

DESARROLLO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA ORIENTADA
POR PROBLEMAS Y LAS APORTACIONES DE L. WEED
EN SU CONCEPCIÓN ACTUAL

Cristina COSTA ALONSO
Juana M^a VÁZQUEZ BLANCO
Francisco HERRERA RODRÍGUEZ
José Manuel MARTÍNEZ NIETO

Departamento de enfermería de la Universidad de Cádiz

I. INTRODUCCIÓN:

1.- Evolución de la historia clínica

Dado el interés que en estos últimos años está cobrando la historia clínica de Enfermería como instrumento de acercamiento y entendimiento en la relación Enfermera/o-Paciente; pensamos que puede resultar de interés que ajustemos los modelos de estos documentos, para obtener un perfil más adecuado de los mismos, y con ello conseguir perfeccionar nuestro trabajo cotidiano como profesionales que cada día tenemos mayor protagonismo en nuestro entorno sanitario a la hora de prestar cuidados integrales al paciente.

Pero antes de que emprendamos la exposición del presente trabajo, queremos plasmar una breve revisión histórica de las principales vicisitudes que ha sufrido a lo largo del tiempo *la historia clínica*. Ello nos hará comprender mejor el estado actual de la misma.

Un largo camino se ha recorrido en nuestra sanidad occidental, desde aquellas famosas preguntas hipocráticas: *¿Qué le ocurre? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye?*. Incluso se ha dicho que Hipócrates no prestó especial atención en sus observaciones clínicas a los antecedentes personales del enfermo.

Al respecto, ha indicado Eulalia Vintró⁽¹⁾ que esta afirmación quizá sea defendible con las historias clínicas actuales pero estudiando detenidamente los textos hipocráticos, vemos que no se puede negar la presencia de este tipo de comentarios sobre el enfermo en las observaciones del "Padre de la Medicina".

En cuanto a Galeno, y a los médicos bizantinos e islámicos, hay que señalar que su experiencia clínica se plasmó en una especie de nosografía genérica y no en forma de enfermedades individuales. Es decir, que la referencia de estos autores a sus "casos" clínicos es simplemente alusivo, ya que sirven más bien como base y apoyo de una sentencia general⁽²⁾.

Ciertamente ha precisado García Ballester⁽³⁾ como punto negativo en la herencia galénica, el destierro de la ciencia médica del relato patográfico. En cambio, nuevo realce cobrará la redacción de historias clínicas, ya avanzada la Edad Media, en la Europa Cristiana Occidental. Así, a partir del siglo XIII proliferó el cultivo de un género que se conoció con el nombre de *consilium*, palabra que significa literalmente "consejo". Porque estos escritos redactados por clínicos expertos, son fundamentalmente consejos diagnósticos y terapéuticos para la formación de los médicos. Pionero en la redacción de este tipo de documento clínico fué el médico florentino Taddeo Alderotti (1260-1303). Pues bien, el crecimiento del interés individual al enfermo hará que el *consilium* se haga frecuente en la Baja Edad Media y en los primeros años del Renacimiento⁽⁴⁾.

Otro de los máximos cultivadores de este género fué Bartolome Montagnana. De éste autor en torno al año 1435 se recopilaron aproximadamente unas 302 patografías, que vieron sucesivamente la luz en diversas ediciones. Lain Entralgo⁽⁵⁾, ha esquematizado la estructura que solía seguir Montagnana a la hora de redactar los *consilium*:

- Título o epígrafe: En este apartado señala Montagnana el nombre técnico del proceso morboso padecido por la persona a que se refiere la historia.
- Un segundo apartado, en que se destaca el nombre y las condiciones de la persona enferma. También se describe la enfermedad, y no son infrecuentes las citas a Hipócrates, Galeno, Rhazes, etc.
- Un tercer capítulo destinado generalmente a describir la etiología fisiopatológica y terapéutica.
- Y una fórmula de carácter religioso. En que se ofrece a Dios la acción terapéutica y se suplica su ayuda.

(1) VINTRO, Eulalia: Hipócrates y la nosología hipocrática. Ed. Ariel. / Barcelona, 1972, p. 111.
(2) LAIN ENTRALGO, Pedro: *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Salvat ed. Barcelona, 1961, p. 50.
(3) GARCÍA BALLESTER, Luis: *Galeno en la sociedad y en la ciencia de su tiempo (c. 130-c.200 a. de C.)*. Ed. Guadarrama. Madrid, 1972. p. 212.
(4) LAIN ENTRALGO, Pedro: *Historia de Medicina*. Salvat editores. Barcelona, 1978. p. 208.
(5) LAIN ENTRALGO, P.: *La historia clínica...* pp. 52-53.

A mediados del siglo XVI encontramos que empieza a circular la palabra *observatio* (Observación) para designar la historia clínica; y encontramos que algo importantísimo va a recoger este documento clínico, y es que al final va a llevar un informe correspondiente a la autopsia, en caso de que el enfermo hubiera fallecido⁽⁶⁾.

Va a ser en el siglo XVIII cuando el inglés Thomas Sydenham (1624-1689), quizá la figura médica más significativa del siglo XVII, instaura el concepto de "especie morbosa". Sydenham reivindicó la observación exhaustiva del enfermo. Desarrolló por tanto el empirismo clínico⁽⁷⁾. Es por lo que en sus historias clínicas plasma su experiencia junto al lecho del enfermo, se puede afirmar junto con Lain y Albarracín, que la patografía sydenhamiana tiene las siguientes características:

- Se reduce a la pura descripción de los datos sensorialmente percibidos.
- Es un documento específico, ya que en él se describe un caso individual, pero siempre como ejemplo de un modo típico de enfermar⁽⁸⁾.

Un gran paso hacia delante lo da el holandés Hermann Boerhaave (1668-1738), con su sistematización de la historia clínica en nueve partes fundamentales, que a continuación resumimos:

- Datos esenciales del enfermo: nombre, edad, temperamento, condición social.
- Biografía patológica del enfermo.
- Comienzo de la enfermedad presente.
- Estado del enfermo en la primera visita.
- Tentativa del diagnóstico. Curso de la enfermedad.
- Examen anatomopatológico si el paciente fallece.
- Y un último punto en que el médico holandés da una explicación del cuadro sintomático de la muerte, a la luz de los resultados de la autopsia⁽⁹⁾.

Creemos que resulta obvio, después de la exposición de este esquema boerhaaviano, la gran influencia que su manera de concebir el relato patográfico ha tenido incluso hasta nuestros días.

Con este pequeño esbozo histórico que hemos realizado, a manera de introducción, hemos querido resaltar las vicisitudes más generales que ha sufrido la elaboración de la historia clínica a través de los tiempos.

Un hito en este sentido, producido en los años sesenta de nuestro siglo, es la **Historia Clínica Orientada por Problemas** (Problem Oriented Medical Record) que acuñó Lawrence Weed. La historia esta fundamentalmente redac-

(6) IBIDEM, p. 88.

(7) CID, Felipe.: *Breve historia de las Ciencias Médicas*. Espaxs ed. Barcelona, 1985. pp. 98-103.

(8) SYDENHAM. Estudio preliminar de Pedro Lain Entralgo y Agustín Albarracín Teulón. C.S. de I.C. Madrid, MCMLXI. pp. 53-65.

(9) LAIN ENTRALGO, P.: *La historia*. p. 189.

tada con los problemas que posee el enfermo, que a continuación en el siguiente apartado describiremos con más detalle⁽¹⁰⁾.

II. MATERIAL Y MÉTODO:

1.- Influencia de L. Weed en la historia clínica orientada por problemas.

El objetivo fundamental del modelo de historia clínica propuesto por L. Weed, fué diseñar un método que permitiera reflejar mejor los **problemas de salud** de los pacientes que acuden en demanda de, así como la orientación hacia el problema y la sistematización de los cuidados por parte de todos los profesionales que participan en el cuidado al enfermo.

Las principales características de este modelo⁽¹¹⁾, consta de los siguientes elementos:

A) BASE DE DATOS; que incluye:

- Información identificadora (nombre, edad, sexo, raza, religión y otros)
- Perfil del paciente (ocupación, educación, estado civil, hijos, patrones de la vida cotidiana y hábitos).
- Historia clínica, basicamente consta de:
 - Historia actual de la enfermedad
 - Historia clínica anterior
 - Historia familiar
 - Historial medicamentoso
 - Revisión por sistemas (exploración física)
 - Datos laboratorio y pruebas fisiológicas

B) LISTA DE PROBLEMAS:

La lista de problemas es una entidad dinámica que se altera a medida que surge nueva información o cambios en el estado del paciente. Incluyen aquellos problemas que afectan a la esfera biopsicosocial del individuo y que requieren especial atención por los diferentes miembros del equipo.

Así los problemas, pueden contener informaciones sobre la historia social (por ejemplo, discordia familiar) o bien sobre factores de riesgo (hipertensión), síntomas (vómitos, fiebre,...) hallazgos físicos (ulceras por decúbito).

Al realizar la lista de problemas todos los datos llevaran fecha, y una columna que permita anotar los problemas resueltos o que permanecen inactivos.

(10) CONCEPTOS DE ENFERMERIA.: Curso de Nivelación de A.T.S. U.N.E.D. Madrid, 1983. pp. 247-249.

(11) HARRISON: Principios de Medicina Interna. (expedientes médicos orientados hacia el problema). pc. 11-15. Mc Gran-Hill. New York.

El título de los problemas han de representar situaciones o afirmaciones que podamos demostrar con los datos obtenidos. Esta lista proporciona de forma resumida una visión sobre las cuestiones de salud importantes del paciente, teniendo en cuenta que pueden existir otros problemas menores que se resuelven espontáneamente y que no es necesario incluir en la *Lista maestra de problemas* para no recargarla indebidamente.

Por ello, cuando existan motivos o quejas reiteradas de carácter psicossomático por ejemplo, podemos agruparlas en "síntomas funcionales".

C) PLANES INICIALES RELACIONADOS AL PROBLEMA:

Estos planes se describen por separado, establecido un plan para cada problema. Los planes se pueden englobar en tres categorías:

- 1) Diagnósticos: Conclusión del resultado de la valoración
- 2) Terapéuticos: Medicaciones, dietas, fisioterapia, etc....
- 3) Educación al paciente: Enseñanza al enfermo concerniente a su cuidado, evolución metas propuestas.

D) NOTAS SOBRE LA EVOLUCIÓN:

Se realizan en razón a cada problema, esquematizando de la siguiente forma:

– Problemas:

- Subjetivos (S): Historia desde el ingreso hasta la actualidad.
- Objetivos (O): Hallazgos de la exploración física.
- Evaluación (A): Valoración del progreso

– Plan: Diagnóstico, Terapéutico y educación paciente.

2.- Aportaciones y ventajas de la HCOP

- Mantiene la continuidad de la asistencia para todos los miembros del equipo de salud.
- El establecimiento de un plan para cada problema, específica más claramente las tareas asignadas a cada miembro del equipo.
- A través de este modelo de historia clínica, se observa mejor el *proceso de cuidado*, de manera, que puede ser *evaluado* a través de una auditoría, tanto en razón del enfermo, profesional como de la propia institución.
- Puede servir de base en el *proceso educativo* de alumnos, profesionales, tec., como sistema de autoevaluación y valoración más adecuado.
- Es un instrumento de *investigación clínica* de primer orden, ya que su base de datos sirve para facilitar la extracción rápida y el análisis de la información clínica⁽¹²⁾.

(12) TERRADA, M^a Luz, PERIS BONET, Rafael: *Notas de documentación Médica*. Cátedra de documentación médica. Facultad de Medicina de Valencia. Valenci, 1985. p. 55.

Este proceder de Weed ha tenido gran fortuna, por su didactismo y las excelentes ventajas que ofrece para la enseñanza clínica, - ya Muñoz Plaza y cols. han reivindicado la historia clínica como instrumento docente de primer orden⁽¹³⁾.

Por otro lado, la historia clínica orientada por problemas (HCOP) de Weed ha tenido una influencia capital en el desarrollo de la Historia de Enfermería orientada por objetivos (Goad Oriented Nursing Recor)⁽¹⁴⁾, como veremos a lo largo del presente trabajo.

3.- Distintos modelos de historia clínica de enfermería

Una vez descritos los puntos básicos del modelo de I. Weed, pensamos que para la enfermería ha tenido verdadera importancia, en cuanto recoge todos los aspectos integrales del paciente, y es capaz de orientar los cuidados en razón a los problemas que se derivan de su estado de salud.

Sin embargo, creemos que a la hora de diseñar nuestra propia historia clínica de Enfermería, deberíamos basarnos inicialmente en alguno/os "modelos conceptuales" que nos sirvan de marco de referencia, para que a partir de los mismos, tengamos el máximo de información a la hora de elaborar y decidir cual va a ser nuestro modelo propio.

Es conveniente por tanto, que éste responda a las metas y fines de la profesión, ser coherente con el equipo de salud y la institución donde ejercitamos nuestra labor de atención integral al paciente.

Para ello, exponemos a continuación algunos modelos de historia clínica de enfermería aplicados en la práctica asistencial, que nos proporcionan una serie de directrices y experiencias personales que pueden servirnos de ejemplo, en cuanto a la planificación y ejecución de la HCOP, como parte de la *fase de valoración del proceso de enfermería*, cuyo planteamiento va dirigido a resolver problemas, indagar necesidades, preocupaciones y respuestas humanas del paciente, a través de unos conocimientos profesionales que exigen una serie de capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales.

Esta fase de valoración, centra su actividad en la recogida de datos, mediante una sistemática que utiliza entrevistas, protocolos de enfermería, examen físico, datos de laboratorio y otras fuentes.

Así tenemos, un ejemplo de modelo de valoración de enfermería con planteamiento libre⁽¹⁵⁾ (Carnevali; D: Nursing Cara Planning. Philadelphia) cuyas principales características a parte de los datos iniciales del paciente comunes

(13) MUÑOZ PLAZA, J.A.; SARROCA IBAÑEZ, J.; PRINZ DIAZ, J.: *Organización de un sistema informatizado de localización de historias clínicas en el hospital*. Segundas Jornadas Españolas de Documentación automatizada (20-21 y 22 de noviembre de 1986). Ponencias y Comunicaciones. 1986. p. 427.

(14) CONCEPTOS DE ENFERMERIA. Curso de Nivelación de A.T.S. U.N.E.D. Madrid, 1983. p. 249.

(15) W. IYER, Patricia; J. TAPTICH, Barbara; BERNOCCHI-LOSEY, Donna.: *Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería*. Interamericana. División de McGraw-Hill. Madrid, 1988. (pp. 10-11).

en todas las historias clínicas, describe tres áreas o apartados, junto con los datos subjetivos y objetivos con respecto a dichas áreas, que se refieren:

1.- *Impresiones del paciente sobre:*

- Estado de salud actual
- Objetivos
- Cuidados que necesita/que puede utilizar

2.- *Capacidad funcional:*

- Respiración/circulación
- Eliminación
- Emocional/cognoscitivo
- Movilidad/seguridad
- Nutrición
- Higiene/cuidado personal
- sensorio
- Sexualidad
- Sueño/Descanso

3.- *Recursos/sistemas de apoyo: a nivel.*

- Ambiental
- Personal/social
- Otros

El siguiente modelo es el proporcionado por el Hospital Hamilton (Filadelfia), que a parte de los datos reseñados anteriormente, añade una descripción de las necesidades básicas a partir de los patrones de la vida cotidiana, en cuanto a los hábitos y costumbres, e introduce otro aspecto significativo que es la valoración física por sistemas y aparatos, así como la descripción del aspecto físico general. Recoge también otros apartados a nivel psicológico, nivel de aceptación y comprensión de la enfermedad por el propio paciente, el apoyo familiar y la educación sanitaria, así como, una propuesta de un plan de alta del paciente⁽¹⁶⁾.

Otro modelo de Historia, es el proporcionado por el Mercer Medical Center (Trenton),⁽¹⁷⁾ que es un modelo conjunto de historia de enfermería y médica, ya que de esta última recoge todos los datos comunes en ambas profesiones.

Con un primer apartado similar a las historias descritas en cuanto a datos personales y antecedentes. El segundo apartado se refiere a las necesidades básicas del paciente, y los datos objetivos y subjetivos de cada necesidad y las observaciones al respecto.

En todas y cada una de esta historias, al final de la valoración aparece la firma del profesional que la realiza.

A la vez, hemos revisado otros modelos de historia, así tenemos el diseñado por grupo de enfermera docentes de la Escuela del Bon Secours de Ginebra⁽¹⁸⁾, basado en el modelo de Nancy Roper, que se apoya en un modelo de vida

(16) W. IYER, Patricia; J. TAPTICH, Barbara; BERNOCCHI-LOSEY: P. 56.

(17) IBIDEM, pp. 35-37.

(18) POLETTI, Rosette. *Cuidados de enfermería*. Colección "Rol" Enfermería. Barcelona, 1980. pp. 84-90.

describiendo la individualidad del ser humano y la prestación de cuidados de forma integral e individualizada.

Este modelo se estructura basicamente en cuatro partes:

- Doce actividades vitales
- Ciclo vital
- Continuum dependencia-independencia
- Factores que influyen en las actividades vitales (AV).
- Enfermería individualizada.

También, hemos revisado otros modelos que han sido diseñados por profesionales de la enfermería a nivel nacional⁽¹⁹⁾, uno de estos modelos se está aplicando en el Hospital Clínico Provincial de Barcelona y engloba muchos aspectos de las historias anteriormente descritas.

A nivel de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, existe un modelo *aplicable* a las Consultas de Enfermería, que agrupa todos los aspectos en cuanto a los cuidados que se derivan de las necesidades básicas a enfermos crónicos, familia y comunidad⁽²⁰⁾.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Por último, comentaremos el modelo diseñado por nosotros y que presentamos en este trabajo.

El diseño y contenido ha surgido a raíz de las consultas descritas, y hemos tratado de compendiar todos aquellos aspectos que intervienen en el estado del paciente. De manera esquemática recoge los datos subjetivos de la enfermedad vivenciada por paciente/familia, así como los datos objetivo a través de la exploración física.

Para confeccionarla nos hemos basado en criterios de valoración por **patrones funcionales de salud**⁽²¹⁾ que esencialmente consta de dos grandes apartados:

A) Valoración subjetiva, que incluye:

- Conocimiento y manejo de la salud (descripción de la enfermedad, antecedentes de hospitalización, medicaciones y previsión de problemas de autocuidado).
- Nutrición y Metabolismo
- Eliminación
- Actividad/Ejercicio
- Sueño/Descanso
- Cognoscitivo/Percepción
- Percepción de si mismo
- Sexualidad y reproducción
- Adaptación/tolerancia al stress

(19) PUIG DOMINGO, Ana; VALLS, Roser.: *Historia de una historia de enfermería* Revista Rol, n. 89. Diciembre, 1985. Año VIII. Barcelona. pp. 41-46.

(20) Junta de Andalucía. Consejería de salud. *Consulta de enfermería en consultorios y ambulatorios*. Cuadernos de salud, n. 6.

(21) W. IYER, Patricia; TAPTICH, Barbara; BERNOCCHI-Loey, Donna.: *Proceso de y diagnóstico de enfermería*. pp. 279-280; 274.

B) Valoración Objetiva: Exploración física

- Descripción del aspecto físico general
- Peso, Talla y Constantes vitales
- Exploración física de cabeza a los pies.

En la primera fase de valoración se desarrollan los puntos descritos con una serie de preguntas al respecto, así como las observaciones oportunas

También añadimos, una hoja de **plan de cuidados**⁽²²⁾, donde incluimos una serie de apartados separados por una columna y que se refieren: **fecha, diagnóstico de enfermería, lista de problemas** (orden prioridad), / **objetivos establecidos, cuidados/acciones** para llevar a la práctica el plan, y por último, **evaluación y resolución**, cuya finalidad es valorar si se han cumplido los objetivos propuestos. Y un apartado final, en cuanto a la educación del paciente junto con las observaciones pertinentes que puedan surgir a lo largo del proceso.

Como colofón, no podía faltar la hoja de *Informe de Alta del DUE*, que completa la continuidad de los cuidados del paciente, tantas veces apuntada a lo largo de este trabajo, y que se remite al profesional de enfermería que a nivel extrahospitalario seguirá los cuidados y educación del paciente/familia.

Esta hoja, consta de unos datos esenciales de identificación del paciente y cinco apartados que se refieren:

- Descripción del Problema/Necesidades de salud en el momento de ingreso.
- Evolución de la pauta de cuidados establecidos.
- Estado actual previo al alta.
- Cuidados que se recomiendan.
- Observaciones finales.

En todas y cada una de estas valoraciones, se hace constar la firma del DUE que las realiza.

IV. CONCLUSIONES

- 1.- El modelo propuesto, pensamos que es *aplicable en la práctica* asistencial porque, tiene un formato de fácil manejo, los **datos subjetivos** acerca del paciente tienen un carácter sucinto y escueto, y los **datos objetivos** son fáciles de completar si partimos de la base, que no es necesario bombardear machaconamente al paciente con preguntas que otros profesionales (médico) han hecho inicialmente, y que a nosotros nos puede servir para completar nuestra valoración, y solamente abordaremos aquellas preguntas, que por razones obvias de nuestro trabajo sea necesario clarificar.

(22) CONCEPTOS DE ENFERMERIA.: Curso de Nivelación de A.T.S. U.N.E.D.. Madrid, 1983. p. 307

- 2.- Este es un *modelo flexible*, que se puede modificar y ajustar a las expectativas del equipo de enfermería y de la institución, donde ejercemos nuestra práctica profesional.
- 3.- Creemos, que no es necesario rellenar totalmente esta historia en el momento de ingreso del paciente, sino a través de todo el *proceso del cuidado* que gracias a los sistemas de comunicación interpersonal entre paciente-enfermera, nos dará una visión más fiable del paciente, a la hora de planificar los cuidados.
- 4.- Pensamos también, que la historia debe ser realizada desde el comienzo hasta el final del proceso, por el "*mismo*" profesional, subsanando los posibles contratiempos que pudieran surgir, de no ser así.
- 5.- Es necesario, dejar claro los posibles *riesgos*, si intentamos convertir la historia clínica de enfermería, en un sistema burocratizado, rellenando un formulario que despersonaliza nuestra actuación y deshumaniza al enfermo.
- 6.- Coincidimos con otros autores que el principal y primer objetivo de la historia clínica (en este caso de enfermería), es *la continuidad y la calidad de la asistencia*, de su eficacia, dependerá de lo que sea capaz de comunicar. Por ello, el *Informe de Alta* que proponemos pueda servir para completar y no se pierda esa continuidad.
- 7.- Es un método que puede *computarizarse*, permite acumular gran cantidad de datos, tanto a nivel clínico como epidemiológico, valioso para una mejor comprensión del proceso de cuidados.

V. COMENTARIOS FINALES.

Por todo lo expuesto, concluimos resaltando la importancia y necesidad de un "modelo" de historia clínica de enfermería, que nos proporcione un marco de referencia para guiar nuestro saber profesional, perfilando aquellos objetivos comunes (enfermera/o-Paciente) que pretendamos alcanzar, tanto a nivel asistencial, docente e investigador, a través de nuestro trabajo en los diferentes medios hospitalarios y extrahospitalarios.

- a.- Cumpliendo *función asistencial* a partir de los cuidados que prestamos al paciente, con objeto de lograr su máximo independencia y autocuidado.
- b.- A la vez, ejercer la *función docente*, ofreciendo la información y las enseñanzas necesarias, tanto al paciente/familia, alumnos en período de formación pre-postgrado, junto con aquellos profesionales que deseen y necesitan de una formación continuada.
- c.- Por último, cumple la *función investigadora*, a través de la recogida de datos y registro de documentos a lo largo de todo el proceso salud-enfermedad, contrastando hipótesis y evaluando resultados, que reflejan el grado de ADAPTACION-DESADAPTACION y la capacidad de autocuidarse del paciente.

A través de la investigación, pueden subsanarse los posibles fallos del ejercicio profesional, ampliando metas, formulando teorías y conceptos nuevos sobre la Teoría y la Práctica de la Enfermería.

VI. ANEXOS.

- I.- HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA
- II.- HOJA DE PLAN DE CUIDADOS
- III.- HOJA DE INFORME DE ALTA

Anexo I

Centro, Institución, Hospital.
Historia de enfermería

Apellidos y nombre:

Fecha de ingreso: Hora:

Servicio:

N. habitación:..... N. Cama.....

Remitido por:

Diagnóstico médico:

Perfil del paciente:

Edad:..... Sexo:..... Natural de:.....

Estado civil:..... Profesión:

Religión:..... Núcleo familiar:

N. de hijos:..... Persona de referencia:.....

Descripción subjetiva de la enfermedad:

Antecedentes de hospitalizaciones y enfermedades anteriores:

Agudas..... Observaciones:

Crónicas.....

Accidentes.....

Int. Quirur.....

Antecedentes alérgicos:

Medicamentos.....

Alimentos.....

Otros.....

No refiere.....

Prótesis:

Gafas/lentes.....

Dentarias.....

Audífono.....

Otras.....

Observaciones:

.....

Tratamiento medicamentoso habitual:

Nombre farmaco/s.....

Dosis.....

Pautas horarias.....

Consumo habitual de drogas (no terapéutica).....

.....

No refiere.....

Observaciones.....

.....

Nutrición y Metabolismo:

Ingesta habitual alimentos y líquidos.....
.....
Apetito.....
Alimentos preferidos.....
Deglución.....
Masticación.....
Problemas en la alimentación.....

Observaciones.....

Eliminación:

Intestinal:	Vesical:
Frecuencia.....	Frecuencia.....
Color.....	Problemas (disuria, retención Poliuria, etc.).....
Consistencia.....
Diarreas.....	Medidas Auxiliares.....
Estreñimiento.....
Ayudas.....
Observaciones.....	

Actividad/ejercicio:

Actividades habituales.....
Ocio/ejercicio.....
Problemas de deambulaci3n.....
Aseo personal.....
Disnea de esfuerzo.....
Cansancio.....

Observaciones.....

Sueño/descanso:

Hora habitual de acostarse.....
Horas de sueño.....
Problemas para dormirse.....
Hábitos o preferencias.....

Observaciones.....

Área cognoscitiva/percepci3n:

Deficits sensoriales:	Percepci3n de si mismo:
Audici3n.....	Preocupaciones.....
Vista.....	Autoimagen.....
Tacto.....	Percep. enfermedad.....
Capacidad leer y escri.....	Fact. que contribuyen enfer/re cuperaci3n.....
.....
Observaciones.....	

Relaciones Interpersonales:

Nivel de comunicación

Relaciones Personales:

* Vida familiar

* Sistema de apoyo interpersonal

Observaciones

Sexualidad /reproducción:

Cambios previstos:

Embarazo

Contracepción

Menstruación

Otros

Observaciones

Adaptación/tolerancia al estrés:

Toma de decisiones (dependiente-independiente)

.....

Cambios vitales principales (pasado, futuro, ...).....

.....

Manejo del estrés (come, duerme, toma medicación, busca ayuda).....

Necesidad de bienestar/seguridad

.....

Necesidad espirituales durante la hospitalización.....

.....

Observaciones

Fecha:

Nombre:

Firma:

Valoración Física

Aspecto físico general:

.....

Peso Talla

Constantes Vitales:

Temperatura

Pulsos Observaciones

Respiraciones.....

Presión arterial

Cabeza y cara.....

.....

Ojos

Oídos

Nariz.....

Boca y garganta.....

Cuello

Torax.....

Pulmones

Corazón.....

Abdomen

Riñones.....

Aparato Genital.....

Recto

Extremidades.....

Espalda

Piel

Firma D.U.E.

Fecha:

Anexo II
Hoja de plan de cuidados

Fecha	Dignóstico de Enfermería	Lista de problemas (Orden de importancia)	Objetivos	Cuidados/acciones	Evaluación	Resolución

Educación Paciente:.....

Observaciones:

Anexo III
Hoja informe D.U.E.

Apellidos y nombre del paciente.....

.....

Edad..... Sexo..... Origen.....

Remitido: Equipo enfermería /D.U.E.....

Centro/Hospital

Diagnóstico previo ingreso

Descripción del problema y necesidades de salud en el momento de ingreso

.....

Evolución de pauta de cuidados establecidos

.....

Estado actual previo al alta, en razón a los cuidados

.....

Cuidados que se recomiendan

.....

.....

.....

.....

Observaciones

.....

.....

Firma: