



CAPITULO

IV

ANEXOS

**ANEXO 1. GUÍA PARA LA VALARACIÓN DE ACUERDO A
PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY
GORDON**

I. SECCIÓN

DATOS BÁSICOS DE INGRESO

Nombre: (siglas) _____ Fecha: _____ Hora: _____ Persona para
contactar (nombre) _____ Teléfono _____ Domicilio _____

Llegó de : Hogar solo _____ Hogar con familia _____ Sin hogar _____

Otro (especifique) _____

Llegada: Por su propio pié: _____ Otras _____

Motivo de hospitalización y/o solicitud de atención _____

Personales patológicos y tratamientos recibidos (desde su infancia tanto médicos y/o
quirúrgicos indicados _____

Personales no patológicos como: (inmunizaciones, acontecimientos de importancia del
nacimiento y/o su crecimiento _____

Heredo familiares: de los padres, hermanos, tíos sobre todo enfermedades padecidas y/o
causas de defunción o relacionados con el motivo de su hospitalización o solicitud de atención
de enfermería _____

Instrucciones: Llenar espacios con una X los datos que se encuentren presentes en la
valoración (objetivos y subjetivos) y ampliar o describir en aquellas que requieren especificar.

1. Patrón de Mantenimiento y Percepción de la Salud

- a) Historia de su salud _____
- b) Como la percibe en este momento, Bien _____ Regular _____ Mal _____
- c) Hábitos de cuidado bucodental: 3 veces al día _____ 2 ó menos _____ nunca _____
- d) Hábitos de higiene general. Baño diario _____ Cada tercer día _____
Otros _____ (especifique)
- Cambios de ropa al bañarse _____ Cambio de ropa sin baño _____
 - Lavado de manos: Si _____ No _____ A veces _____
 - Antes y después de comer _____ Antes y después del uso del sanitario _____
- e) Consumo de tabaco: < de una cajetilla al día _____ > de una cajetilla al día _____
Nunca _____ Lo dejó (fecha) _____
Tiempo que fumó: _____
Otros (especifique) _____
- Bebidas con contenido alcohólico: Nunca _____ Tipo y cantidad: al día _____
A la semana _____ Al mes _____ lo dejó (fecha) _____
Tiempo que consumió _____
 - Otras sustancias: No _____ Si: _____ (especifique)
 - Presencia de alergias (a/medicamentos, alimentos, ropa. Etc.) No _____
Si _____ (especifique) Tipo de reacción _____
 - Asistencia a revisión médica (aunque no se sienta enfermo) Si _____
Periodicidad _____ No _____
Revisión dental Si _____ Periodicidad _____ No _____
 - Realización de ejercicio Si _____ (especifique) No _____
 - Tratamientos, remedios caseros o de otro tipo que llevas a cabo
No _____ Si _____ (especifique)
 - Conoce la causa de su hospitalización y el objetivo
Si _____ (especifique) No _____
 - Sigue el tratamiento y/o recomendaciones médicas o de enfermería
Si _____ No _____ Porque _____

f) Condiciones de la vivienda

- Material de construcción _____ número de habitaciones _____
Usos _____ Ventilación natural _____ Artificial _____
Especifique _____
- Iluminación Natural _____ Artificial _____
- Mobiliario, acorde a las necesidades básicas. Si _____ No _____ (especifique) _____
- Disposición de excretas en viviendas. Sanitario a drenaje _____ Fosa séptica _____
Letrina _____ Pozo Negro _____ Otros _____
- Ubicación del sanitario. Afuera de la vivienda. Si _____ No _____
Aseo diario de la vivienda. Si _____ No _____ (especifique) _____
- Limpieza de vectores (moscas, cucarachas, roedores, etc.) No _____ Si _____
(especifique) _____
- Medidas de control de vectores. Si _____ especifique _____ No _____
- Convivencia dentro de la vivienda con animales domésticos.
No _____ Si _____ (especifique).

2. *Patrón Nutricional Metabólico*

Dieta y/o complementos específicos. Número de comidas al día _____ menú día típico:

Desayuno _____ Comida _____ Cena _____

- Alimentos que desagradan: _____
- Ingestas de líquido al día _____ (especificar tipo y cantidad).
Apetito Normal _____ Aumentado _____ Disminuido _____ (especificar)
Presencia de náuseas _____ vómitos _____ otros _____
- Variaciones de peso (últimos 6 meses): Ninguno _____ Aumento _____ kg.
Disminuyó _____ kg.

- Dificultades para la deglución. Ninguna _____ A sólidos _____ A líquidos _____
(especifique) _____
- Problemas piel y/o cicatrización Ninguno _____ Anormal _____ (extremas
sequedad, exceso de transpiración, etc.) Especifique _____
- Estado de uñas _____
- Presencia de dolor abdominal _____ Agruras _____ Distensión _____
Sonda nasogástrica _____ Succión gástrica _____ Nutrición parenteral
enteral _____ gastrostomía _____ (especifique).

3. Patrón de Eliminación

- Hábitos de evacuación intestinal. Frecuencia al Día _____ Fecha de última defecación
_____ dentro de los límites normales _____ uso de laxantes y supositorios _____
Presencia de estreñimiento _____ Diarrea _____ Hemorroides _____
Sangrado _____ ostomías (especifique) _____ Incontinencia al
esfuerzo _____ Urgencia diurna _____ Urgencia nocturna _____ Alteraciones. (sangre,
turbiedad) _____ (especifique).
- Observar presencia de: Estado de función cardíaca: Palpitaciones aumento o disminución
de T/A, marcapasos, etc.
- De función pulmonar: cambios en patrón respiratorio, movimientos, expansión tarácica,
fatiga, disnea (preguntar en relación a que).
- De estado vascular periférico, red venosa, distensión yugular, fragilidad capilar
(antecedentes de equimosis, hematomas, catéter vascular (sitio y motivos).
- Estado neuromuscular. Dolor, fracturas, calambres, disminución de la sensibilidad,
ausencia de algún miembro o parte de él, limitación del movimiento.

1.- Patrón de Actividad y Ejercicio.

	0	1	2	3	4	Frecuencia/Sem
Baño/Higiene						
Comer/Beber						
Vestirse/arreglarse						
Evaluación	Intestinal					
	Vesical					
Caminar						
Limpieza/Arreglo del hogar						
Ir de compras						
Cocinar						
Subir las escaleras						
Movilizarse en camas						
Trabajar						
Ejercicio (especificar tipo)						

Nota: Valorar capacidad de realización con los siguientes valores que al ser detectados marcará con una X en la casilla que corresponda.

- 0=independiente
- 1=Con aparato auxiliar
- 2=Ayuda de otros
- 3=Ayuda de otros y equipo
- 4=Dependiente/Incapacitado

5. Patrón de Sueño y Descanso

- Hábito. Horas de sueño nocturno _____ Horario de sueño _____
- Siesta: No _____ Si _____ (especifique tiempo).
- Apoyos para dormir (medicamentos, música, luz, etc.) especifique _____
- Presencia de: cambios de humor _____ bostezos _____ Ojeras _____
especifique _____

6. Cognitivo-Perceptivo

- Audición: Dentro de límites normal _____ alteración _____
Sordera _____ Zumbidos _____ Auxiliares auditivos _____
(en todos especifique derecho – izquierdo).
Vértigo. Si _____ No _____ Molestias y/o dolor: Ninguna _____
Agudo _____ Crónico _____ Tipo _____ Control del dolor y/o molestias
_____ (especifique).
- Visión: Dentro de límites normales: _____ alteración _____
Ceguera _____ Prótesis _____ Auxiliares externos _____
(especifique tipo y derecho – izquierdo).
- Olfato: Problemas para distinguir olores _____ (especifique).
- Memoria, intacta _____ alteración _____ especifique _____
(estimar, con: repetición de mesa =0, León=1, Guantes=2, total 3 puntos).
- Orientación: Intacta _____ Alteración _____ Especifique _____
(estimar con: contesta: su nombre = 0, el día = 1, lugar = 2, Total 3 puntos).
- Lenguaje: Tono de voz _____ fluidez en discurso _____
Alteraciones _____ (especifique).

- Cambios en sensibilidad (al tacto) frío, calor _____ (especifique).

Nota: Si tiene menos de 6 puntos: Reporte y considere “Riesgos de lesiones o accidentes”.

- Manera de aprender (leyendo, escuchando, con dibujos, etc.) _____
- Dificultad para tomar decisiones: No _____ Sí _____ (especifique).

7. *Patrón Autopercepción y Concepto de Sí mismo*

- Preocupaciones fundamentales en relación a : hospitalización y/o enfermedad; (económicas, de autocuidado, de empleo, amputaciones, cicatrices). _____
- Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste _____ (especifique).
- Descripción como persona: alegre _____ seria _____ temerosa _____ optimista _____ irritable _____ otros _____ (especifique).
- Conformidad con lo que es: _____
- Pérdida de interés por las cosas: No _____ Sí _____ (especifique).
- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión. No _____ Sí _____ (especifique).
- Pérdidas y/o cambios importantes en el último año. No _____ Sí _____ (especifique).
- Que le ayudaría a sentirse mejor en este momento _____ (especifique).

8. *Patrón de Rol – Relaciones*

- Profesión y/o ocupación _____ situación actual: empleado _____ desempleado _____ incapacidad temporal _____ pensionado _____
- Sistemas de apoyo: (con quien vive) cónyuge _____ vive sólo _____ vecinos _____ Amigos _____ vive con familia _____ otros _____ (especifique).

- Papel que desempeña en la familia: dependiente _____ proveedor _____ cuidador _____ algún problema por ello _____ (especifique).
- Dificultad para comunicarse: No _____ Sí _____ (especifique).
- Correspondencia de la comunicación verbal con la no verbal al comunicarse: Sí _____ No _____ (especifique).
- Se observan expresiones faciales acordes con lo que se comunica: Sí _____ No _____ (especifique).

9. Patrón de Sexualidad – Reproducción

- Expresa algún cambio en las respuestas sexuales por la enfermedad: No _____ Sí _____ (especifique).
- Satisfecho con el número de hijos procreados: Sí _____ No _____
- Prácticas de autoexamen mamario mensual Sí _____ No _____
- Examen cérico vaginal/prostático mensual. Sí _____ No _____ fecha del último _____.
- Algún problema detectado: No _____ Sí _____ (especifique).
- Presencia de flujos: No _____ Sí _____ (especifique).
- Embarazada: No _____ Sí _____
- Prácticas de sexo seguro: Sí _____ No _____ (uso de condón, ~~una~~ sola pareja, abstinencia total).

10. Patrón de Afrontamiento-Tolerancia al Estrés.

- Expresión habitual de la tensión o preocupación (llanto, ira, congoja, molestias físicas (especifique) _____
- Acciones que realiza para controlar la tensión o la ira. (Beber alcohol, leer, comer, fumar, tomar medicamentos, café, etc.) (especifique). _____

11. Patrón de Valores y Creencias.

- Prácticas de alguna religión. No _____ Sí _____ (especificar cual).
- Restricciones por su religión No _____ Sí _____ Cuales _____
- Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital /domicilio.
No _____ Sí _____ (especificar cual).
- Valores morales más importantes _____ (describa).

II SECCIÓN

EXAMEN FÍSICO. (Valoración Objetiva).

1. Aspecto General :

- Edad real _____ Edad aparente _____
- Aliñado. Sí _____ No _____
- Facies: (Dolor, angustia, aprensión) _____ (especifique).
- Estado de ánimo: _____ (especifique).
- Estado de conciencia _____ Inconsciencia _____
- Responde a preguntas (colaborador): Sí _____ No _____
- Postura adoptada: _____ (erguida, semierguida, movimientos repetitivos, gestos, etc.).

2. *Signos Vitales :*

- Temperatura _____ °C.
- Pulso: _____ (especificar características).
- Respiración: _____ (especificar características).
- T/A: _____

3. *Respiratorio/Circulatorio:*

- Movimientos Respiratorios: Expansión torácica. Si _____ No _____ (especifique)
- Auscultación de campos pulmonares: Sonidos normales presentes _____
Anormales _____ ausentes _____ (especificar en ambos, lado derecho-izquierdo).
- Tos: No _____ Si _____ Especificar: con expectoración de secreciones _____
Seca _____ mucho esfuerzo _____ otros _____
- Inspección y palpación de estado vascular periférico:
Red venosa _____
Varicosidades _____ (especificar región y extensión)
Llenado capilar _____ (alteración/sin alteración)
Catéter vascular _____ (sitio y característica)

4. *Patrón Nutricional*

Metabólico

- Peso real _____ kgs. Peso ideal _____ kgs. Talla real _____ mts.
- Piel. Color _____ lesiones _____ cicatrices _____
Edema _____ estado de uñas _____
- Cabeza. Cuero cabelludo hidratado _____ prurito _____
Zonas dolorosas _____ (especificar si hay alteraciones)

- Mucosas Bucofaríngea: Integra _____ color _____ lesiones _____
Hidratada _____ obstrucción _____ presencia de cánulas. Mascarillas,
Catéter _____ (especificar)
- Piezas dentarias. Integras. Si _____ No _____ (especificar)
- Higiene adecuada. Si _____ No _____ (especificar)
- Abdomen. Forma _____ simetría _____ masas _____ dolor _____
Distensión _____ ruidos peristálticos _____ otros _____
(especificar todos los hallazgos).

5. Patrón de Eliminación

- Intestinal y Urinario
- Defecaciones. Frecuencia _____ características normal. Si _____ No _____
(especificar: duras, semilíquidas, líquidas, con sangre, parásitos, etc.)
- Región perianal. Integra _____ con lesiones (describir) _____
- Orina. Frecuencia _____ Características normal. Si _____ No _____
(especificar: cantidad, sangre, color, turbiedad, etc.)
- Dolor a la micción. No _____ Si _____ Ardor _____
- Presencia de sondas u otros dispositivos (especificar) _____

Nota: Inspección y auscultación de región genital en caso de detección de alguna señal en la alteración de ese patrón.

6. Patrón Cognitivo-Perceptivo.

- Visión- Audición y olfato. Visión normal 20/20 (6 mts) _____
Disminuida (especificar) _____ ojo derecho _____ ojo izquierdo _____
Reflejos pupilares presentes y simétricos en ambos ojos _____
Asimétricos (especificar O.D. O.I. _____)
- Ojos limpios _____ secreciones _____ (describir)
- Oído externo íntegro _____ (especificar derecho-izquierdo)
- Alteraciones _____ (especificar)
- Limpios Si _____ No _____ (especificar)
- Audición intacta al susurro/prueba del diapasón. Si _____ No _____
- Olfato intacto a la prueba del olor y reflejo de estornudo (alcohol y pluma de algodón)
Si _____ No _____ alteración _____ (especificar)

7. Patrón Actividad-Ejercicio: Muscular/Esquelético:

- Capacidad de movilización:
Completa _____ Incompleta _____ (describir).
Marcha: estable _____ inestable _____
- Con aditamentos _____ (especificar)
- Fuerza en manos: igual _____ fuerte _____ débil _____
Piernas: igual _____ fuerte _____ débil _____ (especificar).
- Ausencia de Miembro _____ total _____ parcial (describir donde y tipo)
- Parálisis: _____ (especificar lugar y magnitud)
- Lesiones en sitios de presión: _____
(describir, tipo y magnitud valorando desde occipucio hasta talón de Aquiles).

4.2 ANEXO 2 CUESTIONARIO DE VISITA DOMICILIARIA Y RESUMEN

JUSTIFICACIÓN

La visita domiciliaria se realizó con la intención de conocer mas a fondo los problemas y necesidades del usuario en su comunidad y hogar. Darnos la idea de un panorama amplio de la forma de vida que lleva, como convive con las personas más cercanas, conocer su estado socioeconómico, cultural y social.

OBJETIVOS

- Identificar las necesidades del usuario para plantear acciones de educación.
- Conocer el ambiente donde se desenvuelve el usuario dentro del ciclo familiar y social.
- Corroborar datos que influyan en cada patrón de salud

METODOLOGIA

Lugar: Perimetral norte, Hermosillo, Sonora.

Límite de tiempo: 19 de Noviembre de 2000 de 13:00 a 15:00 hrs.

Universo de trabajo: Usuario A.C.V. y conyugue del mismo

Recursos Humanos: Yolanda Gwendolynn Luna Velazco y Jesús Roberto Robles

Recursos Materiales: Libreta, guía de visita domiciliaria, pluma, lápiz y cuaderno.

CUESTIONARIO DE LA VISITA DOMICILIARIA

Esta información se obtuvo por medio de preguntas estructuradas, a las cuales respondió el usuario, y mediante la observación.

I.- Condiciones de la vivienda

- Material de construcción
- Ventilación
- Iluminación
- Mobiliario
- Disposición de excretas
- Aseo de la vivienda
- Presencia de vectores
- Animales domésticos dentro de la vivienda

II.- Alimentación

- Alimentos que consumen en el desayuno
- Alimentos que consumen en la comida
- Alimentos que consumen en la cena
- Alimentos que le desagradan
- Ingestas de líquidos al día

RESUMEN DE LA VISITA DOMICILIARIA

Nos trasladamos al domicilio del usuario, en automóvil del equipo investigador, deteniéndonos en la calle perimetral hasta llegar al lugar programado.

Encontramos la dirección que buscábamos, nos atendió la conyugue del usuario, mientras regresaba de su trabajo A.C.V., nos pasó a la cocina ya que se encontraba preparando los alimentos.

La visita se realizó en un ambiente cómodo, tranquilo y con mucha cooperación por parte del usuario y de sus familiares, pudiéndose percibir el apoyo que ofrece su conyugue.

En ese hogar viven:

Persona	Parentesco	Edad	Estado civil	Ocupación
M.M.G.V.	Esposa	39 a	Casada	Hogar
A.C.V.	Usuario	46 a	Casado	Herrero

Hay buena relación familiar, conviven diariamente los hijos y nietos de este matrimonio, principalmente los del segundo hijo.

El usuario lleva su régimen terapéutico, se toma los medicamentos en el horario que le corresponden, mantiene el aliño personal con su baño diario y cambio de ropa, comen tres veces al día. Su casa estaba limpia.

La casa está conformada por cinco habitaciones. Cuenta con el mobiliario indispensable como: refrigerador, estufa, desayunador, muebles empotrables para cocina, dos sillones, una cama matrimonial y una individual, aerocooler y abanico, la casa está construida con ladrillo y piso de mosaico y las puertas no cuentan con mosquitero para control de vectores así como dos ventanas (de una recámara y de la sala) tampoco.

Después de realizar algunas preguntas nos despedimos del usuario y de su familia, agradeciendo de antemano, el tiempo y cooperación prestado.

RESUMEN DE LA SEGUNDA VISITA DOMICILIARIA

Antes de realizar esta visita al usuario A.C.V. se elaboró el plan de atención de enfermería para presentárselo.

Primero le explicamos el motivo de esta segunda visita, y posteriormente conversamos acerca de los problemas de salud que tiene y la probabilidad de adquirir otros si no se cuidaba, conversamos sobre los cuidados que debe tener y la importancia de cumplir con el régimen dietoterapéutico, surgieron dudas, las cuales fueron aclaradas. Se le explicó cuál es la acción de cada uno de los medicamentos preescritos por el médico.

Por último agradecemos al usuario el habernos permitido realizar esta visita, permanecer atento y cooperador y nos despedimos de él.