



Check List de enfermería

Valoración e intervención del paciente con Esclerosis Múltiple

COORDINADORA Y AUTORA

Ana Lozano

Hosp. Universitario Cruces

CO-AUTORES

César Sánchez

Hosp. Álvaro Cunqueiro

Montse Artola

Hosp. Clínic Barcelona

Ofir Rodríguez

Hosp. Univ. Puerta de Hierro

Lorena Borrás

Hosp. Francesc de Borja



SANOFI GENZYME 

Avalado por:





En nuestra práctica diaria realizamos constantemente la valoración de nuestros pacientes. Lo hacemos de forma automática, fijándonos en cantidad de mínimos detalles casi imperceptibles, pero que no pasan desapercibidos para nosotras/os. Esta capacidad de observación y valoración nos la da por una parte nuestra vocación por la enfermería, por otra nuestra experiencia, pero sin duda nuestra complicitad y el vínculo que creamos con nuestros pacientes de Esclerosis Múltiple.

Toda esta información que recogemos de cada uno de ellos debe constar en la historia clínica. Para facilitar la recogida de todos los datos de la valoración, se ha creado este check list o lista de comprobación, que no pretende ser más que un instrumento de ayuda en la práctica diaria, tanto en el momento del diagnóstico como en el seguimiento.

El Check List pretende ser una ayuda para formular los diagnósticos enfermeros tanto reales como potenciales, y poder planificar las actividades que precisa el paciente y evaluar dichas actividades en las siguientes

visitas para comprobar si se han resuelto, se mantienen o han empeorado los diagnósticos.

No sustituyen en ningún caso el escribir en la historia clínica del paciente que es el registro oficial en el que deben estar escritos todos los datos, diagnósticos e intervenciones que se realicen con el paciente. La valoración rápida de enfermería al paciente con EM debe entenderse como una ayuda, no como un formulario a realizar completo a cada paciente.

En ningún caso se debe dar al paciente para que lo rellene, sino que seremos nosotros/as quienes guiemos la entrevista, y quienes descartemos aquellas preguntas que no son necesarias formular.

Creemos que puede ser una ayuda importante en el día a día para valorar la situación de nuestros pacientes en una continuidad asistencial, además de ser el apoyo para desarrollar los diagnósticos y plantear las intervenciones que debemos realizar.

¿No tienes la guía completa con las intervenciones?

[Pulsa aquí para descargarla](#)

VALORACIÓN ENFERMERÍA

Nombre del paciente

C.I.C.

Fecha

CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO

¿Qué tto toma?

¿Toma el tto? Sí No

¿Toma todos los días el tto? Sí No

Si la respuesta es NO, ¿por qué?

¿Lo tomas a las horas indicadas? Sí No

Si la respuesta es NO, ¿por qué?

¿Efectos secundarios? Sí No ¿Cuáles?

¿Qué dificultades encuentras en la toma del tto?

¿Está cómodo con el tratamiento? Sí No ¿Por qué?

¿Con que frecuencia le es difícil recordar que debe tomar su tto?

Nunca

Rara vez

De vez en cuando

A veces

Normalmente

Siempre

¿Utiliza algún recordatorio para el tto? Sí No ¿Cuál?

% de adherencia al tto: Según el paciente % Según farmacia hospitalaria % Según farmacia extra hospitalaria %

PROMOCIÓN DE LA SALUD

T/A

FC

Peso

Talla

IMC

¿Alergias? Sí No ¿Cuáles?

Hábitos tóxicos

Ocupación

¿Ha acudido a todas las citas médicas? Sí No

¿Ha realizado los controles prescritos? Sí No

NUTRICIÓN

¿Considera que su dieta es equilibrada? Sí No ¿Sigue algún tipo de dieta? Sí No ¿Cuál?

¿Dificultad para masticar? Sí No Causa

¿Dificultad para deglutir? Sí No Qué: Sólidos Líquidos Desde



ELIMINACIÓN

¿Tiene algún problema para orinar? Sí No

¿Tiene sensación de urgencia miccional? Sí No

Incontinencia urinaria Sí No

Retención urinaria Sí No

Sondaje intermitente Sí No

Infecciones de orina frecuentes Sí No

Última infección

Incontinencia fecal Sí No

Estreñimiento Sí No

Laxantes Sí No

Hábito intestinal

ACTIVIDAD/REPOSO

¿Realiza algún ejercicio?

¿Con qué frecuencia?

¿Cuánto tiempo?

¿Cuántos m/Km puede andar sin pararse?

¿Se levanta descansado? Sí No

¿Utiliza ayudas para dormir? Sí No ¿Cuáles?

¿Necesitas siesta diaria? Sí No ¿Tiempo?

¿Cuánta energía crees que tiene de 0 a 100?

PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

Nivel de conciencia Alerta Confuso

¿Orientado en tiempo? Sí No

¿Orientado en el espacio? Sí No

Dificultad para... Comunicarse: Sí No

Concentrarse: Sí No

¿Refiere fallos de memoria? Sí No

AUTOPERCEPCIÓN

¿Cómo te encuentras?



ROL/RELACIONES

Apoyo familiar *Bueno* *Relativo* *Rechazo* *No hay familia* Aceptación de la enfermedad *Sí* *No*

Valoración del cuidador principal: ¿Precisa cuidador? *Sí* *No* ¿Quién?

Cuidados complejos *Sí* *No* Problemas de salud del cuidador *Sí* *No* Si es que sí... *Físicos* *Emocionales*

SEXUALIDAD

Utiliza métodos anticonceptivos *Sí* *No* ¿Cuál/es?

¿La EM está influyendo de alguna manera en sus relaciones con su pareja? *Sí* *No*

¿Deseo de embarazo? *Sí* *No* Si es que sí... *Corto plazo* *Medio plazo* *Largo plazo*

SEGURIDAD

Piel íntegra *Sí* *No* Especificar Tipo y localización de lesión /ulcera

Riesgo de caídas *Sí* *No* Utiliza algún dispositivo

CONFORT

Tiene dolor/ malestar *Sí* *No* Tipo de dolor

Puntúe de 0 (nada de dolor) a 10 (insoportable) la intensidad

Localización del dolor

Alteración de la sensibilidad *Sí* *No* Describa la alteración y la localización

¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?

SANOFI GENZYME 