



# 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

Satisfactorias  Sí  No

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

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](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>





