



VALORACIÓN ENFERMERA DE ARAGÓN (VEA)

SERVICIO ARAGONES DE SALUD
2021

VALORACIÓN ENFERMERA DE ARAGÓN (VEA)



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

COORDINADORA Y GRUPO DE TRABAJO

Coordinadora

Carmen Chaverri Alamán

Grupo de trabajo

María Victoria Almajano Navarro

Ana María Calvo Gascón

María Soledad Corbacho Malo

Gemma Girón Jorcano

Ana Cristina Lorente Lorente

María Luz Lou Alcaine

Ana Teresa Monclús Muro

Virginia Moreno García

Clara Carmen Palacín Ariño

María Carmen Rebollo Pina

Ana María Vecino Soler

JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la historia, con la profesionalización de la Enfermería, se han ido introduciendo prácticas basadas en la evidencia. En la actualidad no podemos más que aceptar que la práctica de Enfermería debe estar basada en la investigación entendida como un proceso que aumenta los conocimientos para la práctica del cuidado de la persona, la familia y la comunidad.

La aportación específica de la enfermería a la sociedad se centra en los cuidados de enfermería.

La utilización de un **método científico** para resolver los problemas que son competencia de los profesionales de Enfermería es una exigencia legal y profesional.

Exigencia legal

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en su artículo 15 el contenido mínimo de la historia clínica de cada paciente.

En esta misma ley en los apartados m, n, ñ y o del artículo 15, que trata sobre el contenido mínimo de documentación de la historia clínica, define los documentos que deben ser incluidos por parte de la enfermera y son:

m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.

n) La aplicación terapéutica de enfermería.

ñ) El gráfico de constantes.

o) El informe clínico de alta.

Esto se traduce en que los registros que enfermería está obligada profesionalmente y legalmente a cumplimentar son:

- **Valoración de la persona**
- Plan de cuidados.
- Comentarios evolutivos
- Gráfico de constantes
- Medicación
- Informe de enfermería al alta

En el **Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre**, se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

En el **Artículo 3** se establece el conjunto mínimo de datos y en el **apartado g)** de este artículo especifica que debe incluir el **Informe de cuidados de enfermería, detallado en el anexo VII**.

El anexo detalla todos los datos mínimos que deben estar contemplados en el informe de cuidados de Enfermería. Se debe incluir:

- **Diagnósticos Enfermeros resueltos** (Código NANDA) y aclara que “se trata de destacar aquellos diagnósticos, ya resueltos, que puedan resultar de interés para prever posteriores apariciones”
- **Diagnósticos Enfermeros activos** (Código NANDA) y aclara que serán “Aquellos diagnósticos presentes en el momento de la elaboración del informe, tanto reales como potenciales”
- **Resultados de Enfermería** (Código NOC) que serán “Aquellos resultados seleccionados para identificar la evolución del paciente, como resultado de las intervenciones planificadas”
- **Intervenciones de Enfermería** (Código NIC) que serán “Las intervenciones que se están llevando a cabo en el momento de elaboración del informe”

Esto supone la incorporación de la gestión de cuidados en los centros sanitarios. Los profesionales realizan un **plan de cuidados individualizado** a los usuarios con las taxonomías NANDA, NOC, NIC. La **valoración enfermera** es la primera etapa para la realización de este plan.

Exigencia profesional

Con la incorporación de la Enfermería en la comunidad científica se acepta que esta posee dos dimensiones: ciencia y aplicación de la ciencia a los sistemas de cuidado, o lo que es lo mismo, la práctica de la enfermería.

Una de las características definitorias de una disciplina profesional es la de utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia; la Enfermería también debe cumplir este requisito si quiere ser admitida como miembro de pleno derecho en la comunidad científica.

El abordaje sistemático utilizado para resolver un problema o responder a una pregunta, adoptado por las diversas disciplinas, es la denominada metodología científica que, al aplicarse a nuestro ámbito es el “**Proceso Enfermero**” (PE).

Como método científico de resolución de problemas, el PE aplicado a un problema de la salud humana, es el método mediante el cual se aplica la base teórica de la Enfermería, constituyendo una guía para la práctica clínica, posibilita la organización de pensamientos, observaciones y deducciones. Contribuye a la promoción, prevención, mantenimiento y restauración de la salud de los individuos, las familias y comunidades.

El PE es la base sobre la que se debe fundamentar la formación del enfermero profesional. Cambiar el modo de actuación de enfermería de automático a deliberado, responsable y profesional, que sea capaz de interpretar las necesidades inmediatas del paciente y prestarle ayuda cualificada, además de mejorar la calidad de la atención de manera personalizada, es en esencia, el objetivo del Proceso de Enfermería.

El PE consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente. Estas etapas son cinco: **Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.**

La valoración enfermera es la primera etapa del PE y la más importante porque todo el plan de cuidados se va a desarrollar sobre los datos recogidos en la valoración. Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, la familia y el entorno. En una valoración inicial, se detectan los problemas de salud que se traducen posteriormente en los **Diagnósticos Enfermeros.**

La recogida de información de cada paciente en la valoración tiene una gran importancia para conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, es decir, para llegar al Diagnóstico Enfermero.

La valoración, previa al plan de cuidados es un proceso planificado y sistematizado de recogida de información e interpretación de la misma. Esto implica tomar decisiones, determinar qué información es relevante, utilizar herramientas con el mayor grado de evidencia (escalas, test, cuestionarios, etc.) y todo ello enfocado hacia la respuesta integral de la persona ante un problema de salud. Los cuidados estarán centrados en la persona considerada en su entorno.

La valoración enfermera se centra en la **detección de necesidades de cuidados** como ejemplos son:

- Mejorar, corregir o garantizar el adecuado manejo de su salud.
- Mejorar, corregir o garantizar habilidades físicas, cognitivas y sensoriales.
- Conseguir el mayor grado de autonomía.
- Manejo de la enfermedad.
- Manejo de dispositivos.
- Manejo de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Afrontamiento de la enfermedad: rol/relaciones, tolerancia al estrés.
- Necesidades de conocimientos sobre la enfermedad.
- Necesidades de conocimientos sobre los recursos sanitarios disponibles en la comunidad.
- Factores de riesgo
- Hábitos poco saludables que interfieran en la evolución del proceso: alimentación, medidas higiénicas, ejercicio físico.
- Conductas inadecuadas en el manejo del tratamiento. Abandono del régimen terapéutico.
- Conductas que se puedan mejorar o potenciar para el manejo de la enfermedad y del régimen terapéutico (farmacológico y no farmacológico).
- Conductas que puedan mejorar la calidad de vida y la autonomía para realizar las actividades de la vida diaria.
- Nivel de instrucción en el control de los síntomas y prevención de complicaciones.
- Condiciones del entorno familiar.
- Problemas de autonomía.
- Situación socio-sanitaria para facilitar sistemas de apoyo y ayuda que le permitan superar situaciones de readaptación social.
- Nivel de instrucción de la persona cuidadora para suplir las necesidades básicas del paciente/usuario, sobre todo paciente dependiente pediátrico y anciano.

En la valoración, también se detectará la necesidad de cuidados que requiera un abordaje o coordinación socio-sanitaria y aquellos cuidados precisen de un cuidador o agente de autonomía asistida. En estos casos la valoración del cuidador es importante

para garantizar unos cuidados de calidad a la persona cuidada y detectar el riesgo de sobrecarga en el rol del cuidador.

En la Comunidad Autónoma de Aragón, al igual que en el resto de las CCAA, se incorporó (hace más de 30 años) el proceso científico en la práctica asistencial de los profesionales de Enfermería en todos los ámbitos asistenciales. En la actualidad, con la implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) común para todos los usuarios, es necesario replantear la base de conocimientos para la gestión de cuidados. Los objetivos son adaptarla a los cambios en la población, a la Cartera de Servicios de los profesionales (publicada en 2020) y garantizar un entorno asistencial único en el que cada persona tenga un solo plan de cuidados y sea considerada de forma integral en todos los entornos posibles.

El punto de partida en este proceso es disponer en HCE de una **valoración enfermera que permita identificar las necesidades de cuidados de cada usuario en todos los ámbitos y de forma individualizada**. La identificación de los problemas (Diagnósticos NANDA), las decisiones sobre los resultados que queremos conseguir (Resultados NOC) y las intervenciones que vamos a realizar (NIC) para conseguir los resultados y resolver en lo posible los problemas, van a depender en su totalidad de la información reunida en la valoración. Sobre la información recogida en la valoración se sustenta todo el plan de cuidados.

Con estos fundamentos se ha desarrollado la “Valoración Enfermera de Aragón” que se presenta en este documento. También se han elaborado planes de cuidados estandarizados para cada estrategia autonómica con base en una valoración de las necesidades de cuidados comunes en cada patología y que en la práctica asistencial se individualizan en cada persona.

Por otra parte, los **registros de enfermería** son un testimonio documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente a sus cuidados, su tratamiento y su evolución. Es la principal fuente de información sobre la asistencia sanitaria que proporcionan los profesionales. Conlleva una responsabilidad a nivel profesional y legal que demanda el rigor científico para alcanzar la mayor calidad asistencial posible.

El **artículo 56 del Código Deontológico** de la enfermería española regula la responsabilidad del profesional con los registros de Enfermería:

“La enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión”, por tanto las decisiones y las consecuencias que de ellas se deriven deben quedar registradas.

Desde este principio moral profesional la ausencia de registros se entiende como una falta por parte de la enfermera, que pone en cuestión si asume o no la responsabilidad de su actuación.

En el **artículo 19, punto i, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (Ley 55/2003, de 16 de Diciembre)** dice que es un deber el “Cumplimentar los registros, informes y demás documentación clínica o administrativa establecidos en la correspondiente Institución, centro o servicio de salud.”

La implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en todos los ámbitos asistenciales de la Comunidad Autónoma de Aragón supone una adecuación en la labor asistencial de los profesionales.

En este entorno de registro único en HCE y formando parte de esta labor asistencial, se desarrolla una sola valoración enfermera de cada persona, común para todos los ámbitos asistenciales de forma que cada usuario tendrá un único plan de cuidados. De esta forma se garantiza la visión integral de la persona considerada como el centro de la atención, mejora la calidad asistencial, agiliza el sistema, garantiza la continuidad de cuidados y la comunicación entre profesionales.

VALORACIÓN ENFERMERA DE ARAGÓN (VEA) EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE)

NECESIDADES DE LA PERSONA QUE SE VALORAN

1. SEGURIDAD
2. RESPIRACIÓN
3. ALIMENTACIÓN
4. ELIMINACIÓN
5. MOVILIDAD
6. SUEÑO/ REPOSO
7. VESTIRSE/ DESVESTIRSE
8. HIGIENE/ INTEGRIDAD PIEL Y MUCOSA/ Tª CORPORAL
9. COMUNICACIÓN/ RELACIONES
10. CREENCIAS Y VALORES
11. APRENDIZAJE/ DESARROLLO
12. ADAPTACIÓN A LOS CAMBIOS
13. SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
14. PERCEPCIÓN Y AUTOPERCEPCIÓN

1.- SEGURIDAD

Identificación correcta del paciente Sí No

Seguridad clínica

Dolor agudo Dolor crónico Tipo Localización

Físico
Emocional
Nociceptivo
Neuropático
Psicógeno
Miembro fantasma
Otros

Intensidad (EVA)

Medidas de control

Físicas
Medicación
Otras

Riesgo de caídas

Riesgo de caídas Sí No

 Escalera Downton  Ver todas  Crear

Régimen terapéutico

Adherencia al tratamiento farmacológico Sí No

Adherencia al tratamiento no farmacológico Sí No Tipo

Alimentación/Nutrición
Actividad/ Ejercicio
Uso de dispositivos de soporte
Otros

Automedicación Sí No

 Escalera Morisky  Ver todas  Crear

Hábitos tóxicos

Fumador Sí No Cig/día Años que lleva fumando Índice tabáquico

Alcohol Sí No Cantidad

Sustancias nocivas Sí No Tipo Cafeína y similares Sí No Tipo

Recaídas Sí No

Observaciones

2.- RESPIRACIÓN

Disnea

Actividades que le producen disnea

Esfuerzo
Mínimo esfuerzo
Reposo

Mantenimiento del hogar
Desplazarse de la cama al baño
Ducharse
Vestirse
Ingesta
Caminar
Otras

Secreciones Características de las secreciones

Mucosas
Serosas
Purulentas
Sanguinolentas

Tiene dificultad para eliminar secreciones Precisa aspirado de secreciones

Utiliza algún método para eliminarlas Sí No Tipo:

Riesgo de broncoaspiración Causa

Dispositivos de soporte

Soporte ventilatorio Tipo Modo de ventilación Con oxígeno Sí No

Invasivo
No invasivo

Por volumen
CPAP
BIPAP

Oxigenoterapia

Nebulizaciones

Dispositivos de ayuda para eliminar secreciones

Registro de estoma respiración

 Enfermería. Estomas  [Ver todas](#)  [Crear](#)

Registro de disnea

 Escala mMRC  [Ver todas](#)  [Crear](#)

Observaciones

3.- ALIMENTACIÓN

Autónomo para alimentarse Sí No

Ayuda

Total
Parcial

Alimentación

Dieta habitual

Dieta prescrita

Otras

Precisa Alimentación Básica Adaptada (ABA)

Apetito

Conservado
Disminuido
Aumentado

Comidas al día

Lugar de las comidas

Casa
Casa familiar
Centro de día
Institución
restaurante
Otros

Horario fijo Sí No

Alimentación adecuada Sí No

Restricciones/ Rechazos Tipo

Dificultad para seguir la dieta prescrita Tipo

Problemas en la dieta Motivo

Insuficiente
No equilibrada
Por exceso
Atracones
Otros

Calorías

Suplementos dietéticos y nutricionales

Cambios ponderales Aumentado Kg. / Tiempo Disminuido Kg. / Tiempo

Registro de estoma alimentación

Enfermería. Estomas [Ver todas](#) [Crear](#)

Registro de sonda nasointestinal

Enfermería sondas aparato digestivo [Ver todas](#) [Crear](#)

Nutrición

Signos de desnutrición

Tipo

- Falta de energía Pérdida de masa muscular Irritabilidad y vértigos Diarrea o estreñimiento Mareos
 Caída del cabello Depresión Pérdida de peso Menstruación irregular Otros

Escala riesgo de desnutrición

 Escala Must  [Ver todas](#)  [Crear](#)

Escala cribado nutricional

 Escala MNA  [Ver todas](#)  [Crear](#)

Hidratación

Ingesta adecuada de líquidos Sí No Cantidad

Signos de deshidratación

Tipo

- Oliguria Hipotensión Piel seca y arrugada Irritabilidad o confusión Mareos o aturdimiento
 Anuria Apatía Confusión Taquicardia y/o Taquipnea Ojos hundidos
 Otros

Masticación y deglución

Dificultad para masticar

Causa

- Faltan piezas dentales Prótesis no ajustada Carencia de prótesis Lesión en la mucosa
 Caries Xerostomía Otros

Disfagia Sí No

Riesgo de Broncoaspiración A sólidos A líquidos Causa

Realiza medidas de prevención Sí No Precisa espesantes Para sólidos Para líquidos

Nauseas Sí No Vómitos Sí No

Escala diagnóstico de disfagia

 Escala MECV  [Ver todas](#)  [Crear](#)

Observaciones

4.- ELIMINACIÓN

Autónomo en la eliminación

Sí

No

Ayuda

Total

Parcial

Eliminación urinaria

Incontinencia urinaria

Tipo

Por rebosamiento

De esfuerzo

De urgencia

Mixta (Es/Ur)

Funcional

Continua

Nocturna

Otras

Patrón habitual de eliminación urinaria

Características

Normal

Hematúrica

Piúrica

Con moco

Otras

Eliminación intestinal

Incontinencia fecal

Tipo

Por rebosamiento

Funcional

Pasiva

De urgencia

Crónica

Otras

Patrón habitual de eliminación intestinal

Consistencia

Características

Normal

Con moco

Con sangre

Con pus

Otras

Normal

Dura

Blanda

Líquidas

Grumosas

Pastosa

Otras

Estreñimiento

Sí

No

Fecha de la última deposición

Tipo de ayuda

Enemas

Laxantes

Otros

Diarrea

Sí

No

Nº de deposiciones/ día

Características

Dispositivos

Dispositivos de ayuda

Tipo

Absorbentes
Pañales
Colector
Otros

Registro de catéteres urinarios

 Enfermería. Catéter urinario

 [Ver todas](#)

 [Crear](#)

Registro de estoma de eliminación

 Enfermería. Estomas

 [Ver todas](#)

 [Crear](#)

Observaciones

5.- MOVILIDAD

Autónomo para la movilización Sí No

Ayuda

Total
Parcial

Precisa inmovilización terapéutica

Precisa contención física

Limitación de la movilidad física

Localización

Causas

Amputaciones
Lesiones
Afectación neurológica
Falta de energía
Dolor
Inestabilidad
Otras

Tipos de dispositivos de ayuda

Andador

Prótesis

Ayuda humana

Muleta/ Bastón

Silla de ruedas

Grúa

Otros

Precisa desarrollar habilidades para moverse

En la alimentación En la higiene En el vestido/ arreglo personal En el uso del inodoro En la cama

En la silla de ruedas En transferencia Con muletas Con andador Otros

Barreras ambientales en domicilio Sí No

Comportamiento motriz

Normal
Rigidez
Esterotipia
Hiperkinesia
Temblor
Inhibición
Acatisia
Agitación
Parálisis
Incoordinación
Tics
Inestabilidad
Otras

Realiza deporte o ejercicio adecuado a su situación Sí No

Tipo de ejercicio

Registro de dependencia en actividades de la vida diaria

 Escala Barthel

 [Ver todas](#)

 [Crear](#)

Observaciones

6.- SUEÑO/ REPOSO

Alteraciones del sueño

Causa

Factores orgánicos

Psicológicos

Ambientales

Otros

Tipo

Dificultad para conciliar el sueño Interrupciones Ronquidos Apnea de sueño Cansancio

Alteraciones en el despertar Somnolencia Insomnio Pesadillas Narcolepsia

Hipersomnia Sonambulismo Terrores nocturnos Otros

Precisa recomendaciones sobre higiene del sueño

10 Mandamientos higiene del sueño

Ayuda para dormir

Tipo

Fármacos

Recomendaciones en higiene del sueño

Técnicas de relajación

Otras

Patrón habitual de sueño/ descanso

Hora de acostarse

Hora de levantarse

Horas de sueño nocturno

Horas de sueño diurno

Lugar

Cama

Sofá

Sillón

Otros

Sueño reparador Sí No

Siestas Sí No

Horas de descanso/relajación

Observaciones

7.- VESTIRSE/ DESVESTIRSE

Autónomo para vestirse Sí No

Ayuda

Total
Parcial

Ropa adecuada Sí No

Observaciones

8.- HIGIENE/ INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS/Tª CORPORAL

Autónomo para la higiene/baño Sí No

Ayuda

Total
Parcial

Hábitos en la higiene

Lavado de dientes correcto Sí No

Frecuencia

Cuidado de pies y uñas correcto Sí No

Frecuencia

Frecuencia de ducha/baño

Integridad de la piel

Estado de la piel Integra Lesionada Seca Hidratada

Edemas en la piel Localización Color Temperatura

Necesita medidas de prevención de lesiones por presión

Taloneras Colchón antiescaras Cambios posturales

Ácidos grasos hiperoxigenados Cojín antiescaras Otras

Registro de riesgo de lesiones por presión

Escala Norton Ver todas Crear

Registro de heridas

Enfermería. Heridas Ver todas Crear

Integridad de la mucosa

Estado de la mucosa Integra Lesionada Seca Hidratada

Tipo de lesión en la mucosa

Localización de la lesión Nasal Bucal Conjuntival Vaginal Anal Otras

Temperatura corporal

Alteración de la tª corporal

Hipersensibilidad al frío Hiposensibilidad al calor Calor en extremidades Sofocos

Hiposensibilidad al frío Frío en extremidades Escalofríos Sudoración

Hipersensibilidad al calor Otras

Observaciones

9.- COMUNICACIÓN/ RELACIONES

Comunicación

Dificultad para comunicarse

Tipo

Deterioro cognitivo Problemas del habla Problemas del habla por dispositivo Problemas auditivos
 Deterioro neurológico Problema por no conocer el idioma Otros

Déficit sensorial Tipo Visual Auditivo Olfativo Gustativo

Recursos que utiliza Gafas Audífonos Otros

Otros idiomas :

Responsable o interlocutor :

Puede leer Sí No

Puede escribir Sí No

Usuario de móvil Sí No

Usuario de ordenador Sí No

Relaciones

Familiares

Lugar de residencia habitual :

Piso tutelado
Residencia
Domicilio
Recurso asistencial
Sin techo
Otro

Personas con las que convive

Solo/a Cónyuge/Pareja Hijo/a Compañeros de piso
 Padres Hermanos Cuidador/a Otros

Nº de personas con las que convive :

Estado de la vivienda :

Adecuada
Inadecuada

Rol familiar :

Red de apoyo familiar :

Adecuada
Inadecuada

Situación sociofamiliar :

Sistema de apoyo :

Adecuada
Inadecuada

Cónyuge
Padres
Familiares
Amigos
Social
Ninguno
Otros

Problemas de relación familiar

Distanciamiento o separación de la familia
No participa en los acontecimientos familiares
Otros

Sentimientos sobre las relaciones familiares

Se siente apoyado
Se siente integrado
Se siente acompañado
Se siente solo
Indiferencia
No puede mantenerlas o mejorarlas
Otros

Dificultades para tomar decisiones sobre sus relaciones familiares Sí No

Pide ayuda cuando lo necesita Sí No

Registro de sobrecarga del cuidador

 Escala Zarit

 [Ver todas](#)

 [Crear](#)

Sociales

Detección de riesgo social Sí No “Derive a Trabajo Social o Unidad de Valoración Socio Sanitaria”

Problemas de relación social

Aislamiento social
Distanciamiento de las relaciones con los amigos
No participa en los acontecimientos sociales
Otros

Sentimientos sobre las relaciones sociales

Satisfacción
Se siente integrado
Aislamiento social
Indiferencia
No puede mantenerlas o mejorarlas
Necesita apoyo
Otros

Dificultades para tomar decisiones sobre sus relaciones sociales Sí No

Pide ayuda cuando lo necesita Sí No

Interés por el ocio Sí No Actividades de ocio

Conoce los recursos de la comunidad Sí No

Pertenece a grupos/asociaciones Sí No De qué tipo

Observaciones

10.- CREENCIAS Y VALORES

La situación actual le impide vivir de acuerdo a sus valores y creencias Sí No

Qué es más importante en su vida

Planes de futuro

Respuesta ante la pérdida de seres queridos

- Conductas inefectivas Expresión de culpa Tristeza prolongada Duelo anticipado
 Duelo complicado Negación de pérdida Otras

Sentimientos sobre sus valores y creencias

- Vive de acuerdo a sus valores Suele conseguir lo que quiere Buenas expectativas de futuro
 Tiene preocupaciones importantes Contento con la vida Ideas/ Creencias importantes Otros

Conflictos sobre sus valores y creencias

- Oposición familiar Preocupación vida/ muerte Preocupación por la enfermedad
 Preocupación por sufrimiento/ dolor Desconfía en la atención sanitaria
 Desacuerdo con el régimen terapéutico Conflicto con creencias Otros

Observaciones

11.- APRENDIZAJE/DESARROLLO

Prefiere que haya otra persona cuando se le expliquen las necesidades de cuidados Sí No

Persona indicada

Conoce el motivo del ingreso

Si
No
Parcialmente

Conoce el proceso de la enfermedad

Si
No
Parcialmente

Conoce el manejo adecuado de los dispositivos

Si
No
Parcialmente

Conoce el manejo adecuado del tratamiento farmacológico

Si
No
Parcialmente

Conoce el manejo adecuado del tratamiento no farmacológico

Si
No
Parcialmente

Es capaz de desarrollar habilidades para el manejo del tratamiento farmacológico Sí No

Necesita Ayuda

Total
Parcial

Es capaz de desarrollar habilidades para el manejo del tratamiento no farmacológico Sí No

Necesita Ayuda

Total
Parcial

Es capaz de desarrollar habilidades para el manejo de dispositivos Sí No

Necesita Ayuda

Total
Parcial

Tiene interés para aprender Sí No Dificultades para aprender

Deterioro cognitivo
Deterioro de la memoria
Discapacidad
Otras

Observaciones

12.- ADAPTACIÓN A LOS CAMBIOS

Tiene cambios importantes que le producen tensión

Síntomas

Causa

- Preocupaciones
- Problemas laborales
- Problemas familiares
- Miedo
- Culpa
- Traumas previos
- Celos
- Pérdida

- Insomnio
- Nerviosismo
- Irritabilidad
- Sentimiento de muerte
- Otros

Como afronta los problemas cotidianos

- Analiza los problemas
- Somatizaciones
- Impulsividad
- Fármacos
- Inhibición
- Autoagresividad
- Heteroagresividad
- Ingesta de alimentos
- Agitación
- Deporte
- Abuso de sustancias
- Otros

Como responde a los cambios

- Incertidumbre
- Problemas de adaptación
- Incapaz de afrontar decisiones
- Emociones inapropiadas
- Soluciones inadecuadas
- Rechazo de la atención sanitaria
- Negación de problemas evidentes
- Minimiza los síntomas
- Preocupación excesiva/prolongada
- Ansiedad/Temor
- Negación
- Otras

Apoyo para adaptarse a los cambios

- De la familia
- De amigos
- Psicológico
- Sanitario
- Social
- Ninguno
- Otros

Respuesta de la familia

- Apoyo suficiente
- Apoyo insuficiente
- Rechazo
- Intolerancia
- Comunicación limitada
- Otras

Estrés

Causas

- Desencadenantes conocidos
- Está normalmente tenso
- Dificultad para resolver problemas
- Otras

Relajación

- Necesita ayuda
- Uso de técnicas de relajación
- Medicación/ Drogas
- Otras

Observaciones

13.- SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Ciclo biológico

Edad de la menarquia Edad de la menopausia Fecha de la última regla
Nº de partos Nº de abortos Nº de hijos
 Revisiones ginecológicas Última revisión Revisiones urológicas Última revisión

Sexualidad

Relaciones sexuales Sí No

Disfunción sexual

Relación estable Sí No

Trastorno del deseo sexual
Trastorno de la excitación sexual
Trastorno del orgasmo
Trastorno de dolor sexual
Otras

Satisfactorias Sí No

Utiliza métodos anticonceptivos Tipo

Utiliza medidas de prevención ETS Tipo

Como se siente con su cuerpo e identidad sexual

Bien Ansiedad Miedo Frustración Rabia Culpa Abuso Otros

Observaciones

14.- PERCEPCIÓN Y AUTOPERCEPCIÓN

Percepción de sí mismo

- Normalidad Inferioridad Superioridad Inutilidad Culpabilidad
 Impotencia Ambivalencia Apatía Pasividad Otras

Como percibe su estado de salud

- Con preocupación Con despreocupación Con inhibición Con incertidumbre
 Con aceptación Negación Distorsionada Otras

Percibe que su salud interfiere en el desempeño del rol

- Familiar Laboral Social Otros

Se siente apoyado por

- No se siente apoyado Familia Sanitario Social Otros

Percepción de la imagen corporal

- Aceptación Rechazo Distorsionada Indiferencia Preocupación por los cambios
 Miedo al rechazo de otros Otras

Signos de baja autoestima

- Verbalización autonegativa Expresión de desesperanza Expresión de inutilidad Otras

Respuestas conductuales

- Conducta indecisa Confusión Déficit de la atención Irritabilidad Correcta
 Agitación Angustia Otras

Expresión facial

- Adecuada
- Alerta
- Inexpresivo
- No fija la mirada
- Hostil
- Otras

Expresión corporal

- Relajado
- Tenso
- Otra

Estado cognitivo

Orientación en el tiempo Sí No

Orientación en el espacio Sí No

Estados del pensamiento

Dificultad de expresión ideas Alteración de la memoria Dificultad para tomar decisiones

Dificultad de concentración Capacidad de comprensión disminuida Fobias/ miedos

Dificultad de aprender Otras

Alucinaciones

Auditivas Visuales Otras

Registro del nivel de consciencia

 Escala Glasgow

 [Ver todas](#)

 [Crear](#)

Observaciones

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. "De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI". Tercera edición Elsevier. Masson.
2. - Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H et col. "Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados". Tercera edición. Elsevier Mosby.
- 3.- Luis Rodrigo MT, "Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica". Octava edición. Elsevier Masson.
- 4.- "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)". Séptima edición. 2018. Elsevier
- 5.- Departamento de Sanidad de Aragón. Cartera de Servicios de Enfermería 2020. Gobierno de Aragón. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- 6.- Irigibel-Uriz Xabier. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson: Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. Index Enferm [Internet]. 2007 Nov [citado 2021 Mayo 13]; 16(57): 55-59. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200012&lng=e.s.
7. - Henderson Virginia. A Virginia Henderson Reader: Excellence in Nursing. Springer Pub Co, 1995
8. - Gordon, Marjory. Manual de diagnósticos enfermeros. Elsevier 2003.
9. - Ann Marriner Tomey, Martha Raile. Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. Elsevier.
- 10.- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- 11.- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-14199>

