hallazgos a la percusión (especificar) _____ Hallazgos a la palpación (especificar) _____
- Otros hallazgos, especificar _____
- Ingreso de líquidos en 24 hrs. (especificar cantidad y vía) _____

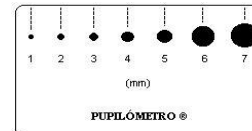
2. PATRÓN DE ELIMINACIÓN

- Defecaciones. Frecuencia en 24 horas _____ Control de esfínter: Si __ No __ derivaciones intestinales No __ Sí __ (especificar) _____ Características (especificar dura, semilíquidas, líquidas, con sangre, parásitos, etc., utilizar escala de Bristol) _____ Derivaciones intestinales: (especificar características) _____ Región perianal: íntegra _____ Con lesiones (describir) _____
- Orina: Frecuencia en 24 horas _____ control de esfínter: Si __ No _____ Características (describir cantidad, sangre, color, turbiedad, fuerza y continuidad en la emisión) _____ Densidad urinaria _____ Cantidad por hora _____ Región perineal: íntegra _____ con lesiones (describir) _____ Dolor a la micción. No __ Sí __ Ardor No __ Sí __ Derivaciones vesicales: _____

- (especificar) _____
- Presencia de sondas u otros dispositivos (Especificar) _____
- 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___ Apertura espontánea _____ Edema palpebral _____ Presencia de lágrimas _____ Ojos limpios _____ secreciones (especificar) _____ 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) Usa lentes Sí___ No___ . Prótesis _____ Agudeza visual dependiendo de la edad: (mencione cifras) ojo derecho _____ ojo izquierdo _____ ambos ojos _____ no procede _____
- 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 dependiendo de la edad: Sí___ No___ técnica: susurro ___ tic, tac ___ roce de dedos ___ (especificar distancia) _____ No procede _____ prueba de rinne weber (uso diapason) describir resultados, _____ No procede _____ Dispositivo auditivo: No _____ Si (Especificar) _____
- Nariz. Describir tipo, tamaño, volumen(proporción) _____ rinoscopia: (especifica color, hidratación integridad de mucosa nasal) _____ alineación de tabique nasal Sí___ No___ senos paranasales (técnica de transluminación), _____ presencia de secreciones _____ dolor _____ Par craneal I: Olfato intacto dependiendo de la edad a la prueba del olor y reflejo de estornudo (jabón, café, tabaco y pluma de algodón) Sí___ No___ alteración (especificar) _____ No procede _____
- Par craneal IX y X: gusto dependiendo de la edad: percepción de sabores básicos: ácido, agrio, salado, dulce (describir resultados) _____ No procede _____
- Tacto: sin alteración a la prueba de sensibilidad Si___ No___ (especificar) _____ No procede _____
- Fonación uso del lenguaje. Dependiendo de la edad. (capacidad, cantidad) _____
- Habilidad del niño para decir: su nombre _____ la hora _____ dirección _____ teléfono _____
- Habilidad del niño para identificar necesidades (hambre, sed, dolor, malestar) No _____ Si _____ especificar como _____ No procede _____
- Valoración del Crecimiento y Desarrollo: Marcar con una X en la columna de la derecha el estadio de desarrollo en el que se encuentre el usuario que estás valorando:



Etapas en la Teoría Cognoscitiva de Piaget

Edad en años cumplidos	Etapas de desarrollo	Marcar con una X	Actividades con las que cumple con esta etapa
0 - 2	Sensoriomotora		
2 - 6	Preoperacional		
6 - 12	Operaciones concretas		
12 y más	Operaciones formales		

Etapas en la Teoría Psicossocial

Edad en años cumplidos	Etapas de desarrollo	Marcar con una X	Actividades con las que cumple con esta etapa
0 - 1	Confianza vs Desconfianza		
2 - 3	Autonomía vs Vergüenza		
4 - 5	Iniciativa vs Culpa		
6 - 12	Diligencia vs Confusión		
13 - 18	Identidad vs Confusión		

- El siguiente cuadro permitirá valorar las tareas del desarrollo específicas para cada edad en niños menores de 5 años y en cada área de desarrollo (para escolares y adolescentes consulte la norma correspondiente). Sigue las instrucciones para llenarlo:
 1. Elige el renglón que corresponde a la edad del niño que vas a valorar
 2. En cada una de las áreas (social, lenguaje, coordinación y motora), encontrarás las tareas de desarrollo que el niño debe haber alcanzado dependiendo de su edad, coloca una X en aquellas que están presentes.
 3. En caso de que el usuario aún no cumpla con las tareas correspondientes a su edad, valora las de la edad anterior.
 4. Por último emite tu diagnóstico de enfermería y anexa la evidencia

ÁREA EDAD	SOCIAL	LENGUAJE	COORDINACIÓN	MOTORA
0-3 meses	Reconoce a su madre	Balbucea en respuestas y espontáneamente	Sigue los objetos con los ojos	Aprende a levantar la cabeza
	Reconoce a su padre si convive mucho con él			Hace presión con la mano
3-6 meses	Da gritos de alegría para Responder a juegos	Se ríe a carcajadas	Se lleva objetos a la boca	Sostiene la cabeza
	Trata de ampliar el campo de su visión	Busca con la mirada la fuente del sonido	Tiende la mano hacia los objetos que se le ofrecen	Puede permanecer sin apoyo
6-9 meses	Empieza a participar en juegos de relación	Vocaliza varias sílabas sin significación verbal	Coge objetos pequeños con el índice y el pulgar	Se sienta solo
	Reconoce a su familia, tiene miedo a extraños		Coge objetos con la mano y puede pasarlos a la otra	Se rueda para quedar boca abajo o boca arriba
9-12 meses	Se mueve con la música	Imita un ruido con la boca o con un golpe de un objeto contra otro	Ve, toca y se lleva todo a la boca	Se para solo apoyado en un mueble
	Entiende una prohibición o una orden			Camina con ayuda
12-18 meses	Manifiesta celos, cólera y llanto	Puede pronunciar entre 5 y 10	Apila 2 a 3 cubos	Camina solo

	Reacciones de rivalidad en el juego con hermanos	palabras	Llena un recipiente	Explora solo la casa
18-24 meses	Aprende a comer solo	Asocia 2 palabras	Garabatea espontáneamente	Sube y baja escaleras
	Comienza a comunicar el deseo de evacuar	Nombra 4 o 5 objetos	Introduce objetos dentro de otros	Se para en un pie por unos instantes
2-3 años	Comienza a vestirse solo	Emplea el "Yo"	Acomoda cubos en forma de puente	Aprende a saltar
	Controla esfínteres durante el día	Hace frases utilizando 2 palabras	Copia un círculo o una cruz	Brinca en un pie
3-4 años	Se viste y desviste solo	Dice su nombre, edad y sexo	Dibuja un monigote con cabeza y tronco	Camina de puntas
	Abrocha botones y cierre	Reconoce lo alto-bajo, atrás-adelante	Logra desenvolver un caramelo	
4-5 años	Reconoce el día de la semana	Cuenta con los dedos	Copia un cuadrado y un triángulo	Salta y se balancea
	Protesta cuando algo le disgusta	Reconoce 4 colores	Dibuja un monigote con cabeza, miembros, etc	La marcha es como la de un adulto

- Valoración del dolor (utilizar escala acorde a la edad) _____ (Seleccionar el nivel de dolor según la facie del usuario). Localización _____ Características _____

Escala Wong-Baker



- Valoración neurológica (especifique) _____
- Escala de Glasgow ____ No procede: _____
- Escala de Ramsay _____ No procede _____

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) _____ SO₂ _____ % presencia de traqueostomía Si _____ No _____ signos de insuficiencia respiratoria: disociación toracoabdominal _____ aleteo nasal _____ disnea _____ cianosis _____ tirios intercostales _____ retracción xifoidea _____
- Medición signos vitales: Método invasivo _____ no invasivo _____ Frecuencia cardiaca _____, 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")
- Presencia de petequias: No _____ Si _____ Especificar _____ Hematomas: No _____ Si _____ Especificar _____
- Catéter vascular: No _____ Si _____ Especificar (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 si 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 SEXUALIDAD REPRODUCCIÓN

- Mamas: Forma _____ Simetría _____ Piel _____ Tumoraciones _____ Dolor _____ Galactorrea _____ Describir las características anatómicas observadas en el usuario según edad y sexo _____
- Hombre: Integridad de los genitales externos: Si _____ No _____ especificar: lesiones, circuncisión, fimosis, flujo, sangrado _____ localización del meato urinario _____ Prepucio retráctil _____ Si _____ No _____ Escroto coloración _____ Circuncisión: _____ Si _____ No _____. Hidrocele: Si _____ No _____ Testículos descendidos _____ Sí _____ No _____ Reflejo cremasteriano: Si _____ No _____ No corresponde _____ Describir el estadio de Tanner para el desarrollo genital y vello púbico: _____ No _____ procede _____

- Mujer: Labios mayores cubren a los menores Si ____ No ____ Hemorragia _____ y/o secreción vaginal blanquecina Si ____ No _____. Describir el estadio de Tanner para el desarrollo genital y vello púbico: _____ No procede_____

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		
Perfil renal (depuración de urea y creatinina, cuenta minutada)		
pH urinario		
Urea, creatinina y ácido úrico en sangre		
	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		

4. **RESULTADOS DE EXÁMENES.** Citológicos, patológicos y/o imagenología como L.C.R. biopsias, medula ósea, EKG, EEG, Rx, TAC, ultrasonidos, electromiografía, estudios fluoroscópicos y endoscópicos. Se anotarán las interpretaciones que haya descrito el profesionalista que lo realizó

IV. SECCIÓN. 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 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

BIBLIOGRAFÍA:

- Ball, J. & Bindler, R. (2010). Enfermería pediátrica. Asistencia infantil. (4ª ed.). Ed. Pearson Educación. Madrid, España.
- Carpenito, L. (1995). Diagnóstico de Enfermería. (5ª ed.). Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, España
- Gordon, M. (1996). Diagnóstico enfermero proceso y aplicación. (3ª ed.). Ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid, España
- Rendón, M. (1997). Guía de valoración de enfermería a usuario adulto basado en patrones funcionales de salud de Marjory Gordon
- Wilson, D. & Hockenberry M. (2009). Manual de enfermería pediátrica de Wong.(7ª ed.) Ed. McGraw-Hill Interamericana. México D.F.

ADAPTADO EN 2000 POR:
Sandra Lidia Peralta Peña
Remedios Olivas Peñuñuri
Martha Leticia Rendón Olguín

REVISIÓN EN AGOSTO DEL 2007 POR:
MCE. Sandra Lidia Peralta Peña

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