

ANEXO I

VALORACIÓN SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1. Respirar normalmente

Habitualmente respira por: la nariz la boca

¿Tiene dificultad para respirar? No Si

Especificar: _____

Fumador: No Si Ex fumador No Si

Cantidad diaria de cigarrillos: _____ Pipa: _____ Puros: _____

¿Cuándo lo dejó? _____

Posición, medicamentos o hábitos que mejoran / dificultan su respiración: _____

Calidad del aire en el entorno domestico: _____ En el laboral _____

Otros datos de interes: _____

Área/s de dependencia: _____

2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente

¿Dificultad para masticar? No Si ¿Para tragar? No Si ¿Para beber? No Si

Especificar: _____

¿Requiere ayuda para comer /beber? No Si Especificar: _____

Habitualmente come: en casa en el trabajo otros **Come:** solo acompañado

¿Tiene apetito? No Si Número de ingestas / día: _____ Horario: _____

Desayuno: _____ Media mañana: _____

Almuerzo: _____ Merienda: _____

Cena: _____ Otros: _____

Líquidos diarios: Cantidad: _____ Tipo: _____

Alimentos que le Gustan: _____

Alimentos que le desagradan / le sientan mal: _____

Importancia de la alimentación sana: _____

Área/s de dependencia: _____

3. Eliminar por todas las vías corporales

Frecuencia de la eliminación fecal: _____ Esfuerzo: No Si

Características de las heces: _____ Incontinencia: No Si Diarrea: No Si

Estreñimiento: No Si ¿qué hace para controlarlo? _____

¿Toma laxantes? No Si Tipo / frecuencia: _____

Hábitos que ayudan dificultan la defecación: _____

Frecuencia de la eliminación urinaria: _____ Alteraciones: No Si

Especificar: _____

¿Qué hace para controlarlo? _____ Características de la orina: _____

Hábitos que ayudan / dificultan la micción: _____

Menstruación: No Si Duración: _____ Frecuencia: _____

Flujo vaginal: No Si Perdidas intermenstruales: No Si

Sudoración: Escasa Normal

Otros datos de interés: _____

Área/s de dependencia: _____

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

¿Cree que ha disminuido su movilidad? No Si Especificar: _____

¿Precisa inmovilización? No Si Especificar: _____

¿Requiere ayuda para moverse? No Si Especificar: _____

¿Hay alguna postura que no pueda adoptar? No Si Especificar: _____

¿Tiene rigidez en alguna articulación o dificultad para realizar las actividades de la vida diaria? No Si

Especificar: _____

¿Habitualmente hace alguna actividad física / deporte? No Si

Especificar: _____

Grado de actividad diaria: nulo bajo moderado alto muy alto

Otros datos de interés: _____

Áreas de dependencia: _____

5. Dormir y descansar

Horas de sueño/día: _____ Nocturno: _____ Siesta: _____ Otros: _____

¿Dificultad para conciliar el sueño? No Si ¿Para mantenerlo? No Si

¿Al levantarse se siente cansado? No Si ¿Somnoliento? No Si

¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye? _____

Si toma medicación para dormir, tipo / dosis: _____

Recursos para inducir / facilitar el sueño: _____

Otros datos de interés: _____

Áreas de dependencia:

6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse

¿Su vestuario y calzado habitual resultan cómodos? No Si

¿Está condicionado por algo? No Si Especificar: _____

¿Hay algún objeto /prenda que quiera llevar siempre? No Si Especificar: _____

¿Requiere ayuda para ponerse / quitarse la ropa / calzado? No Si

Especificar: _____

Qué importancia le da a la ropa: _____

Otros datos de interés: _____

Áreas de dependencia:

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente

¿Es sensible al frío? No Si ¿Al calor? No Si

¿A los cambios de temperatura? No Si

¿Su casa está acondicionada para el frío? No Si ¿Para el calor? No Si

¿Habitualmente está en ambientes fríos? No Si ¿Calurosos? No Si

Recursos que usa para combatir el frío / calor: _____

¿Sabe tomar la temperatura? No Si ¿Qué hace cuando tiene fiebre? _____

Otros datos de interés: _____

Área/s de dependencia:

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Baño: No Si Ducha: No Si Frecuencia: _____ Hora preferida: _____

Frecuencia del: Lavado de pelo: _____ Rasurado: _____

Higiene dental: Cepillado de dientes: No Si Desayuno Almuerzo Cena

Dentadura postiza: No Si Limpieza: producto / frecuencia: _____

¿Precisa ayuda para la higiene? No Si Especificar: _____

Otros requerimientos higiénicos: _____

¿Qué importancia da a la higiene corporal? _____

Otros datos de interés: _____

Área/s de dependencia

9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas

Prácticas sanitarias habituales:

Vacunación: No Si

Revisiones periódicas No Si Autoexploración: No Si Especificar: _____

Protección de las ETS: No Si Otras: _____

Nivel de seguridad en el trabajo: nulo bajo adecuado

Nivel de seguridad en su barrio: nulo bajo adecuado

Nivel de seguridad en su casa: nulo bajo adecuado

¿En los dos últimos años ha sufrido pérdidas? No Si ¿Cambios corporales/funcionales? No Si

Especificar: _____

¿Cómo se ve y se siente físicamente? _____

¿Cuáles son sus principales características como persona? _____

Ante esta situación (motivo de la consulta) ¿cómo se siente? _____

¿Qué se siente capaz de lograr? _____

¿Qué cree que puede ayudarle ahora? _____

¿Cómo suele afrontar los cambios/problemas? _____

¿Toma medicación, alcohol u otras drogas para sentirse mejor, relajarse, rendir más, etc? No Si
Especificar: _____

¿Sigue el tratamiento prescrito? No Si A veces ¿Por qué? _____

Otros datos de interés: _____

Áreas de dependencia

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones o temores

¿Se comunica satisfactoriamente con las personas de su entorno? No Si

Especificar: _____

¿Cuáles son las personas más importantes en su vida? _____

¿Suele relacionarse con ellas? No Si ¿Por qué? _____

¿Su situación actual ha alterado sus relaciones familiares/sociales? No Si

Especificar: _____

¿Se considera extrovertido introvertido ?

¿Con quién suele compartir sus problemas? _____

¿Dispone de esa/s persona/s? No Si ¿Por qué? _____

¿SE siente integrado en su casa? No Si ¿Y en el trabajo? No Si

¿Y en la escuela? No Si ¿Y en el barrio / pueblo? No Si

¿Pertenece a alguna asociación / grupo? No Si ¿A cuál? _____

¿Le cuesta pedir/aceptar ayuda? No Si ¿Por qué? _____

¿Sus relaciones sexuales son satisfactorias? No Si ¿Por qué? _____

¿Han sufrido cambios/problemas? No Si Especificar: _____

¿Usa algún método anticonceptivo? No Si Especificar: _____

¿Está satisfecho/a con él? _____

Otros datos de interés: _____

Area/s de dependencia:

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias

¿Sus ideas/creencias influyen en su alimentación? No Si ¿En el vestir? No Si

¿En los cuidados de salud? No Si ¿Y en otros aspectos? No Si

Especificar: _____

¿Su situación actual interfiere con el seguimiento de sus ideas/creencias? No Si

Especificar: _____

En su situación actual sus ideas/creencias le ayudan no le ayudan no interfieren

¿Le cuesta tomar decisiones? No Si ¿Por qué? _____

Otros datos de interés: _____

Area/s de dependencia:

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

Vive: solo con su familia con amigos con otras personas

Número de personas con las que comparte la casa: _____

¿Representa eso un problema? No Si Especificar: _____

Ocupación principal: _____

Trabajo remunerado fuera de casa en casa trabajo doméstico estudios otros

Otras ocupaciones importantes: _____

¿Su situación actual ha comportado cambios en sus ocupaciones? No Si

Especificar: _____

¿Cómo repercuten en su vida estos cambios? _____

¿Qué cree que puede ayudarle a afrontarlos? _____

¿Cómo repercuten en su familia? _____

Otros datos de interés: _____

Area/s de dependencia

13. Participar en actividades recreativas

¿Se aburre cuando no trabaja en su ocupación habitual? No Si

Pasatiempos / distracciones habituales: _____

Horas a la semana que les dedica: _____

El tiempo de ocio lo pasa: sólo con la familia con amigos

¿Su situación de salud ha cambiado sus pasatiempos / distracciones? No Si

Especificar: _____

Otros datos de interés: _____

Area/s de dependencia:

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

Nivel de escolarización: Sabe leer y escribir EGB FP
Estudios secundarios Estudios universitarios
¿Presenta dificultad para el aprendizaje? No Si
Especificar: _____
Cuando desea saber algo sobre su salud recurre a: la familia los amigos el médico
La enfermera libros otros
¿Qué información sobre su salud necesita / desearía? _____
¿Conoce algún recurso comunitario que pueda serle útil? No Si
Otros datos de interés: _____

Area/s de dependencia:

Otros datos relevantes

¿Hay algo que quiera añadir? _____
¿Hay algo que desee preguntarme? _____
¿Hay algo que desee consultar con otro profesional? _____
De todo lo hablado ¿qué le parece lo más importante o le preocupa más? _____

ANÁLISIS DE LOS DATOS

1.- Extracción de los datos –clave (describa las necesidades dependientes, teniendo como referente el siguiente cuadro):

Situación de autonomía

- 0 Autónomo
- 1 Necesidad de ayuda material
- 2 Necesidad de ayuda de otra persona
- 3 Necesidad de ayuda material y de otra persona
- 4 Necesidad de ayuda total

2.- Problemas colaborativos (Agrupación de signos y síntomas llamados a vigilar/controlar)

Diagnósticos de Enfermería (Relación de factores contribuyentes y características definatorias)