

**GUÍA DE VALORACIÓN BASADA EN LAS 14 NECESIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA  
HENDERSON**

**DATOS GENERALES**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Religión: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_  
 Hospitalizaciones previas: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico(s) Médico(S): \_\_\_\_\_  
 Antecedentes de alergias: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la valoración: \_\_\_\_\_ Nombre de la enfermera: \_\_\_\_\_

**1. RESPIRACIÓN NORMALMENTE**

**Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza:  Voluntad:  Conocimiento:  Sin alteraciones:   
 Qué le hace falta: \_\_\_\_\_  
 Tabaquismo:  Asma:  Frecuencia respiratoria \_\_\_\_\_ por minuto.  
 Patrón respiratorio: Taquipnea:  Bradicardia:  Intensidad: \_\_\_\_\_  
 Ausencia o disminución de la tos:  Tos productiva:  Tos seca:  Aleteo nasal:   
 Disnea al esfuerzo:  Disnea en reposo:  SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_% Cianosis peribucal:   
 Incapacidad para expulsar secreciones:  Ortopnea:  Hiperemia:  Tiros intercostales:   
 Tratamiento: \_\_\_\_\_

**2. COMER Y BEBER ADECUADAMENTE**

**Para mantener la necesidad de alimentación considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza:  Voluntad:  Conocimiento:  Sin alteraciones:   
 Qué le hace falta: \_\_\_\_\_  
 Número de comidas al día: \_\_\_\_\_ Horario: Siempre a la misma hora:  Discontinuamente:   
 Frecuencia y tipo de alimentos que consume:

	Leche	Huevo	Carne blanca	Carne roja	Verduras	Cereales	Leguminosas
Diario:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cada 3er. Día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semanalmente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentos que desagrada: \_\_\_\_\_  
 Patrón de pérdida/aumento de peso: \_\_\_\_\_  
 Consumo de suplementos/ complementos diarios: \_\_\_\_\_  
 Normalmente dónde consume sus alimentos: En la calle regularmente:  En casa regularmente:   
 Nauseas:  Vómitos:  Pirosis:  Problemas al deglutir:  Problemas al masticar:   
 Glucosa en capilar: \_\_\_\_\_ mg/dL Diabetes Mellitus:  Tipo: \_\_\_\_\_  
 Diabetes Mellitus en familiares:  Tipo: \_\_\_\_\_ Quiénes: \_\_\_\_\_  
 Dolor abdominal: Tipo cólico:  Ardor:  Punzante:  Irradiante a: \_\_\_\_\_  
 Gingivorragia:  Estomatitis:  Polifagia:  Palidez:  Ictericia:  Petequia:   
 Caída de cabello:  Pérdida de peso:  Aumento de peso:  Anoxia:  Anorexia:   
 Lengua: Ulceras:  Inflamación:  Labios: Fisuras:  Ulceras:  Inflamación:   
 Ausencia de dientes:  Cuáles: \_\_\_\_\_ Usa prótesis dentales:   
 Higiene bucal: Muy buena  Buena  Regular  Mala  Peso: \_\_\_\_\_ Kg.  
 Talla \_\_\_\_\_ cm. IMC \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup> Delgadez  Sobrepeso  Clase de obesidad \_\_\_\_\_  
 Tratamientos: \_\_\_\_\_

Clasificación	IMC	Riesgo
Delgadez	Menos de 18.5	Problemas clínicos
Normal	18.5-24.99	Sin riesgo
Sobrepeso	25-29.99	Considerable
Obesidad clase I	30-34.99	Moderado
Obesidad clase II	35-39.99	Severo
Obesidad clase III	40 ó más	Muy severo

**Para mantener la necesidad de hidratación considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza:  Voluntad:  Conocimiento:  Sin alteraciones:   
Qué le hace falta: \_\_\_\_\_  
Cantidad de líquidos: \_\_\_\_\_ ml Tipo: Agua pura:  Agua de sabor:  Refresco:   
Consume café:  Cantidad: \_\_\_\_\_ ml Frecuencia: \_\_\_\_\_  
Consume bebidas alcohólicas: Tipo: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ ml Frecuencia \_\_\_\_\_  
Método de purificación del agua: Comercial:  Hervida:  Clorada:  Otro: \_\_\_\_\_  
Mucosa oral deshidratada:  Edema generalizado:  Polidipsia:   
Ojos hundidos:  Líquidos parenterales: \_\_\_\_\_  
Tratamientos: \_\_\_\_\_

**Datos asociados al sistema cardio-circulatorio:**

Presión arterial: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ por minuto Intensidad: \_\_\_\_\_  
Arritmia del pulso:  Soplos cardíacos: \_\_\_\_\_  
Bradycardia:  Taquicardia:  Fosfenos:  Acufenos:  Edema en Msls:   
Agitación:  Hormigueo:  Sudoración:  Dolor en pecho:   
Llenado capilar de Msls: D\_\_\_\_/ I\_\_\_\_ Seg. Varices en Msls:  Hipertensión arterial:   
Hipertensión arterial en familiares:  Quiénes: \_\_\_\_\_  
Hemorragias:  Cantidad: \_\_\_\_\_ ml Ubicación: \_\_\_\_\_  
Cardiopatías en familiares: Quiénes: \_\_\_\_\_  
Tratamientos: \_\_\_\_\_

**3. COMER Y BEBER ADECUADAMENTE**

**Para mantener la necesidad de eliminación urinaria considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza:  Voluntad:  Conocimiento:  Sin alteraciones:   
Qué le hace falta: \_\_\_\_\_  
Patrón urinario: Frecuencia: \_\_\_\_\_ al día. Cantidad: \_\_\_\_\_ ml Características: \_\_\_\_\_  
Incontinencia:  Anuria:  Oliguria:  Disuria:  Retención:   
Poliuria:  Enuresis:  Nicturia:  Piuria:  Infecciones urinarias frecuentes:   
Dolor:  Polaquiuria:  Ardor:  Goteo al terminar de orinar:   
Antecedentes de cáncer en las vías urinarias: Quiénes: \_\_\_\_\_  
En caso del hombre: Crecimiento prostático en familiares: Quiénes: \_\_\_\_\_  
En caso del hombre: Examen de la próstata: Cuando: \_\_\_\_\_  
Especificar: \_\_\_\_\_  
Tratamientos: \_\_\_\_\_

**Para mantener la necesidad de eliminación intestinal considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza:  Voluntad:  Conocimiento:  Sin alteraciones:   
Qué le hace falta: \_\_\_\_\_  
Patrón intestinal: Frecuencia \_\_\_\_\_ al día Cantidad: \_\_\_\_\_ ml Características: \_\_\_\_\_  
Diarrea:  Estreñimiento:  Hemorroides:  Melena:  Acolia:   
Hemaquesia:  Esteatorrea:  Flatulencia:  Dolor:  Perístalsis \_\_\_\_\_ x'  
Antecedentes de cáncer en el tracto gastrointestinal: Quiénes: \_\_\_\_\_  
Tratamientos: \_\_\_\_\_

**Otras vías de eliminación:**

Pérdidas insensibles (PI): Cantidad en 24 hrs \_\_\_\_\_ ml  
Drenajes: Tipo: \_\_\_\_\_ Cantidad en 24 hrs: \_\_\_\_\_ ml

<b>Fórmula para cálculo de pérdidas insensibles:</b>		
PI= Peso (kg) X Constante X Número de horas		
<i>Constantes:</i>		
Hipotermia: 0.5	Eutermia: 0.7	Hipertermia: 1.5

#### 4. MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA POSTURA ADECUADA

**Para realizar actividad física considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza:  Voluntad:  Conocimiento:  Sin alteraciones:

Qué le hace falta: \_\_\_\_\_

Actividad física:  Tipo de actividad: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_min En dónde: \_\_\_\_\_

Cuántas veces por semana \_\_\_\_\_ Conoce los beneficios de la actividad física: Si:  No:

Porque: \_\_\_\_\_

Alteraciones musculo-esqueléticas que le impiden desarrollar actividad:

Especificar: \_\_\_\_\_

A la actividad física presenta alguna de las siguientes:

Disnea:  Debilidad:  Fatiga:  Otras: \_\_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

Tratamientos: \_\_\_\_\_

**Para moverse y trasladarse considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza:  Voluntad:  Conocimiento:  Sin alteraciones:

Qué le hace falta: \_\_\_\_\_

Para moverse o trasladarse requiere de alguno de los siguientes:

Algún dispositivo: Silla de ruedas:  Andadera:  Bastón:  Otro: \_\_\_\_\_

De ayuda de alguien:  De quién: \_\_\_ Le realizan actividad pasiva: por cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Limitación a la: deambulaci3n:  Movilidad física:  Movilidad en cama:

Postura habitual en relación al trabajo o actividades de la vida diaria: \_\_\_\_\_

Alteraciones musculo-esqueléticas que le impidan moverse y trasladarse:

Especificar: \_\_\_\_\_

Tratamientos: \_\_\_\_\_

#### 5. MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA POSTURA ADECUADA

**En la satisfacción del descanso y sueño considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza:  Voluntad:  Conocimiento:  Sin alteraciones:

Qué le hace falta: \_\_\_\_\_

Número de horas que duerme durante el día: \_\_\_\_\_ Por la noche:  Durante el día

Calidad del sueño:  Profundo:  Difícil de conciliar:  Pesadillas:

Falta de energía:  Ausentismo:  Mala calidad de vida:  Disminución del estado de salud:

Somnolencia:  No se concentra:  Cambios de humor:  Sueño no reparador/siestas diurnas:

Tratamientos: \_\_\_\_\_

#### 6. SELECCIONAR VESTIMENTA ADECUADA

**En la selección de vestimenta adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza  Voluntad  Conocimiento  Sin alteraciones

Qué le hace falta: \_\_\_\_\_

Presenta alguna de las siguientes incapacidades:

Elegir ropa:  Ponerse la ropa:  Mantener el aspecto a un nivel satisfactorio:

Coger la ropa:  Ponerse los zapatos:  Quitarse la ropa:  Abotonarse la ropa:

Alteraciones musculo-esqueléticas que le impidan vestirse/desvestirse:

Especificar: \_\_\_\_\_

Tratamientos: \_\_\_\_\_

#### 7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

**Para mantener la temperatura corporal adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza  Voluntad  Conocimiento  Sin alteraciones:

Qué le hace falta: \_\_\_\_\_

Se protege de los cambios de temperatura ambiental: \_\_\_\_\_

Presencia de infecciones:  Donde: \_\_\_\_\_

Piel enrojecida:  Piel caliente:  Taquicardia:  Taquipnea:

Piel fría:  Cianosis:  Escalofrío:  Piloerección:

Temperatura corporal \_\_\_\_\_°C Que hace en caso de fiebre: \_\_\_\_\_  
Tratamientos: \_\_\_\_\_

## 8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL

**Para mantener la higiene corporal adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza  Voluntad  Conocimiento  Sin alteraciones

Qué le hace falta: \_\_\_\_\_

Aspecto físico: Arreglado:  Desarreglado:

Presenta alguna de las siguientes incapacidades:

Obtener los artículos del baño:  Obtener agua o llegar al grifo:  Lavar total o parcialmente el cuerpo:

Coger artículos del baño:  Entrar y salir del baño:  Lavarse el cuerpo:  Secarse el cuerpo:

Que le motiva para arreglarse y mantener la higiene: \_\_\_\_\_

Tratamientos: \_\_\_\_\_

**Para mantener la integridad de la piel y anexos adecuadamente considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza  Voluntad  Conocimiento  Sin alteraciones

Qué le hace falta: \_\_\_\_\_

Aspecto: Limpia e integra  Mal aspecto y alterada

Especificar: \_\_\_\_\_

Presencia de micosis en: \_\_\_\_\_

Otras alteraciones en la piel: \_\_\_\_\_

## 9. EVITAR LOS PELIGROS

**Para mantener la higiene corporal adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza  Voluntad  Conocimiento  Sin alteraciones

Qué le hace falta: \_\_\_\_\_

*Antecedentes personales*

Alcoholismo:  Drogadicción:  Tabaquismo:  Automedicación: \_\_\_\_\_

Deportes extremos:  Agudeza visual: OD \_\_\_\_\_ OI \_\_\_\_\_ Agudeza auditiva: \_\_\_\_\_

Reconoce peligros ambientales:  Vive solo (a):  Antecedentes de caídas:

Prótesis en extremidades:  \_\_\_\_\_

Uso de dispositivos para deambular y/o moverse:  \_\_\_\_\_

Tratamientos: \_\_\_\_\_

Características del hogar: \_\_\_\_\_ Tipo de piso: \_\_\_\_\_

Número de plantas (pisos, niveles): \_\_\_\_\_ Escaleras sin pasamanos: \_\_\_\_\_ Animales: \_\_\_\_\_

Esquema de vacunación: \_\_\_\_\_ Peligros ambientales cerca de su hogar: \_\_\_\_\_

Examen de mama:  Cuándo: \_\_\_\_\_ Prueba de Papanicolaou  Cuándo: \_\_\_\_\_

## 10. COMUNICARSE CON OTROS, EXPRESAR EMOCIONES, MIEDOS U OPINIONES

**Para mantener la necesidad de comunicación considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza  Voluntad  Comunicación  Sin alteraciones

Qué le hace falta: \_\_\_\_\_

Estado de conciencia: Ubicado en tiempo  Lugar  Persona

Con quien vive: \_\_\_\_\_

Cuando se siente sólo, triste o deprimido con quien platica: \_\_\_\_\_

En caso de soledad y tristeza, qué conducta adopta: Me aíso: \_\_\_\_\_ Busco ayuda: \_\_\_\_\_

Platico con alguien: \_\_\_\_\_

Defectos o alteraciones físicas que le limiten la comunicación: \_\_\_\_\_

Tratamientos: \_\_\_\_\_

**ASPECTOS DE SEXUALIDAD:**

**Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza  Voluntad  Conocimiento  Sin alteraciones

Estado civil: Soltero (a)  Casado (a)  Divorciado (a)  Viudo (a)  Otro: \_\_\_\_\_

Método de planificación familiar: \_\_\_\_\_  
DESEA HABLAR DE SU SEXUALIDAD: Si:  No:   
Satisfacción con su estado civil:   
Si la respuesta es no; por qué: \_\_\_\_\_  
Preferencias sexuales: \_\_\_\_\_  
Se ha realizado la prueba de VIH  Resultado: \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es no, por qué: \_\_\_\_\_  
Problemas o alteraciones en los órganos sexuales que le impidan cumplir con esta necesidad:  
\_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_

**11. EJERCER CULTO A DIOS, ACORDE CON LA RELIGIÓN**

**Para mantener la espiritualidad considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza  Voluntad  Conocimiento  Sin alteraciones

Qué le hace falta: \_\_\_\_\_

Práctica alguna religión: Si  No

Cuál: \_\_\_\_\_

Su religión le impide tomar algunos tratamientos ofrecidos por el sector salud: \_\_\_\_\_

**12. TRABAJAR DE FORMA QUE PERMITA SENTIRSE REALIZADO**

**Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza  Voluntad  Conocimiento  Sin alteraciones

Qué le hace falta: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Se siente satisfecho con lo que hace: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es no, por qué: \_\_\_\_\_

Cree que su situación laboral o profesional repercute en su estado de salud: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, por qué: \_\_\_\_\_ Dentro de su familia que rol ocupa:  
\_\_\_\_\_ Se siente satisfecho con su rol: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es no, por qué: \_\_\_\_\_

**13. PARTICIPAR EN TODAS LAS FORMAS DE RECREACIÓN Y OCIO**

**Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza  Voluntad  Conocimiento  Sin alteraciones

Qué le hace falta: \_\_\_\_\_

Dispone de tiempo libre: \_\_\_\_\_ Cuánto: \_\_\_\_\_ min. En que lo invierte: \_\_\_\_\_

Cuáles son sus pasatiempos: \_\_\_\_\_

Considera que sus pasatiempos repercuten su estado de salud: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es si, por  
qué: \_\_\_\_\_ Estaría dispuesto a cambiar de pasatiempo: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, por qué: \_\_\_\_\_

**14. ESTUDIAR, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD**

**Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:**

Fuerza  Voluntad  Conocimiento  Sin alteraciones

Qué le hace falta: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios: \_\_\_\_\_ Se siente satisfecho con su nivel de estudios

Si la respuesta es no, por qué: \_\_\_\_\_

Le gustaría seguir estudiando: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es no, por qué: \_\_\_\_\_

Conoce actividades de aprendizaje para su edad: \_\_\_\_\_ Cuáles: \_\_\_\_\_

Le gustaría involucrarse con alguna de ellas: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, por qué: \_\_\_\_\_