

# Valoración de enfermería

## Basada en la filosofía de Virginia Henderson



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Edgar Correa Argueta  
Elsy Elizabeth Verde Flota  
Juan Gabriel Rivas Espinosa



# **Valoración de enfermería**

---

**Basada en la filosofía de  
Virginia Henderson**



**RECTOR GENERAL**  
Dr. Salvador Vega y León  
**SECRETARIO GENERAL**  
M. en C. Q. Norberto Manjarrez Álvarez

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO

**RECTORA**  
Dra. Patricia E. Alfaro Moctezuma  
**SECRETARIO**  
Lic. G. Joaquín Jiménez Mercado

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

**DIRECTOR**  
Mtro. Rafael Díaz García  
**SECRETARIA ACADÉMICA**  
Dra. Leonor Sánchez Pérez  
**JEFA DEL PROGRAMA EDITORIAL**  
Lic. Zyanya Patricia Ruiz Chapoy

**COMITÉ EDITORIAL**  
Esp. Marco Antonio Díaz Franco  
Dr. Román Espinosa Cervantes  
Dr. Jordan Golubov Figueroa  
Dra. María Angélica Gutiérrez Nava  
M. en C. Alejandro Meléndez Herrada  
M. en C. Dorys Primavera Orea Coria  
Dra. Norma Ramos Ibáñez  
Dr. Ernesto Sánchez Mendoza

“VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON”  
Primera edición: 2016  
ISBN:

D.R. © UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
Unidad Xochimilco  
Calzada Del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Del. Coyoacán, C.P. 04960, Ciudad de México,  
Tel.: 5483 7000 ext. 3783.

Imágenes de portada: División de CBS

Impreso y hecho en México

# Valoración de enfermería

---

Basada en la filosofía de  
Virginia Henderson

Edgar Correa Argueta | Elsy Elizabeth de Jesús Verde Flota  
Juan Gabriel Rivas Espinosa



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**



# Índice

1. Prólogo	9
2. Introducción	11
3. Marco conceptual	13
3.1. Relación del modelo de Virginia Henderson y la valoración	14
3.2 Integración de la valoración	20
4. Tipología de las 14 necesidades de Virginia Henderson	23
5. Descripción tipológica de las 14 necesidades	25
5.1. El llenado de los datos en la guía para el registro de valoración del paciente	46
5.2. Campos obligatorios de la valoración enfermera al ingreso	49
6. Consideraciones finales	51
7. Bibliografía	53
8. Anexos	67





## 1. Prólogo

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> a través de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* y a la *Joint Commission International* desarrollaron en conjunto la identificación y la adaptación de soluciones a las diferentes necesidades de los estados miembros de esta organización, proponiendo “Seis Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente”,<sup>2</sup> mismos que en México, se incorporaron como “metas internacionales para la seguridad del paciente” en el proceso de certificación del Consejo de Salubridad General.

Con la implementación de las metas internacionales se buscó estandarizar el cuidado de enfermería, a través del Plan de Cuidados Estandarizado (PLACE),<sup>3</sup> que parte del diagnóstico de enfermería de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), el cual está diseñado en un modelo que responde a las causas de morbimortalidad registradas por las instituciones de salud, la planificación por medio de la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y la implementación de las intervenciones de enfermería *Nursing Intervention Classification* (NIC), pretenden dar evidencia de la continuidad del cuidado, a partir de una validación cuantitativa, y estos planes estandarizados serán las guías metodológicas para el profesional de la disciplina, y al mismo tiempo se pretende unificar el lenguaje de enfermería, no así el hacer de enfermería, donde parece que la valoración diseñada a partir de un modelo, teoría o indicador no es necesaria, pero desde el punto de vista metodológico se perdería parte de la estructura, debido a que solo se enfoca al hacer global de enfermería, dejando la individualización, y el saber de enfermería, el cual necesita de la valoración para entender los procesos de cada paciente o usuario,<sup>4</sup> como lo aborda Myers el cuidado estandarizado es un protocolo específico de cuidados apropiados para aquellos pacientes que padecen problemas normales o previsibles relacionados con un diagnóstico concreto o una enfermedad.<sup>5</sup> En este sentido, la valoración es la primera parte del Proceso de Enfermería (P.E.) que hace referencia al primer acercamiento entre el profesional de enfermería y el paciente, a partir del cual se podrá desprender un programa básico de prevención, promoción y conservación de la salud, y ofertar cuidados planeados de manera integral e interdisciplinaria<sup>5</sup>.

---

En la UAM Xochimilco, específicamente en la carrera de enfermería no se disponía de un instrumento estandarizado, con el cual se pueda apoyar el diseño para la obtención de datos, y toma de decisiones del profesional del cuidado, es por ello que el libro que a continuación se presenta se enfoca al diseño de un instrumento de valoración que se basa en la propuesta filosófica de Virginia Henderson. El instrumento diseñado a partir del modelo permite la comparación de datos, la elaboración de conclusiones en el marco de la integración del metaparadigma de enfermería que incluye los conceptos de; persona, salud, entorno y enfermería, fortaleciendo la estructura disciplinaria de la atención al paciente que aporte elementos en el alumno que apunten a la cultura de calidad y seguridad de la atención<sup>6</sup>. Esta obra permitirá al alumno fortalecer la vinculación entre la teoría y la práctica clínica, además de permitir el desarrollo de habilidades y destrezas en diferentes escenarios de su formación. Así mismo permite la unificación de criterios en la etapa de valoración del individuo desde un enfoque disciplinar.

*Edgar Correa Argueta*

## 2. Introducción

La enfermería profesional requiere una forma de actuar encaminada a solucionar o minimizar los posibles problemas de la vida cotidiana relacionados con la salud, siendo su actuación ordenada y sistemática, donde las acciones estén estructuradas y direccionadas a la resolución de las necesidades y potencializar la independencia de quien recibe los cuidados profesionales de enfermería.

Para aplicar el cuidado, se necesita desarrollar habilidades metacognitivas que permitan ordenar y estructurar las actividades, fomentando el desarrollo y fortaleciendo el análisis para la toma de decisiones, que conduzca a la solución de las situaciones en las que se interviene.

Esta estructura de las actividades se refleja mediante la aplicación del Proceso de Enfermería (P.E.), que constituye una herramienta para organizar el trabajo del profesional.

La estructura del P.E., como método de trabajo o como herramienta metodológica, está constituida por una serie de pasos o etapas íntimamente interrelacionadas. Dichas etapas son la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La valoración es la primera fase del P.E., constituye la base de las mismas, pudiendo ser considerada, como la piedra angular de la totalidad del trabajo, ya que es el método idóneo para obtener la información que lleve a formular el diagnóstico de enfermería, y a partir de este a proponer y llevar a cabo intervenciones encaminadas a su logro y evaluación.

El diseño de esta guía de valoración pretende facilitar al alumno de la carrera de enfermería de la UAM Xochimilco la vinculación teórico-metodológica con el escenario clínico real, coadyuvando a la integración taxonómica propuesta por la *North American Nurses Diagnosis* (NANDA), *Nurse Outcomes Classification* (NOC) y la *Nurses Intervention Classification* (NIC).

La guía de valoración tiene su fundamento teórico filosófico en el modelo teórico de Virginia Henderson puesto que desde nuestra

---

perspectiva permite la consecución de una metodología estandarizada completa, debido a que la valoración es la fase fundamental, continuada y obligada, con lo que se pretende dar respuesta a la necesidad de estandarización para integrar el conocimiento que garantice la seguridad y responda a los estándares nacionales e internacionales de calidad para la atención en los servicios de enfermería que se verán reflejados en el cuidado de la persona.

### 3. Marco conceptual

El término de valoración, en forma consensuada se le considera como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recolección e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y sus respuestas a esta,<sup>7</sup> a partir del cual se genera un juicio clínico, cuyas características son:

- Planificado: Es decir, no improvisado, sino pensado y diseñado de antemano.
- Sistemático: Esto es que requiere de un orden, de un método para su realización.
- Continuo: Comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados de enfermería.
- Deliberado: Es decir que precisa de una actitud reflexiva voluntaria, consciente y con un objetivo por parte de quien la ejecuta<sup>8</sup>.

El proceso de valoración de enfermería permite decidir qué información es relevante, qué áreas son de nuestra competencia, cuál debe ser el enfoque de nuestra intervención; decisiones que, sin duda, son influidas por los conocimientos, habilidades, conceptualizaciones, creencias y valores disciplinarios<sup>9</sup>.

La *American Nursing Association* (ANA), ha determinado la respuesta humana como el campo de actuación de las intervenciones de enfermería, construcciones que el profesional del cuidado debe reconocer en cada persona y a cada instante de su intervención<sup>10</sup>.

El tipo de valoración que se realice y el paradigma que se contemple determinará la forma de construcción de los diagnósticos sobre los cuales el profesional de la enfermería debe diseñar su actuar.

Valorar implica considerar los siguientes atributos:

- Captar información, es decir ir más allá de capturar, aprehender o atraer. Constituye una acción completamente activa y para cuya realización precisa disponer, no solo de conocimientos, sino de la sensibilidad y concientización de quien realice tal proceso, ya que en caso contrario se podría caer en el error de estar obteniendo datos sin estar realmente valorando<sup>11,12</sup>.

- 
- Contestar instrumentos u hojas de valoración de enfermería, por muy completas que estas sean, no es realmente valorar, si el profesional de enfermería que los capta, además de poseer los conocimientos y las habilidades precisas para ello, no está concientizado de la necesidad y validez de la acción que está realizando<sup>13</sup>.
  - Decir que esta captación de la realidad que están viviendo las personas en cada momento, ha de ser lo más acertada posible, lleva implícito el compromiso permanente de la continuidad así como de la puesta en práctica de técnicas específicas que han de posibilitarlo; lo que a su vez condiciona el conocimiento y la posesión de las habilidades precisas para ello<sup>14</sup>.
  - Asegurar que esta captación acertada debe de hacerse de la naturaleza de las respuestas humanas, establece que la persona que realice la valoración enfermera ha de conocer las características propias, esenciales del modo de responder de las personas a las situaciones con las que se enfrentan, involucrando cuatro componentes: el biológico, el espiritual, el psicológico y el sociológico<sup>15</sup>.
  - La aceptación de la coexistencia de estos cuatro componentes en las personas, el centro de un sistema en torno al cual gire el cuidado profesional, lleva implícita la aceptación de que cuando la persona responde a una determinada situación de salud lo hará íntegramente, esto es con todos sus componentes<sup>16</sup>.
  - La necesidad de contemplar la globalidad de la respuesta humana, de forma continua, conlleva la necesidad de una formación minuciosa, progresiva y exhaustiva, no sólo en el campo propio de la enfermería sino en el de las relaciones interpersonales, de la persona que lleve a cabo la valoración, así como de un entorno y de un contexto situacional que posibilite la misma<sup>17</sup>.

### ***3.1. Relación del modelo de Virginia Henderson y la valoración***

La valoración de enfermería permite determinar las respuestas humanas a situaciones de salud, por lo que se debe de adoptar un marco que guíe y oriente la actuación del profesional, es decir necesita aplicar un marco conceptual teórico-metodológico fundamentado en una filosofía, una teoría o un modelo de enfermería<sup>18</sup>.

La forma de entender la profesión, el rol profesional, el comportamiento en la cotidianidad del hacer enfermería, son claros indicativos de la adhesión a un modelo<sup>19, 20</sup>.

La implementación de una teoría o modelo, es determinante en el proceso de la valoración, debido a que es una guía en la toma de decisiones, además de ser el indicador sobre la calidad del cuidado, la información relevante, qué áreas son competencia de enfermería, para que en consecuencia se orienten las intervenciones, con la responsabilidad de reforzar las conceptualizaciones y aplicaciones<sup>21</sup>, crear un cuerpo de conocimientos, y un carácter profesional, el modelo conceptual adoptado para guiar la valoración de los alumnos de la carrera de Enfermería de la UAM-Xochimilco, es el modelo filosófico de Virginia Henderson, el cual expone de manera clara, el rol autónomo y la especificidad de su servicio, donde los conceptos de persona y salud, coinciden con el pensamiento humanístico, que impregna actualmente esta universidad. Este modelo filosófico tiene las siguientes características:

- El lenguaje utilizado es sencillo y fácilmente comprensible.
- Es flexible y abierto, permitiendo la incorporación de nuevos conceptos.
- Se adapta al contexto actual de salud del país, ya que al lado de la función propia de la enfermería (autónoma), contempla la interdependencia de esta con respecto a otras profesiones (de colaboración), considerando al ejercicio profesional, como un servicio único, con relaciones que refuerzan la interdisciplinaria.
- Es una propuesta conceptual muy similar a esquemas teóricos como el de necesidades de Maslow y una propuesta biologicista de aproximación a las necesidades humanas, situación afín a los planes y programas de estudio vigentes en las últimas dos décadas en México<sup>22</sup>.

Por lo anterior este es uno de los modelos más aplicados en diferentes universidades formadoras de recursos humanos en enfermería, en instituciones hospitalarias, generando un número importante de publicaciones e investigaciones, hecho que ha contribuido a un mejor y mayor conocimiento del mismo, y con ello a una extensión mayoritaria por los distintos sistemas de cuidados enfermeros en los que actualmente se desempeña el profesional de enfermería<sup>23</sup>.

El soporte teórico del modelo filosófico de Henderson de las 14 necesidades, se centran en el paradigma enfermero: persona, entorno, la salud y el rol profesional<sup>24, 25</sup>.

---

Los elementos fundamentales de Virginia Henderson y sus postulados son los siguientes:

- La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
- Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona no es un todo, no es independiente.
- Enfermería tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales, lo que propicia la intervención interdisciplinaria
- La sociedad espera un servicio de enfermería, que ningún otro profesional puede darle.
- El objetivo de los cuidados enfermeros es ayudar a la persona a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia; o a morir dignamente.
- El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de sus 14 necesidades básicas.
- El rol profesional es de suplencia de la autonomía (hacer por la persona) o de ayuda (hacer con la persona).
- La fuente de dificultad, (área de dependencia), es el origen donde radica esta, y se relaciona con la falta de fuerza (no poder hacer), la falta de conocimiento (no saber hacer) y/o la falta de voluntad (no querer hacer).
- La intervención de enfermería hace referencia al centro de atención, que son las áreas de dependencia de la persona y a los modos de intervención, dirigidos a aumentar, completar, reforzar o sustituir esa, ya mencionada falta de fuerza de conocimiento o de voluntad.
- Las consecuencias de la intervención de enfermería serán; la satisfacción de las necesidades básicas de la persona, supliéndola o ayudándola a ello, o promover un ambiente para una muerte pacífica<sup>26, 27, 28</sup>.

A partir de los puntos señalados, se busca la integración, que explore las áreas de dependencia del individuo para poder formular un diagnóstico, diseñar los resultados esperados, las intervenciones de enfermería y poder evaluar los alcances y limitaciones, que garanticen un cuidado integral, resolutivo, preventivo, enfocado en garantizar la calidad y seguridad<sup>29</sup>.



La valoración de enfermería en consecuencia está relacionada con la recolección de información, validación/verificación de los datos, organización de los mismos, comprobación de las primeras impresiones y registro/comunicación de los datos<sup>30</sup>.

Para la obtención de la información se requiere de un manejo e interpretación de los datos así como de habilidades por parte del profesional<sup>31</sup>.

La valoración como su nombre lo indica, consiste en reunir información útil, necesaria y completa sobre la persona en la cual recaerá el cuidado, en esta etapa de obtención de información se ha de tener en cuenta:

- Las fuentes de recolección de datos a las que se puede acudir, son: directas (la persona valorada) e indirectas (la pareja, la familia, los amigos, la historia del paciente, los informes de otros profesionales, la bibliografía publicada al respecto), y la validez y utilidad que estas puedan tener en un momento determinado.
- El tipo de datos que podemos obtener que son objetivos y subjetivos. Los primeros son evidencias que se pueden cuantificar: una temperatura, un olor, un color, una frecuencia, Los subjetivos son hechos o ideas expresadas por la persona, como son el dolor, el sufrimiento, no comprender, sentirse cansado, entre otros<sup>32</sup>.

Las técnicas de las que dispone el personal de enfermería para llevar a cabo la recolección de información, son: la observación, la entrevista y el examen físico, el cual se realiza a partir de la inspección, palpación, percusión y auscultación.

En resumen la obtención de los elementos necesarios para la valoración pueden ser objetivos, que se determinan mediante la observación y el examen físico del paciente y de los datos subjetivos que se obtienen mediante la entrevista al paciente.

Para vincular esta etapa utilizando el modelo de V. Henderson se debe orientar la obtención de datos para determinar si los comportamientos llevados a cabo por la persona son adecuados y suficientes para satisfacer todas y cada una de las 14 necesidades fundamentales que contempla el modelo filosófico<sup>33</sup>.

---

Las catorce necesidades básicas que describe V. Henderson, son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones.
11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.
12. Ocuparse en algo para realizarse.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad<sup>34</sup>.

Una vez valoradas estas necesidades, se requiere replantearlas bajo un pensamiento crítico, para tomar decisiones, sobre si un comportamiento para la persona es adecuado para satisfacer cada una de estas necesidades, es decir, si el paciente es independiente, lo que supone posee conocimiento de la normalidad y de las manifestaciones de independencia esperadas en cada necesidad teniendo en cuenta las características individuales de cada persona: edad, sexo, etapa de desarrollo<sup>35</sup>.

La obtención de información dentro del proceso de valoración, estructuralmente debe realizarse en tres fases: antes, durante y después de ésta.

- Antes: se recogen datos objetivos y subjetivos, de los antecedentes sobre los que se tiene cierta certeza de que no hay cambios imprevisibles: nombre, sexo, edad; esto puede evitar repeticiones y ayuda a inspirar confianza. No obstante hay datos que se tienen que corroborar.

- Durante: se deben hacer anotaciones de los datos que se van obteniendo mediante la realización del examen físico (presión arterial, peso, talla, etc.), de la observación (vestimenta, quién acompaña al paciente), las respuestas a las preguntas que se le van haciendo, a veces no es aconsejable o necesario captar los datos delante del paciente, o surge la oportunidad de valorar un determinado aspecto cuando se está ejecutando otra actividad, en estas ocasiones el registro debe hacerse inmediatamente para evitar errores y olvidos.
- Después: una vez obtenida la información es necesario aclarar o completar alguna situación, de algunos datos o aspectos concretos sobre los que generen dudas<sup>36</sup>.

La validación/verificación de los datos se realiza para asegurar que la información obtenida en la etapa anterior es exacta y completa, a fin de evitar prejuicios y conclusiones precipitadas que puedan llevar a un error diagnóstico<sup>37</sup>. La validación de los datos no esperados o incongruentes así como los que sean de gran importancia en la formulación del diagnóstico o la planificación de la intervención de enfermería, ha de hacerse siempre para validar los datos del uso de técnicas tales como:

- Dobles comprobaciones, en todas las acepciones del término doble, es decir repitiendo de nuevo la toma, repitiendo la toma de otra forma o con otro instrumento, haciendo que otra persona repita la toma.
- Verificando hipótesis mediante la comprobación de los hechos observados con los argumentos del paciente.
- Organización de los datos: es la agrupación sistemática de los datos en categorías o conjuntos de información relacionada, lo que ayuda a empezar a tener una imagen nítida de los diversos aspectos de la situación que se está viviendo.
- Organizar los datos de una u otra forma influirá en el tipo de información que se obtiene<sup>38</sup>.

Los soportes impresos y electrónicos ayudan de manera significativa a la valoración de enfermería, donde al mismo tiempo que se van obteniendo, organizando y registrando los datos. Estos soportes suelen ser instrumentos útiles para principiantes como guía de su quehacer<sup>39, 40</sup>.

---

Al realizar cualquier tipo de anotación el profesional de enfermería debe seguir algunas normas, como las siguientes:

- Escribir con material indeleble: pluma, bolígrafo, sobre el instrumento impreso.
- Hacer anotaciones concretas y concisas, con letra fácilmente legible, preferente de imprenta, y en el medio electrónico resaltar la información y guardar los cambios.
- Usar sólo las abreviaturas que estén consensuadas y que no puedan conducir a error.
- No dejar espacios en blanco ni escribir entre renglones.
- La comunicación de los datos es un acto también revestido de una gran importancia pues lleva implícito el conocimiento de qué comunicar y a quien debe ser comunicado.
- Comunicar lo que no esté dentro de los parámetros establecidos como normales.
- En lo referente a informar sobre el estado de salud del paciente, decidir, qué datos se pueden comunicar a la persona afectada, a la familia, y cuales al equipo interdisciplinario, esto supone un conocimiento de las áreas de competencia.
- Siempre se debe tener en cuenta que la confidencialidad en el manejo de los datos y la intimidad del paciente han de estar preservadas<sup>41</sup>.

Dado el carácter integrador que propone el modelo de V. Henderson, y a la estructura de la valoración, el estudiante de enfermería para cumplir con su rol profesional debe adoptar otras ciencias como la administración, la economía, la psicología, para desarrollar cuidados de enfermería a individuos y grupos, en forma efectiva y eficiente<sup>42</sup>, por lo que es necesario que el alumno desarrolle su ejercicio profesional con proactividad, autonomía e innovación, demostrando a través de la investigación que la valoración de enfermería requiere utilizar más tiempo que una intervención médica, donde la interacción, la relación de ayuda y sus recursos personales, evalúan integralmente al paciente ya que no se restringe sólo al análisis de problemas inmediatos<sup>43</sup>.

### ***3.2. Integración de la valoración***

El diseño de esta herramienta o guía de valoración contribuye al desarrollo profesional de la enfermería a tener una visión integral del paciente, contemplando todos los aspectos de salud, tanto físicos

como psicológicos, socioculturales y espirituales, de manera que ponga en valor la contribución de los enfermeros y enfermeras a la mejora de la salud integral de las personas, respondiendo a las exigencias de calidad en la atención, medidas por estándares e indicadores nacionales e internacionales como los que marca la “*Joint Comission International*” y la Comisión Permanente de Enfermería.<sup>44</sup>

El uso de esta propuesta de valoración para los fortalece la integración de los valores, los paradigmas, los conceptos y los objetivos de los cuidados, modificando los sistemas de prestación de estos, apoyándose en la utilización de escalas validadas, que actualmente se han ido integrando en el escenario clínico, como son:

- Escala de Glasgow para valorar el estado de conciencia.
- Escala de Ramsey para evaluar el nivel de sedación y ajustar las dosis de drogas al nivel deseado.
- Escalas de valoración del dolor, existen varias sin embargo las que más se consideran dentro del ámbito hospitalario son: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica (EN), Escala Categórica (EC), Escala Visual Analógica de Intensidad (EVAI), Escala Visual Analógica de Mejora (EVAM), y la escala de McGuill en su versión corta que mide el dolor neuropático. La elección y aplicación de cualquiera de estas escalas depende del profesional que esté valorando y de la necesidad del paciente.
- Escala de Braden Bergstrom (Valoración del riesgo de úlceras por presión UPP).
- Valoración de riesgo de caídas.
- La escala de Barthel para la valoración de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).
- Escala de Ideación Suicida (SSI).
- Índice de esfuerzo del cuidador.
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage.
- Escala de Karnofsky, para el estado funcional del paciente paliativo.
- Escala de Pfaffner, para el estado cognitivo<sup>45</sup>.

El uso de estas escalas permite establecer criterios para evaluar los cuidados, los sistemas de evaluación del desempeño y su impacto en los costos del sistema de salud, sistemas de registro del cuidado y auditoría de calidad, a la vez que permite implementar modelos de gestión en enfermería efectivos, los cuales una vez estudiados, analizados y

---

comprendidos se deben adaptar a la realidad e implementarlos en los escenarios clínicos<sup>46</sup>.

Con base en lo anterior esta valoración pretende ser una guía que le permita al alumno cumplir con los siguientes objetivos:

- Facilitar la visión integral del paciente.
- Recoger datos útiles que también puedan servir al equipo interdisciplinario.
- Facilitar el diagnóstico de enfermería.
- Vincular la taxonomía NANDA-NOC-NIC.
- Relacionar la valoración con los estándares, indicadores y la aplicación de las diversas escalas de valoraciones nacionales e internacionales para garantizar la seguridad del paciente.

## 4. Tipología de las 14 necesidades de Virginia Henderson

Esta guía es considerada un instrumento totalmente abierto, es decir, una serie de posibles líneas a seguir para adaptar el proceso de la valoración de enfermería a la específica situación de salud que están viviendo las personas, por lo tanto la valoración inicial de un paciente es una actividad continua.

Las respuestas humanas involucran tanto al paciente como a la familia y repercuten en las áreas sociales de la salud como son: física, emocional, laboral, económica, no van a tener igual afección, ni cualitativa ni cuantitativamente; de ahí que la necesidad de la individualidad del proceso de la valoración ha de ser siempre una auténtica<sup>47</sup>.

Adaptando la filosofía de Virginia Henderson como modelo, se debe considerar que la valoración de las necesidades humanas básicas ha de sufrir las modificaciones oportunas en relación con la fase de la alteración o desviación que se esté viviendo en cada momento. La valoración realizada al inicio de un proceso patológico de estas características, en el que conocemos el impacto individual y familiar del diagnóstico, quizá irá encaminada a la determinación de los recursos, individuales y familiares, con los que se puede contar para ayudar al soporte de tal impacto, con el objetivo de suplirlos o reforzarlos, si fuera preciso<sup>48</sup>.

La valoración de enfermería en el periodo siguiente, en el que el aprendizaje para convivir con tal patología se ha convertido en una actividad continua y cotidiana, quizá deba ir encaminada a la evaluación de dicho aprendizaje y a sus resultados. La valoración en una tercera etapa, tanto individual como familiar, debe haber producido una adaptación al trastorno, y en una fase terminal ir encaminada a determinar el tipo de ayuda ya sea física, emocional o espiritual, que tanto el enfermo como la familia precisan para procurar una muerte tranquila<sup>49</sup>.

La valoración de enfermería, es la piedra angular y eje de su actividad, ya que proporciona una base sólida de información para formular diagnósticos de enfermería, proponer resultados esperados, llevar a cabo intervenciones encaminadas a su logro y evaluarlas; así

---

mismo permite delimitar su autonomía profesional, a la vez que colaborar con otras disciplinas, estos hechos son los que van a contribuir al avance profesional de la disciplina<sup>50</sup>.

La valoración debe ir encuadrada dentro de un modelo, mediante una metodología de trabajo, y cuyo propósito es proporcionar cuidados eficaces y eficientes a la población que atiende, para tal fin, como se ha mencionado, este trabajo de valoración se basa en el modelo filosófico de V. Henderson<sup>51</sup>.



## 5. Descripción tipológica de las 14 necesidades

La descripción de las necesidades básicas, para poder utilizar el instrumento, deben llevar los siguientes datos:

- Datos personales: nombre y apellidos, en caso de ser necesario y respetando la individualidad e identidad del paciente se podrá utilizar las iniciales.
- Datos médicos: diagnóstico y prescripciones específicas.
- Nombre de los miembros del equipo que le atiende: médico, enfermera, cuidador, etc.
- Datos de la persona de referencia y/o contacto.

En cada necesidad se ha de obtener la información referente a:

### *1. Necesidad de respirar normalmente:*

La necesidad de la respiración comprende la función fisiológica para proporcionar a las células del organismo, la cantidad indispensable de oxígeno ( $O_2$ ) y a la vez eliminar el bióxido de carbono ( $CO_2$ ) que resulta de la combustión celular. La respiración consiste en tres fases<sup>52</sup>:

1. La respiración externa o pulmonar, que es el intercambio de gases entre la sangre y el aire, que tiene lugar en los alvéolos pulmonares, y la renovación del aire, el cual se produce mediante los movimientos de expansión (inspiración) y retracción (expiración) de tórax y pulmón, mediante el desplazamiento, el cual obedece a un gradiente de presión entre el aire alveolar y el atmosférico.
2. Transporte de gases ( $O_2$  y  $CO_2$ ); que consiste en trasladar al  $O_2$ , el cual se encuentra en la sangre disuelta en el plasma y combinado con la Hb. La mayor cantidad de  $O_2$  se transporta como  $HbO_2$ . El  $O_2$  disuelto determina la presión parcial y es importante para el intercambio gaseoso, el transporte de  $CO_2$ . Es transportado de tres formas: 5% disuelto, 30% con la Hb u otras proteínas, 65% combinado con el  $H_2O$ . El  $H_2CO_3$  se disocia en ion bicarbonato a hidrógeno participando en la regulación del equilibrio ácido-básico, a través de quimiorreceptores, como  $pCO_2$ ,  $pO_2$ , pH, etc.

- 
3. La circulación y la respiración interna o tisular, que consiste en el suministro ininterrumpido de oxígeno a la célula, en relación al transporte de gases factor indispensable para la vida.

La necesidad de respiración, toma como parámetro la respiración normal que consiste en el ascenso y descenso rítmico de la pared torácica y del abdomen que se realiza unas 18 veces por minuto en el adulto de manera inconsciente y sin esfuerzo, en condiciones normales existe una relación bastante uniforme entre la frecuencia de la respiración y el pulso en la proporción de una respiración por cada 4 o 5 pulsaciones cardíaca<sup>53</sup>.

La respiración se conecta directamente con la función del corazón, el cual es el órgano central del aparato circulatorio, posee la cualidad de contraerse de manera automática y rítmica por sí mismo. Esto se realiza en base a la producción de estímulos eléctricos que se generan intermitentemente en el nódulo sinusal y se distribuyen al resto del área cardíaca a través de un sistema de conducción<sup>54</sup>. La función primordial del corazón es expulsar la sangre que le llega de los pulmones y por medio de sus vasos distribuirlas por todo el organismo. Para cumplir con esta función contrae sus paredes para expulsar la sangre que le ha llegado. Por lo tanto la sangre sale del corazón con una determinada presión que se transmite a los vasos arteriales. A su vez esta presión origina en los vasos un cambio momentáneo de su volumen y tensión<sup>55</sup>.

La tensión se conoce también como presión sanguínea, la cual se entiende como el empuje que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales e indica la resistencia de las paredes al paso de la sangre, lo que expresa la elasticidad vascular<sup>56</sup>.

En resumen para valorar esta necesidad se contempla lo siguiente:

- Frecuencia respiratoria y cardíaca: cifras y características, regularidad o ritmo, igualdad, dureza o tensión y amplitud
- Tensión arterial: cifras, regulación y control.
- Coloración de piel, mucosas y lechos ungueales.
- Presencia y capacidad para toser y expulsar secreciones, así como las características de ambas.

- Circunstancias que influyen en su respiración: tabaquismo, disnea, fatiga
- Recursos que utiliza para mejorar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

## ***2. Necesidad de comer y beber adecuadamente:***

El modelo explica los patrones del individuo de consumo de alimentos y bebida, en relación con las necesidades metabólicas y los indicadores de patrón de los aportes locales de nutrientes y complementos vitamínicos. Debe comprender informe de lesiones en la piel y los problemas de cicatrización. Condiciones y alteraciones de la piel, uñas, pelo, membranas mucosas, dentadura y datos objetivos de temperatura corporal, altura y peso<sup>57</sup>.

Valoración de índice de masa corporal, número de comidas, lugar, horarios, consumo de alimentos por grupos, alergias, así como el consumo de líquidos. Problemas digestivos como náuseas, vómito, pirosis, dependencias, inapetencias, intolerancias alimenticias<sup>58</sup>.

Esta necesidad se enfoca a valorar:

- Talla y peso, así como oscilaciones de este.
- Costumbres alimentarias: desayuno, comida, merienda y cena.
- Dieta y grado de cumplimiento de esta.
- Circunstancias que influyen en su alimentación/hidratación: estado de dientes y mucosa bucal, náuseas, vómitos y anorexia.
- Recursos que utiliza para realizar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

## ***3. Necesidad de eliminar por todas las vías corporales:***

La necesidad de eliminación es la característica que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, pero también a través de la transpiración, respiración pulmonar y la menstruación<sup>59</sup>.

Tiene una gran importancia para la vida ya que con ella se manifiesta el equilibrio de los líquidos y sustancias del medio interno y al eliminar las sustancias de desecho se mantiene un funcionamiento adecuado de los diferentes órganos<sup>60</sup>.

---

Mediante la eliminación intestinal se expulsa al exterior las sustancias que no pueden ser reabsorbidas por la sangre y asimilables por el organismo. El conjunto de sustancias que se eliminan constituye las heces, estas están formadas por residuos alimentarios, secreciones, células descamadas de los intestinos y bacterias<sup>61</sup>.

La importancia de la eliminación urinaria es que filtra la sangre a través del riñón de sustancias innecesarias tales como la urea, el exceso de agua, electrolitos, glucosa, aminoácidos, ácido úrico, y creatinina manteniendo así el equilibrio. Esta sustancia eliminada es la orina<sup>62</sup>.

La espiración elimina productos como el dióxido de carbono y el vapor de agua sobrante (300-400 ml/día), La piel además de su papel de termorregulación elimina agua, electrolitos como sodio, potasio y cloro; así como otros productos de excreción<sup>63</sup>. Además cierta cantidad de agua que se elimina por difusión (pérdidas insensibles), las cuales se calculan de la siguiente manera:

- Temperatura corporal hasta 37.5 °C x peso (kg) x 0.5 x horas.
- Temperatura corporal de 37.6° a 38 °C x peso (kg) x 1 x horas.
- Temperatura corporal de 38.1°C o más peso (kg) x 1.5 x horas<sup>64</sup>.

El cese brusco de los niveles en sangre de dos hormona femeninas, la progesterona y los estrógenos, que están produciendo durante todo el ciclo femenino origina una descamación del endometrio (capa interna de la mucosa del útero) que provoca la aparición de sangre para eliminarla al exterior a lo que se llama menstruación<sup>65</sup>.

Por lo que se debe valorar:

- Patrón de eliminación miccional y fecal: cantidad, frecuencia, descripción del producto: color, olor, consistencia.
- Dificultades para el acto de la eliminación.
- Menstruación.
- Circunstancias que influyen en su eliminación: dolor, estreñimiento, diarrea,
- Recursos que utiliza para mejorar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

#### *4. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas:*

La Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas, valora las actividades de la vida diaria, ya que de estas depende el bienestar mental y la eficacia del funcionamiento corporal guardando relación en gran medida con el estado de movilidad, todos los sistemas del cuerpo funcionan mejor cuando están activos, el desuso del sistema neuromuscular causa rápidamente degeneración y pérdida funcional<sup>66</sup>.

La movilidad favorece la salud física y psicológica, estimula todos los sistemas, la función cardiopulmonar, la forma musculoesquelética, el control y el mantenimiento del peso corporal y el bienestar psicológico<sup>67</sup>.

El movimiento corporal, la alineación y la coordinación, implican el funcionamiento integrado de los sistemas esquelético, muscular y nervioso, debido a que estos tres sistemas cooperan tan íntimamente, que con frecuencia se consideran una unidad funcional única<sup>68</sup>.

Sistema esquelético. Los huesos realizan cinco funciones en el cuerpo: apoyo, protección, movimiento, cúmulo de minerales y hematopoyesis (formación de células sanguíneas), al prestar apoyo, los huesos sirven de marco y contribuyen a dar forma, facilitar la alineación y la posición de las partes del cuerpo. En el movimiento, los huesos junto con las articulaciones constituyen las palancas para la inserción muscular, cuando los músculos se contraen y se acortan, tiran de los huesos, produciendo el movimiento articular<sup>69</sup>.

Las articulaciones son la conexión entre los huesos, cada articulación se clasifica según su estructura y grado de movilidad. De acuerdo a las estructuras conectivas, las articulaciones se clasifican en fibrosas, cartilagosas y sinoviales<sup>70</sup>.

Las articulaciones fibrosas encajan perfectamente y son fijas, permitiendo un movimiento muy limitado, si es que existe. Las articulaciones cartilagosas presentan poco movimiento, pero son elásticas y constan de cartílago para unir distintas superficies del cuerpo. Las articulaciones sinoviales, o verdaderas articulaciones, se mueven con libertad y son las más móviles, numerosas y anatómicamente complejas del cuerpo<sup>71</sup>.

---

Los ligamentos, tendones y cartílagos son estructuras que prestan apoyo al sistema esquelético. Los ligamentos son bandas blancas, lustrosas y flexibles de tejido fibroso que unen las articulaciones y conectan a los huesos con los cartílagos. Los ligamentos son elásticos y proporcionan flexibilidad y apoyo a la articulación. En algunas áreas del cuerpo, los ligamentos también tienen una función protectora. Los tendones son bandas de tejido fibroso blancas y relucientes que conectan al músculo con el hueso. El cartílago es un tejido conectivo no vascular de apoyo con la flexibilidad de un material plástico y firme, La naturaleza semirrígida del cartílago le permite sostener peso y sirve de amortiguador entre los huesos que se articulan<sup>72</sup>.

Músculos esqueléticos. Las acciones de caminar, hablar, correr, respirar o participar en alguna actividad física, se realizan mediante la contracción de los músculos esqueléticos. Hay más de 600 músculos esqueléticos en el organismo. Además de facilitar el movimiento, estos músculos determinan la forma y el contorno del cuerpo<sup>73</sup>.

La mayoría de los músculos abarcan al menos una articulación y se insertan en ambos huesos articulatorios. Cuando se produce la contracción, un hueso queda fijo mientras el otro se mueve. El origen es el punto de unión que permanece quieto; la inserción es el punto que se mueve cuando el músculo se contrae<sup>74</sup>.

Sistema nervioso: El movimiento y la postura están gobernados por el sistema nervioso. El área motora voluntaria principal, localizada en la corteza cerebral, es la circunvolución central anterior o franja motora. La mayoría de las fibras motoras descienden del área motora y se cruzan en el bulbo raquídeo. Así pues, las fibras motoras procedentes del área motora derecha rigen los movimientos voluntarios del lado izquierdo del cuerpo y viceversa. La transmisión del impulso desde el sistema nervioso hasta el músculo esquelético, es un proceso electroquímico que precisa de la presencia de un neurotransmisor<sup>75</sup>.

En resumen, para poder valorar esta necesidad en la persona es necesario contemplar:

- Examen neurológico.
- Actividad física que realiza: tipo, frecuencia, duración.
- Equilibrio.
- Dificultad para realizar algunos movimientos.

- Circunstancias que influyen en su actividad habitual: hormigueo, dolor, fatiga, problemas podológicos, restricciones a la movilidad.
- Recursos que utiliza para mejorar esta necesidad.
- Medición de signos neurológicos por la escala de Glasgow (anexo 1).
- Medición de la sedoanalgesia (anexo 2).
- Escalas de valoración del dolor (anexo 3).
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

### ***5. Necesidad de dormir y descansar:***

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, el sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del sistema nervioso central, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales<sup>76</sup>.

El descanso es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas y no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. La persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada<sup>77</sup>.

El significado y la necesidad de descanso varían según los individuos. Cada persona tiene hábitos personales para descansar tales como leer, realizar ejercicios de relajación o dar un paseo, etc., se contemplan 6 características que se asocian al descanso<sup>78</sup>.

1. Sienten que las cosas están bajo control.
2. Se sienten aceptados.
3. Sienten que entienden lo que está pasando.
4. Están libres de molestias e irritaciones.
5. Realizan un número satisfactorio de actividades concretas.
6. Saben que recibirán ayuda cuando la necesiten.

---

Las situaciones que favorecen un descanso adecuado son:

- Comodidad física.
- Eliminación de preocupaciones.
- Sueño suficiente<sup>79</sup>.

El sueño es un estado de alteración de la conciencia, que se repite periódicamente durante un tiempo determinado cuya función es restaurar la energía y bienestar de la persona, define el sueño de dos maneras<sup>80</sup>:

- Un estado de capacidad de respuesta reducida a los estímulos externos del cual puede salir una persona.
- Una modificación cíclica y continua del nivel de conciencia.

De acuerdo con Maslow, el sueño es una necesidad básica del ser humano. Es un proceso universal común a todas las personas. A pesar de una considerable investigación, se considera un estado de conciencia en el cual la percepción y reacción del individuo al entorno está disminuido; el sueño se caracteriza por una actividad física mínima, unos niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos del organismo y disminución de la respuesta a los estímulos externos<sup>81</sup>.

El sueño favorece los procesos fisiológicos complejos que resultan de la interacción de una gran cantidad de sistemas neuroquímicos del sistema nervioso central, que se acompañan de modificaciones en los sistemas nervioso periférico, endocrino, cardiovascular, respiratorio y muscular<sup>82</sup>.

El sueño es un fenómeno cíclico que se denomina ciclo de vigilia-sueño, un ritmo circadiano, cuyas funciones son la restauración y protección, sirve para reajustar o conservar los sistemas biológicos<sup>83</sup>.

Los factores que influyen en el sueño–descanso son: biofisiológicos, que hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos o sistemas u órganos de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud. Los psicológicos que se refieren a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, nivel de conciencia, sensorialidad y habilidades individuales y de relación, y finalmente los factores socioculturales que se refieren al entorno físico de la persona y a los aspectos socioculturales de este entorno que están influenciando a la



persona. El entorno sociocultural incluye lo relativo a los valores y normas que proporciona la familia, escuela, las leyes, etc<sup>84</sup>.

Los actores biofisiológicos son la edad, el ejercicio, la nutrición y el estado de salud, En general, las personas enfermas necesitan dormir más de lo normal y el ritmo sueño-vigilia está alterado<sup>85</sup>.

El dolor o la incomodidad física causan dificultades para conciliar el sueño o para seguir durmiendo, el dolor crónico puede seguir un ritmo circadiano con aumento nocturno de su intensidad; la enfermedad puede obligar al paciente a dormir en posturas a las que no está acostumbrado, la patología respiratoria y la ingestión de sustancias o de medicación pueden interferir en el sueño<sup>86</sup>.

Los factores psicológicos como la ansiedad y la depresión, afectan a la capacidad para dormir, la ansiedad impide el sueño y también disminuyen las etapas NREM (*Non Rapid Eye Movement*) y REM (*Rapid Eye Movement*). La etapa NREM o el sueño de ondas lentas, se caracteriza por un sueño profundo, se observa ausencia de movimientos oculares rápidos, quiescencia muscular, regularidad y lentitud del pulso y la respiración, con reducción de la presión sanguínea y menor umbral del estado de alerta que el del sueño REM. En el sueño NREM también existen ensoñaciones, que se describen en forma de “sensaciones agradables o desagradables” y la etapa REM o sueño paradójico, se observan movimientos rápidos de los ojos y de los pequeños músculos faciales, también es característico el incremento e irregularidad en pulso, respiración y presión sanguínea, se observa la máxima relajación muscular y el máximo umbral de estado de alerta con un sueño ligero, en este período de sueño aparecen las ensoñaciones más “cinematográficas”, aunque a veces no es posible recordar su contenido, por que aumentan los niveles de norepinefrina, adrenalina y corticoides, el estrés es una fuente de tensión, no permite conciliar el sueño y también puede ocasionar que se duerma de más<sup>87</sup>.

Los factores socioculturales como el entorno, la ventilación, la iluminación, los olores, la cama, el nivel sonoro, tener o no un compañero y también la ausencia de un ruido o luz al que estaba acostumbrado. Cuando el entorno es el hospital, se producen ruidos poco familiares, mayor nivel de ruido e intervenciones que interrumpen el sueño.<sup>88</sup>

---

Virginia Henderson, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continua. Cuando esto no es posible debido a falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad aparece una dependencia, por lo que es importante tener en cuenta todos los factores e interrelaciones que influyen en la satisfacción de la necesidad para una valoración adecuada<sup>89</sup>.

- Hábitos de sueño: horas, horario, número de despertares/ levantamientos nocturnos.
- Sensación subjetiva de descanso al levantarse.
- Circunstancias que influyen en su descanso: problemas, insomnio, somnolencia diurna.
- Recursos que utiliza para mejorar el sueño o descanso.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.
- Nivel de ansiedad/ estrés, concentración y atención disminuidos, temblor de manos, confusión, incoordinación, falta de energía, fatiga, dolor, inquietud, laxitud, cefaleas, respuesta disminuida a estímulos.
- Letargo o apatía.
- Sueño interrumpido.
- Quejas verbales de no sentirse bien descansado.
- Cambios en la conducta y en el desempeño de las funciones (irritabilidad creciente, agitación, desorientación, letargo apatía).
- Signos físicos: nistagmo leve, temblor de manos, ptosis palpebral, enrojecimiento de la esclerótica, expresión vacía, ojeras, bostezos frecuentes, cambios en la postura.
- Aumento o disminución del sueño.
- Alteraciones en el hábito y/o en los patrones de sueño (relacionadas con una pérdida potencial).
- Informes verbales u observación de signos indicadores de dolor experimentado durante más de seis meses.
- Expresión facial de dolor.
- Sedación.
- Conductas de cuidados inadecuadas en relación con el reposo o el sueño.
- Condiciones del entorno que ayudan / impiden la satisfacción de esta necesidad (sonido, luz, temperatura, adaptación de la cama, colchón, almohada o ropa, a la talla o situación de la persona).

## **6. Necesidad de usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse:**

La necesidad de vestirse y desvestirse ha acompañado al hombre desde su propia existencia cumpliendo diferentes funciones en relación a las diferentes épocas o etapas de la historia de la humanidad<sup>90</sup>.

El ser humano, a diferencia de los animales, no tiene ni plumas, ni escamas, ni pelaje para proteger su cuerpo. Por esto si quiere sobrevivir, debe llevar ropas para protegerse del rigor del clima, En ciertas sociedades, el individuo viste por pudor, además de asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, la ropa también indica la pertenencia a un grupo, una ideología o a un status social<sup>91</sup>.

La necesidad contempla:

- Aspecto que presenta en cuanto a adecuación, comodidad, limpieza de ropas, calzado y complementos.
- Facilidad/dificultad para el vestido y arreglo.
- Circunstancias que influyen en su forma de vestirse.
- Recursos que utiliza para mantener un aspecto cuidado.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

## **7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.**

La temperatura normal del organismo es la resultante de un equilibrio entre la producción de calor y su eliminación, el ser humano es homeotermo, es decir, un organismo de temperatura constante, cualquiera que sea el ambiente, pero en mucho menos grado en la primera infancia y en la extrema vejez, por no haberse desarrollado en la primera y haberse perdido en la segunda, el complejo mecanismo regulador<sup>92</sup>.

La regulación de la temperatura corporal incluye tanto la producción de calor; como la eliminación del mismo. La producción de calor resulta de las transformaciones químicas que sufren las sustancias alimenticias (metabolismo), que liberan energía por oxidación. Esta energía se elimina como calor en el individuo en reposo y como calor y trabajo en el individuo en actividad<sup>93</sup>.

La pérdida de calor se lleva a cabo por los mecanismos físicos principales por los que se pierde calor que son: conducción, radiación,

---

evaporación y convección. Generalmente se pierden pequeñas cantidades de calor del cuerpo por conducción directa desde la superficie corporal a los demás objetos<sup>94</sup>.

La pérdida de calor por radiación, significa pérdida en forma de rayos infrarrojos (ondas electromagnéticas). El cuerpo irradia calor en todas direcciones, y si la temperatura del cuerpo es mayor que la del medio que la rodea, pasará una cantidad de calor mayor desde el cuerpo hacia fuera<sup>95</sup>.

La evaporación del agua, tiene lugar en la piel y los pulmones. La evaporación cutánea se verifica por dos mecanismos fundamentales, respiración insensible y sudor, la convección es el fenómeno de desplazamiento de los gases o líquidos en contacto con el cuerpo, de modo que el calor primero es conducido al aire y luego alejado por nuevas corrientes<sup>96</sup>.

Los aspectos que se valoran en ésta necesidad son:

- Temperatura.
- Experimenta sensación de calor/frío de acuerdo con los cambios de la temperatura ambiente.
- Tiene sensación de uniformidad de la temperatura corporal.
- Condiciones ambientales de su hogar.
- Circunstancias que influyen en su temperatura corporal.
- Recursos que utiliza para adaptarse a los cambios de temperatura
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

### ***8. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:***

Estar limpio aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo y microbios<sup>97</sup>.

Es una actividad que consiste en un mantenimiento, o cuidado que la gente toma sobre sí misma para conservar su salud. Es práctica personal influida por muchos factores. La higiene cumple funciones, como:

- Fomenta limpieza, elimina microorganismos, secreciones y excreciones corporales.
- Fomenta el descanso y la relajación, refresca y disminuye la tensión y el cansancio muscular.
- Mejora la autoimagen favoreciendo el aspecto físico y eliminando malos olores.
- Acondiciona la piel, favoreciendo la circulación sanguínea.
- Las prácticas higiénicas son medidas que se toman para conservar la piel y apéndices, dientes, cavidades orales y nasales áreas perianales y genitales, limpios y en buen estado<sup>98</sup>.

La salud, o enfermedad, la raza, el estado de ánimo, el clima, o cualquier otra manifestación, queda reflejada de un modo u otro en la piel, de manera que es un valioso vehículo de información con respecto de unas personas a otras<sup>99</sup>.

La ciencia médica ha definido la piel como el tegumento que recubre el organismo, y que tiene como límite los orificios naturales, en donde se prolonga con las diferentes mucosas.

Esta delimitación aparece prácticamente sin transición, y la brusca diferencia de aspecto exterior entre piel y mucosas, se debe a una diferencia estructural, la piel está formada por tres capas, de más externa a más interna se denominan epidermis, dermis e hipodermis, sus funciones más importantes son mantener la piel hidratada y proteger de la radiación solar<sup>100</sup>.

Dentro de las funciones más importantes de la piel es el sentido del tacto, toda su superficie es apta para captar las impresiones que proceden del medio exterior, apreciando la forma, consistencia, y temperatura de los objetos que se tocan, esta transmisión también se da sin contacto<sup>101</sup>.

En la piel, los nervios tienen una considerable importancia, y se ha definido como una inmensa terminación nerviosa desplegada, por otra parte, en la superficie cutánea, existen zonas “especializadas” en las distintas sensaciones, y así los dedos están dotados de una sensibilidad extrema, mientras que las mejillas tienen una clara percepción calorífica. Precisamente los dedos, con los surcos de su cara pulpar (crestas papilares), y diferentes en cada individuo, constituyen un medio legal de identificación (huellas digitales)<sup>102</sup>.

---

La función protectora; la condición de la piel externa y visible, la convierte en protectora de los órganos internos, y en un amortiguador de las agresiones y presiones exteriores (un objeto contundente resbala sobre la piel), si bien, cuando se efectúa un frotamiento continuo sobre la misma zona, la epidermis se endurece, formando unas callosidades protectoras más gruesas y resistentes<sup>103</sup>, que opone un verdadero obstáculo, tanto mecánico como bioquímico, contra la penetración de los líquidos; el agua no consigue penetrar por los poros ni los orificios de las glándulas, y así podemos mantenernos durante largo tiempo sumergidos en un baño, sin que la piel pierda por ello su cualidad de impermeable<sup>104, 105</sup>.

Permite, sin embargo, la absorción de variadas sustancias, y el ejemplo más claro lo constituyen los cuerpos grasos, cuya penetración se ve favorecida, si se le añade el efecto mecánico de fricciones o masajes<sup>106</sup>.

Otra de las funciones se refiere a la pantalla que la piel supone contra la acción del sol, pues si bien se deja penetrar en diferente medida por las diversas radiaciones, existe un papel protector de los servicios vasomotores, que según las necesidades, regulan la vasoconstricción o vasodilatación de la dermis<sup>107</sup>.

La piel es el primer obstáculo que el organismo opone, contra todos los agentes externos y las contaminaciones del medio ambiente. Provee incesantemente reservas, que se renuevan para reparar cualquier brecha traumática, y ataques infecciosos o tóxicos, y así detiene, diluye, quema o elimina las sustancias tóxicas<sup>108, 109</sup>.

La defensa contra cualquier tipo de agresión, lo proporciona la piel, la cual es un órgano vivo, y por tanto vulnerable, en la misma medida, a cualquier estímulo, por lo que para favorecer que este papel de defensa, sea eficaz, es necesario que mantengamos la piel en condiciones óptimas de salud e integridad, que le permita desempeñar su misión<sup>110</sup>.

Los factores que intervienen en la función de la piel son: edad, alimentación e hidratación, ejercicio, estado de salud, temperatura, factores psicológicos, la imagen corporal, emociones, factores sociológicos, recursos económicos, pautas culturales, expectativas del grupo social, preferencias personales y nivel de conocimientos<sup>111</sup>.

Entre los aspectos que se valoran se encuentran:

- Hábitos higiénicos: frecuencia, modalidad, útiles de preferencia
- Estado de la piel, uñas, cabello y boca.
- Interés por el mantenimiento de una piel y una higiene adecuada.
- Si ha habido cambios en su piel: manchas, heridas, prurito.
- Circunstancias que influyen en el estado de su piel y en su higiene habitual.
- Valoración de Braden – Berstrom – valoración del riesgo de UPP (anexo 4)
- Recursos que utiliza para realizar la higiene y mantener su piel en buen estado.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

### ***9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.***

La seguridad se puede definir como permanecer libre de lesiones psicológicas, fisiológicas y sociológicas. Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano, debe de protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física, psicológica y social<sup>112</sup>.

El medio ambiente contiene muchos peligros tanto visibles como no visibles. La necesidad de un ambiente seguro es un interés nacional, comunitario e individual. El ser humano al verse amenazado utilizará mecanismos de defensa para mantener su integridad, se habla de seguridad física, psicológica y social<sup>113</sup>.

Entre los aspectos que se valoran se encuentran:

- Medidas de salud que lleva a cabo: vacunaciones, chequeos, autoexploraciones, controles.
- Signos de: disminución de la alerta, disminución de la consciencia, desorientación, disminución de la memoria, errores de percepción, depresión, ansiedad, delirios o coma,
- Si ha habido cambios recientes en su vida: pérdidas, cambios de residencia, enfermedades asociadas, complicaciones,
- Circunstancias que influyen en su protección: botiquín, riesgos ambientales, déficits de movilidad y/o sensoriales, dolor, uso de cierta medicación.

- 
- Valoración del riesgo de caídas (anexo 5).
  - Recursos que utiliza para autocontrolarse y manejar situaciones de riesgo.
  - Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

### ***10. Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones.***

Para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interactuando con el resto de persona y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente<sup>114</sup>.

La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. En este sentido se debe valorar el equilibrio entre la soledad-interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigo y pareja. En esta necesidad se identifica la efectividad de la interacción social de la persona. Si expresa sus deseos y opiniones<sup>115</sup>.

Entre los aspectos que se valoran se encuentran:

- Déficits sensoriales.
- Núcleo de convivencia.
- Capacidad para expresar y vivir su sexualidad.
- Circunstancias que influyen en su comunicación: estatus cultural, pertenencia a grupo social, presencia / ausencia de grupo de apoyo, soledad, dificultades para pedir ayuda.
- Recursos que utiliza para mantener esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

### ***11. Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.***

Es la necesidad de rendir culto de acuerdo con la propia fe y valores de la persona. Las personas adoptan actitudes o realizan actos y gestos de acuerdo al ideal de justicia, del bien y del mal o para seguir una ideología<sup>116</sup>.

Tradicionalmente se ha producido una cierta ambigüedad y confusión en la utilización de los términos creencia y valor, a los que también se podrían añadir palabras como convicción e idea. Esta confusión viene dada por el hecho que los límites semánticos entre estos



términos no son nada claros y que a menudo se han utilizado de forma indistinta con carácter de sinónimos<sup>117</sup>.

Uno de los hechos más habituales es el de asociar todo lo que implica el término creencia con religión. Si bien es cierto que el factor religioso tiene un papel importante en el estrato cultural de toda persona, esto no es impedimento para dotar la palabra creencia de expresión mucho más plural y al margen de la religión<sup>118</sup>.

En este sentido se incluiría todo el apartado de las grandes creencias humanistas y todas aquellas creencias de tipo más cotidiano. Evidentemente, son mucho más difíciles de identificar y, por lo tanto, de explorar, por lo que hace referencia al término valor, la confusión es similar. Hay que tener presente que los valores, bien sean éticos como la tolerancia y la justicia, o estéticos como los conceptos de belleza y fealdad, son fluctuantes, y que varían en función de la experiencia de vida y de la edad de la persona<sup>119</sup>.

Precisamente, como el sistema de valores y creencias constituye la esencia más íntima de cada persona, su universo simbólico, se ha considerado conveniente, aunque conscientes de la dificultad que implica, abordar esta necesidad de una manera amplia y no solamente desde un punto de vista religioso<sup>120</sup>.

La importancia de esta necesidad radica en que toda persona necesita de una serie de valores y creencias para poder desarrollarse como tal. Por esta razón, a lo largo de la historia se han creado numerosas doctrinas filosóficas y religiosas. Es importante definir una serie de conceptos como son:

- Religión: Conjunto de creencias y normas o valores que utiliza una determinada comunidad en relación con un ser absoluto y en particular con sus prácticas de salud.
- Cultura: Conjunto de conocimientos acumulados por un pueblo.
- Valores: Conjunto de normas adquiridas por la comunidad que regulan el comportamiento humano en sociedad.
- Creencia: Firme asentimiento y conformidad con alguna cosa.
- Fe: Creencia en algo sin necesidad de que esté probado.
- Ideología: Conjunto de ideas que caracterizan a una persona<sup>121</sup>.

---

Las creencias espirituales tienen más importancia en la enfermedad que en cualquier otro momento de la vida del individuo. Algunas personas consideran la enfermedad como una prueba de fe, otras como un castigo. Normalmente las creencias espirituales ayudan a las personas a aceptar la enfermedad y a planificar el futuro, la mayoría de las religiones establecen una serie de restricciones y prohibiciones, las cuales pueden afectar a la persona<sup>122</sup>.

Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad de actuar según creencias y valores, tanto biofisiológicos, como la edad y etapa de desarrollo donde las creencias o ideologías pueden variar, los gestos y actitudes corporales que permiten a los individuos satisfacer esta necesidad; y los factores psicológicos como la toma de conciencia del yo y capacidad de autoconcentración, la utilización de diferentes ciencias que expliquen y ayuden a comprender la conciencia del yo. El compromiso personal, respecto a lo cotidiano, a las pérdidas, a los problemas sociales y a las cuestiones esenciales; motivación e interés que enfocan la satisfacción personal alimentada por la conformidad de un sistema de valores, las emociones pueden influir en la forma de pensar y en sus creencias. El acceso progresivo a la espiritualidad que manifiesta el Interés por los ritos (morales, religiosos y políticos), los valores, la coherencia de actitudes y el deseo de comunicarse con un ser supremo. Los socioculturales que incluyen la cultura donde destacan las influencias familiares de los padres y posteriormente del círculo de amistades, los medios de comunicación, el contexto social, la religión y su práctica que implica valores y creencias determinadas, así como el status económico, determinan que la persona adquiera una serie de valores<sup>123</sup>.

Algunos de los aspectos que se exploran durante la valoración son:

- Percepción actual de su situación de salud y bienestar.
- Facilidad /dificultad para vivir según sus creencias y valores.
- Importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida.
- Actitud ante la muerte.
- Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función de su sexo, prácticas religiosas o alternativas comunitarias.
- Recursos que utiliza para satisfacer esta necesidad.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

### ***12. Necesidad de ocupación para la autorrealización.***

Esta necesidad es el deseo que alienta al individuo a desarrollar todo su potencial, es decir, llegar a ser todo aquello de lo que es capaz. Maslow menciona: “El hombre debe ser realmente todo lo que en potencia puede ser. La autorrealización es un ideal al que todo hombre desea llegar, se satisface mediante oportunidades para desarrollar el talento y su potencial al máximo, expresar ideas y conocimientos, crecer y desarrollarse como una gran persona<sup>124</sup>.”

Algunos de los aspectos a valorar:

- Actividad/trabajo.
- Repercusión de su actual situación de salud en las diferentes áreas de su vida y en las de su núcleo familiar.
- Participación en decisiones que le afectan.
- Circunstancias que influyen en su realización personal: autoconcepto/autoimagen, actitud familiar, el cansancio del cuidador habitual si es que lo hubiera.
- Valoración del índice de Barthel, para las actividades de la vida diaria (anexo 6).
- Escala de ideación suicida (anexo 7).
- Valoración de Karnofsky de Capacidad funcional del paciente paliativo (anexo 8).
- Valoración de índice de esfuerzo del cuidador (anexo 9)
- Valoración de depresión geriátrica de Yesavage (anexo 10).
- Recursos que utiliza para satisfacer y mantener esta necesidad.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

### ***13. Necesidad de participar en actividades recreativas.***

Según Mark Twain el “trabajo consiste en todo aquello que un cuerpo es obligado a hacer y el juego consiste en todo aquello que un cuerpo no es obligado a hacer”, por lo que lleva a formular la recreación como una actividad que es imprescindible incluir en algún momento del día. Resulta fundamental divertirse y ocuparse en algo agradable para poder obtener un descanso físico y psicológico, para mantener así el equilibrio bio-psico-socio-espiritual<sup>125</sup>.

Desde hace milenios el ser humano ha sido consciente de la necesidad de ocupar una parte de su tiempo con actividades recreativas

---

para liberarse de la tensión engendrada por su trabajo diario. Las diferentes maneras de recrearse han cambiado con la evolución de las sociedades<sup>126</sup>.

Los actores que influyen en la satisfacción de la necesidad de actividades recreativas son los biofisiológicos como la edad y la constitución y capacidades físicas. Los factores psicológicos, permiten al individuo exteriorizar sus emociones y liberarse de sus tensiones, la personalidad y motivación: los gustos de la persona ante la elección de su forma de recreo y su interés y entusiasmo. Las emociones según el estado anímico en que se encuentre la persona estarán en mayor o menor disposición de realizar la actividad. Es una de las necesidades directamente relacionadas con la salud mental ya que significa practicar actitudes encaminadas a la diversión y comprende la capacidad de disfrutar, de poseer sentimientos positivos sobre uno mismo y sobre los demás y sentir placer. En un estado depresivo esta capacidad se halla anulada. Los factores socioculturales, establecen que los adecuados recursos económicos, la asunción de responsabilidades y competencias inadecuadas y también la existencia de determinada infraestructura lúdica marcan diferencias. El clima influye directamente en la elección de la actividad, el rol social y las condiciones de trabajo que permitan tiempo libre para ello. La cultura mantiene las tradiciones mediante el desarrollo periódico de actividades recreativas que le son propias<sup>127</sup>.

La valoración incluye aspectos como:

- Hábitos culturales y de ocio
- Dedicación, entendiéndola como la actitud de ser firme en alcanzar un objetivo, como un antelogo en el que se basa el hombre para formar parte de una vida con perseverancia en su mismo cuestionamiento, motivando a una satisfacción.
- Circunstancias que influyen en su entretenimiento: recursos comunitarios a su alcance y el uso que hace de ellos
- Recursos que utiliza para mantener esta necesidad.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

#### *14. Necesidad de Aprendizaje.*

Aprender es una necesidad del ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación o adquisición de comportamientos. Muchas de las medidas adoptadas se hacen para mantenerse en salud<sup>128</sup>.

Es imposible separar la enseñanza del aprendizaje; enseñar es un proceso interactivo que favorece el aprendizaje, se compone de un grupo de acciones conscientes y deliberadas que ayudan a los individuos a adquirir nuevos conocimientos, cambiar actitudes o desarrollar nuevas habilidades. Aprender es la adquisición intencionada de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades<sup>129</sup>.

La postura frente al proceso de enseñanza-aprendizaje, tiene una base humanista donde cada individuo elige y construye su propio conocimiento, los factores que influyen en la satisfacción de aprender son los biofisiológicos como la edad, las condiciones físicas, ya que cualquier condición física que altera la capacidad para concentrarse interfiere con el aprendizaje como dolor, fatiga, ansiedad o hambre<sup>135</sup>, y los psicológicos que influyen en el aprendizaje, ya que va a depender en gran medida de la motivación, si una persona no quiere aprender es improbable que aprenda, las emociones en un nivel adecuado de ansiedad puede acelerar el proceso de aprendizaje pero un nivel de ansiedad y de estrés muy elevado impide la concentración y disminuye la habilidad de aprender<sup>130</sup>.

Los factores socioculturales como un entorno adecuado (iluminación, temperatura, silencio) facilitan las condiciones de aprendizaje. Las distracciones del entorno como interrupciones imprevistas o un ambiente incómodo interfieren con la capacidad de prestar atención<sup>131</sup>.

Los aspectos que se valoran son:

- Interés por su entorno sociosanitario.
- Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas: Preguntas, participación, resolución de problemas, proposición de alternativas.
- Recursos educativos de su entorno sociosanitario.
- Circunstancias que influyen en su aprendizaje: nivel de instrucción, limitaciones,

- 
- Valoración de Pfeiffer: estado mental cognitivo (anexo 11)
  - Recursos que utiliza para conseguir el grado de conocimiento de su actual estado de salud, fuente usual para su aprendizaje sanitario.
  - Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

### ***5.1. El llenado de los datos en la guía para el registro de valoración del paciente***

Han de llenarse todos los espacios del registro puesto que la información que recoge es la mínima necesaria para dar un cuidado integral de calidad. Si no se puede recoger alguno de los datos se justificará en las observaciones de la necesidad correspondiente.

La estructura general del registro es la siguiente:

- Se trata de un registro semiestructurado con puntos cerrados y abiertos de forma que su llenado resulte ágil y claro.
- Recoge datos administrativos, referentes al ingreso actual y subsecuente, así como de aquellos antecedentes de salud que pueden ser de interés para el equipo interdisciplinario y, aunque consten ya en otras partes de la historia, parece conveniente que figuren en este registro.
- Recoge datos de la salud del paciente, tanto objetivos como subjetivos, orientados al diagnóstico de las necesidades de cuidados.
- La organización de los datos se hace con el enfoque de un estudiante de enfermería, en base a las 14 necesidades básicas de V. Henderson
- Dentro de cada necesidad hay puntos que suelen hacer referencia a la presencia de un signo o síntoma (Característica Definitoria) de cada Diagnóstico de Enfermería explorado, seguido de los posibles factores relacionados más habituales.

Esta valoración se puede usar de manera electrónica o forma impresa. Por tanto si se usa el formato impreso, en el primer caso el punto va seguido de las casillas y se debe señalar con una X la casilla que corresponda y en caso que se detecte una alteración se señalará con una X la casilla o del punto que se relacione.

En la parte inferior de cada necesidad se cuenta con un espacio para anotar observaciones, realizar el diagnóstico del estudiante de enfermería. En algunas necesidades se observan algunas figuras o imágenes para señalar dentro de las alteraciones detectadas de manera gráfica.

En formato electrónico, el programa usado es Excel, el cual ofrece una versión de la valoración que se pueda abordar en forma inmediata, al igual que el impreso, se llenarán las casillas según corresponda y en los espacios para las observaciones se harán las anotaciones correspondientes y se estructurará el diagnóstico, para habilitar las celdas donde existe texto se usará el comando F2, y después la tecla fin para posicionarse al final del texto y poder escribir y con esto evitar borrar el texto guía, o bien dar doble *click* al final del texto guía para habilitar el comando.

La valoración debe hacerse en las primeras 24 horas del ingreso, sin embargo, algunos aspectos, como las relaciones familiares, sólo se pueden valorar cuando exista una relación de confianza entre el estudiante de enfermería y el paciente. En estos casos el juicio diagnóstico estará basado en la observación de manifestaciones verbales y no verbales del paciente y las preguntas concretas que hará el alumno se adaptarán a las distintas situaciones que surjan con cada persona.

La valoración se debe de actualizar de forma diaria para documentar información nueva, explicando en el apartado de observaciones.

El formato electrónico e impreso se ha dividido de acuerdo a las necesidades, y estas a su vez en dos campos la primera contempla los datos de ingreso y personales (ficha de identificación), y la segunda corresponde a las valoración por necesidades, para garantizar su cumplimiento.

Si no se pudiesen recabar estos datos se comentará en el apartado de *Observaciones de Enfermería* la situación del paciente que impide su cumplimiento. Es necesario que estos datos se registren, puesto que son los que dan un valor añadido a la valoración. En el impreso, figuran puntos enmarcados con un recuadro. Estos datos, no se valoran con preguntas, deben de considerarse en el momento de hacer la valoración inicial, y finaliza con la opinión del paciente sobre lo que él considera relevante. Se deberán incluir el nombre y apellidos del estudiante que la realiza, la fecha y la firma.

El llenado del registro de valoración debe realizarse al ingreso y durante la estancia hospitalaria del paciente.

---

Los métodos para la valoración del contemplan:

- Entrevista
- Exploración física
- Observación
- Escalas y cuestionarios

La técnica de entrevista es imprescindible para el registro de los datos sobre la salud del paciente. La fuente de éstos puede ser la propia persona, su familia o personas de su entorno, debe efectuarse en un ambiente lo más relajado e íntimo posible, para lo que debe pedirse a los compañeros de habitación y familiares que salgan de la estancia si es posible mientras se realiza. El paciente puede estar acompañado de un familiar, preferentemente el cuidador principal, si se cree conveniente o él lo prefiere. Se debe tomar en cuenta que el desarrollo de este primer contacto va a depender en gran medida la relación terapéutica que se establezca con la persona; por lo que debe procurarse un ambiente propicio; se utilizará un lenguaje accesible, las preguntas deben realizarse dando tiempo a contestar, sin añadir comentarios y sin dirigir las respuestas.

Se consideraran tanto las respuestas verbales como las no verbales del paciente y la coherencia entre ambas. Al comenzar, se llamará al paciente por su nombre, se le informará del objetivo de la entrevista, nos presentaremos e informaremos que puede dejar de contestar a las preguntas que él decida. El registro consta de los siguientes apartados:

- Datos administrativos: registro, nombre completo, fecha de nacimiento, etc., y verificar con los correspondientes que tiene anotados en la pulsera de identificación que se ha entregado en la documentación escrita pertinente en aquellos centros que así lo tienen establecido y que se le ha informado del funcionamiento de la unidad.
- Se registrarán, también, los objetos personales entregados al hospital y responsable directo (trabajador social, seguridad, personal de enfermería)
- Ingreso actual: En el apartado de “motivo” se hará constar la razón por la que el paciente dice que acudió a buscar la asistencia de un profesional de la salud (dolor, fiebre, accidente, para operarse, etc.); en “diagnóstico médico” se registrará el que se le hace al paciente al ingreso; en cuanto a la “procedencia” se reflejará de dónde viene: domicilio, urgencias, otra unidad, otro hospital etc.; y las “constan-



tes vitales” serán las que se valoren al paciente una vez ingresado en su habitación, si no hay signos o síntomas que hagan aconsejable tomárselas en el momento del ingreso.

- En el rubro de “antecedentes de salud”, se reseñarán, las enfermedades anteriores ya sean crónicas o agudas y las intervenciones quirúrgicas más importantes; así como los aspectos positivos que la persona cuenta a su favor para preservar su estado de salud. En el punto “caídas previas”, se constatará el número de caídas sufridas en los últimos 12 meses. Los “hábitos tóxicos” se refieren al consumo de tabaco, alcohol o drogas ilícitas. Se registrará el tipo de “alergia” que manifieste el paciente o conste en cualquier documento y si es portador de algún sistema de apoyo como marcapasos, estomas, drenajes entre otros.
- La “medicación en el domicilio”. Se refiere al tratamiento médico prescrito y su pauta de administración. Si el paciente no conoce alergias se escribirá “no conocidas al ingreso” o si no ha sufrido caídas en el último año o no tiene ninguna ostomía o bien no está tomando ningún tratamiento médico, se hará constar “no” para asegurar que el punto ha sido valorado.

## ***5.2. Campos obligatorios de la valoración al ingreso***

La elaboración de la valoración del paciente al ingreso, incluye algunos de los criterios de valoración mínimos para garantizar un cuidado efectivo y permitir su continuidad en la práctica, sin embargo, puede resultar imposible conocer los valores de ciertos campos dentro del periodo a tal efecto establecido (primeras 24 horas de ingreso o cuarto día del mismo). Surge por tanto la necesidad de determinar unos “campos obligatorios”.



## 6. Consideraciones finales

El presente material didáctico es el resultado de una revisión exhaustiva desde una perspectiva epistemológica sobre el modelo de Virginia Henderson que transita a un plano metodológico por medio del proceso de enfermería para ser ubicado en la etapa de valoración, obteniendo como producto un instrumento actualizado, accesible, que armoniza las catorce necesidades a través de un formato en el que se integran diagramas, esquemas y escalas que permitirán a los alumnos abordar la valoración de forma integral y dirigida utilizando diferentes métodos.

Este documento se ha elaborado con la intención de fomentar el desarrollo profesional de los alumnos de esta casa de estudios.



## 7. Bibliografía

1. Alfaro-lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica. 3ª ed. Barcelona: Doyma; 1996.
2. Alfaro-lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª ed. Barcelona: Springer; 1998.
3. Beare Gauntlett P., Myers J.L. Enfermería Médico quirúrgica. Vol. 1. 3ª ed. Madrid: Harcourt- Brace; 1999.
4. Carpenito L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madrid: Interamericana; 1994.
5. Myers E. Notas de Enfermería, 4ª. Edición, McGraw-Hill, México, 2015.
6. Carpenito J.L. Manual de diagnósticos de enfermería 5ª ed. Madrid: Interamericana; 1995.
7. García M.J. Conceptos básicos del modelo de enfermería de Virginia Henderson. En: El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson: Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. México D.F.: Editorial Progreso, 2004:8-17.
8. Marriner A. Virginia Henderson. En: Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier, 2003:98-109.
9. Pérez M., Sánchez S., Franco M., Ibarra A. Aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del Distrito Federal. Rev Enferm IMSS. 2009;14(1):60-68. Disponible en la web en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=8595>
10. Gordon M. Diagnóstico enfermero. Enfermería Mosby 2000. Volumen V. 3ª ed. Madrid: Mosby; 1996.
11. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: C.I.E.; 1971.
12. Iyer P.W., Tapich B.J., Bernocchilosey D. Proceso y diagnóstico de enfermería. 2ª ed. Madrid: Interamericana; 1994.
13. Luis Rodrigo M.T. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 3ª ed. Barcelona: Harcourt-Brace. 1997.
14. Luis Rodrigo M.T, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Massón; 1998.

- 
15. Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993.
  16. Fawcett J. Middle Rang Nursing Theories are necessary for the advancement of the discipline. *Aquichan* Vol 5 No.01 de 2005 pp 32 - 43. Disponible en la Web en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74150104.pdf>
  17. Duran de Villalobos M. Teoría de enfermería ¿un camino de herradura *Aquichán* vol.7 no.2 Bogotá July/Dec. 2007. [citado 14-10-2014]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972007000200005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000200005)
  18. Fernández A., Manrique-Abril Fred G. Agencia de Autocuidado. *Rev salud hist sanid* [internet] 2009; vol. 4, No. 1, (enero-abril). [citado 14-10-2014]. Disponible en: <http://www.histosaluduptc.org/ojs-2.2.2/index.php?journal=shs>
  19. López Díaz A.L., Guerrero Gamboa S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Invest Educ Enferm.* 2006;24(2):90-100.
  20. Rivera L. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá. *Rev Salud Pública.* 2006;8(3):235-47.
  21. Landeros O. Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural. *Rev Enfermería.* 2004;12(2):71-4.
  22. Gallejos C.E. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala ASA. *Desarrollo científico de enfermería.* 1998;6(9):260-4.
  23. Terry P.D., Abramson J.L., Neaton J. Blood pressure and risk of death from external causes among men screened for the multiple risk factor intervention trial. *Am J Epidemiol.* 2007;165(3):294-8.
  24. Pólit D. *Investigación científica en ciencias de la salud.* México: McGraw-Hill; 2000.
  25. Achury D., Sepúlveda G., Rodríguez M. Validez de apariencia y de contenido de un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 2008;10(1):93-111.
  26. Riopelle L. et. al. *Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona.* Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993.

27. Rodríguez Ponce C. Proyecto para la obtención de plaza de profesor titular del Departamento de Enfermería. Documento sin publicar. Málaga: Universidad de Málaga; 1998.
28. Thomas Egglund E., Skelly Heinemann D. Nursing documentation. Charting, recording and reporting. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1994.
29. Weber J. Nurses' Handbook of Health Assessment. 2ª. ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1993.
30. Organización Mundial de la Salud (OMS). El Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, Informe 2010. [internet]; [citado 14-10-2014]. Disponible en la web en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)
31. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina [internet]; 2006 [citado 14-10-2009]. Disponible en la web en: <http://www.biblioteca.cotecnova.edu.co/docentes/Magali/Cartillas/autocuidado.pdf>
32. Ocampo M., Salvatierra Izaba R., Vivanco Cedeño B., Alvarez-Lucas B., Lezana Fernández C., Inequidad de los Servicios de Salud a Población Abierta en México. Salud Pública de México. 1993 [internet]; Vol. 35, No. 6, p.p 576-584. Disponible en la web en: [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/1993/199335\\_576-584.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1993/199335_576-584.pdf)
33. Villarreal-Ríos E., Mathew-Quiroz Á., Garza-Elizondo M., Núñez-Rocha G., Salinas-Martínez A., Gallegos-Handal M. Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2002 Ene [citado 2014 Ene 10] ; 44(1): 7-13. Disponible en la web en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342002000100001&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000100001&lng=es)
34. Rivera Álvarez LN. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. Revista de Salud Pública 2006; 8235-247. [citado 2014 Ene 10] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42280309>.
35. Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1995. Y Newman MA, Sime AM, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. Advances in Nursing Science. 1991. Citadas por Durán de Villalobos MM. Marco epistemológico

---

de la enfermería. Aquichan 2002, 27-18. Fecha de consulta: 15 de enero de 2014. Disponible en la web en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74120203>.

36. Lucena A., i Girardi Paskulin M., Fernandes de Souza M., Rivero de Gutiérrez M. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. Rev. esc. enferm. USP [revista en la Internet]. 2006 Jun [citado 2014 Ene 21]; 40(2):292-298. Disponible en la web en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000200020&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200020&lng=es).
37. Sancho Cantus D., Prieto Contreras L.. Teorías y modelos en la práctica enfermera: ¿Un binomio imposible? Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2012 Jul [citado 2014 Ene 21]; 11(27): 292-298. Disponible en la web en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000300015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300015&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300015>
38. Cisneros G.F., Introducción a las teorías y modelos de enfermería. Universidad del Cauca, Popayan, Colombia, 2002. [citado 2014 Ene 10] Disponible: en la web en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
39. Mejía Lopera M. Aplicación de algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica. Índex Enferm [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2014 Ene 21]; 17(3): 197-200. Disponible en la web en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000300010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300010&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000300010>
40. Duran De Villalobos M. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan vol. 2 No. 1, 2002. Disponible en la Web en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17>
41. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención, México, Secretaría de Salud. 2008. [citado 2014 ene 15] Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
42. Silva Dreyer C., Martínez Guzmán L., Empoderamiento, Participación y Autoconcepto de Persona Socialmente Comprometida en Adolescentes Chilenos. Rev. Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology. [internet]. 2007, Vol. 41, Núm. 2 pp. 129-138. [citado 2014 ene 15] disponible en la web en: <http://www.cisoc.cl/images/stories/Carmen/Empoderamiento%20Persona%20Socialmente%20Comprometida%20Adolescentes%20Chilenos.pdf>



43. Fernández A., Manrique-Abril F. Agencia de Autocuidado. Rev salud hist sanid [internet] 2009; vol. 4, No. 1, (enero – abril). [citado 14-10-2014]. disponible en la web en: [https://www.academia.edu/1241722/Agencia\\_de\\_Autocuidado](https://www.academia.edu/1241722/Agencia_de_Autocuidado)
44. Navarro Peña Y., Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Ene D17]; (19). Disponible en la web en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412010000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412010000200004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000200004>.
45. Carrillo Algarra A., Díaz Flor J. Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: un estudio piloto en Bogotá. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2014 Ene 17]; 12(30): 54-64. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200004&lng=es).
46. Achury Beltrán L.F., Achury Saldaña D.M., Rodríguez Colmenares S.M., Sepúlveda Carrillo G.J., Padilla Velasco M.P., Lauro Umaña Y.M., Martínez M.A., Soto Rodríguez J.A., Almonacid Lever Y., Sosa Á.M., Camargo Becerra LE. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo 2012; 1463-83. Disponible en la web en: <http://estudiosterritoriales.org/articulo.oa?id=145226758005>. Consultado el 20 de enero de 2014.
47. Rodríguez-Gázquez M., Arredondo-Holguín E., Herrera-Cortés R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2012 Abr [citado el 2014 Jun 21]; 20( 2 ): 296-306. Disponible en la web en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692012000200012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000200012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200012>
48. Velandia-Arias A., Rivera-Álvarez L.N. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Rev. salud pública [serial on the Internet]. 2009 Ago [citado el 2014 Ene 15]; 11( 4 ): 538-548. Disponible en la web en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012400642009000400005&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642009000400005&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642009000400005>.

- 
49. Ofman S.D., Pereyra C.I., Stefani D., Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento Diferencias según género. Boletín de Psicología, No. 108, Julio 2013. Universidad de Valencia. España 2013. [citado 2014 Ene 15] disponible en la web en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N108-6.pdf>
  50. Rodríguez-Gázquez M., Arredondo-Holguín E., Salamanca Acevedo Y. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). Enfermería global (internet). Vol 12, Núm 2 (2013): #30 – Abril [citado 2014 Ene 15] disponible en la web en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.12.2.147921>
  51. Fernández López L., Guerrero Llamas L., Gutiérrez Villaplana J. M., Estrada Reventos D., Casal García M., Andugar Hernández J. *et al* . Programa de intervención mixta sobre el cumplimiento y calidad de vida en pacientes hipertensos. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2014 Ene 11]; 10(2): 7-13. Disponible en la web en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113913752007000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113913752007000200002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-13752007000200002>.
  52. Isenberg A. Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. En: Parker M. Nursing Theories and Nursing practice. Philadelphia: F.A. Davis co; 2001. p.125.
  53. Garzón Rodríguez C. Análisis de los conceptos de administración, gestión y gerencia en enfermería, desde la producción científica de enfermería, en América Latina. Tesis para optar el título de Maestría en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 2011. Disponible en la Web en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6678/1/claramariagarzon-rodriguez.2011.pdf>
  54. Atkinson LD, Murray ME: *Guía clínica para la elaboración de los cuidados 2*. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México 1997
  55. Sánchez Reyes E., Pinal Moreno E., Ortega Vargas M. C. Guía clínica de enfermería del enfermo con insuficiencia cardíaca. Arch. Cardiol. Méx. [revista en la Internet]. 2007 Mar [citado 2014 Sep 01]; 77( Suppl 1): 91-95. Disponible en la web en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S140599402007000500013&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140599402007000500013&lng=es).
  56. Smelterzer S.C., Bare B.G. *Enfermería Médico-quirúrgica*. México: Interamericana; 1992.

57. Braunwald F. *Principios de Medicina Interna*. México: Interamericana; 1999.
58. Brunner S.L. *Manual de la Enfermera Ciudad de México*: Interamericana/Mc Graw Hill; 1991.
59. Berkow R. *El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica*. España: Océano-Centrum; 1994.
60. Ortega V.C. Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. *Rev Mex Enf Card* 2001; (9):18-23.
61. Gordon M. *Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación*. 3º Edición. Mosby/Doyma Libros. Madrid 1996
62. Gordon, M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. Mosby/Doyma. Madrid 2003
63. Fornés Vives J., y Carballal Balsa M.C. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2001
64. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2004. [citado 2014 Sep 02] Disponible en la web en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>.
65. SemFYC. *Guías de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs*. Barcelona: SemFYC, 2000 SENC. Agua, hidratación y salud: “La Declaración de Zaragoza”. SENC y Observatorio de la Nutrición y Actividad Física. 2008 [citado 2014 Ago 28] Disponible en la web en [www.nutricioncomunitaria.org/generica.jsp?tipo=docu&id=7](http://www.nutricioncomunitaria.org/generica.jsp?tipo=docu&id=7)
66. Escolar Castellón J. L., Pérez Romero de la Cruz C., Corrales Márquez R. Actividad física y enfermedad. *An. Med. Interna (Madrid)* [online]. 2003, [citado 2014 Sep 03] vol.20, n.8, pp. 43-49. ISSN 0212-7199. Disponible en la web en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992003000800010&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992003000800010&script=sci_arttext)
67. msc. *Actividad física y salud en la infancia y adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación*. msc, 2006
68. Alfaro O., Morales T., Vázquez F., Sánchez S., Ramos B. y Guevara U. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminal. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*; 2008; 485-494.

- 
69. Álvarez-Gayou J. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Buenos Aires: Paidós; 2003.
70. Astudillo, W, Mendinueta, C. y Granja, P. Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida. *Revista de Psicooncología*, 5 (2), 2008; 359-381.
71. Castañeda, A.. El duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidado críticos. *Psicocentro*. 2005; [citado 2014 Sep 03] Disponible en la web en: [http://www.psicocentro.com/cgi-in/articulo\\_s.asp?texto=art33001](http://www.psicocentro.com/cgi-in/articulo_s.asp?texto=art33001)
72. Clayto, J., Butow, P., Arnol, R. y Tottersall, M. Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. *American Cancer Society*, 1965- 1976.
73. De la Huerta R., Corona J., Méndez J.. Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39 (1), 2006; 46-51.
74. Fuertes M.C., Maya M.U. Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. *ANALES de psicología*, 24 (2), 2001; 467-472.
75. Islas, N., Ramos, B., Aguilar, G. y García, L. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 2006; 58-66.
76. Lara, G., González, A. y Banco, L. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 2008; 159-166.
77. López, G., Domínguez, M. y Ochoa, M. Validación de la Escala de Bienestar Subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores. *Psicología y Salud*, 20 (1), 2010; 13-22.
78. Bellido-Vallejo, J. C. Proceso de Atención en el Área Quirúrgica. De la universidad a los lenguajes estandarizados (1ª ed.). Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2005.
79. Reyes, A., Garrido, A., Torres, L. y Ortega, P. Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Revista de Psicología y Salud*, 20 (1), 2010; 111-117.
80. Varela, G. y Alonso, E. *Vitaminas y salud: de las enfermedades carenciales a las degenerativas*. Madrid: Rensa Libros, S.A.;2003.

81. Beare, P., & Myers, J. L. Enfermería Medicoquirúrgica (vol 1) (2nd ed.). Madrid: Mosby-Doyma; 1995.
82. Iglesias Álvarez, C., & Fernández Domínguez, J. M. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 12(1); 2000; 107-12.
83. Pizarro López M, Rancaño García I. Estreñimiento. Actividad física. Salud y actividad física [citado 2014 Sep 01] disponible en la web en: [www.actividadfisica.net/](http://www.actividadfisica.net/) Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/estrenimiento.asp>
84. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos Enfermeros (AENTDE). Definición de diagnóstico de enfermería; 2001 [Citado febrero/2014], disponible en la web en: <http://www.aentde.com/modules.php?nameContent&pa=showpage&pid=4>
85. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. . Planes de cuidados estandarizados; 2007 [Citado Agosto/2014], Disponible en la web en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/personas\\_fumadoras/08\\_anexos\\_fumadoras.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/personas_fumadoras/08_anexos_fumadoras.pdf)
86. Consejo Internacional de Enfermeras.. La definición de enfermería; 2010 [Citado: abril, 2014] disponible en la web en: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
87. Riopelle L.,Grondin L.,Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.1993.
88. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.: Dossier para la realización de planes de cuidados. Hospital U. Puerta del Mar. Cádiz;2014, [Citado: Jun, 2014] Disponible en la web en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/descargas/enfermeria/Documentacion\\_clinica.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/descargas/enfermeria/Documentacion_clinica.pdf)
89. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FU DEN). Observatorio de Metodología Enfermera. Proyecto CENES. estandarización y aplicaciones metodológicas. valoración enfermera estandarizada. [Citado: abril/2014], disponible en la web en: [http://www.ome.es/04\\_01\\_desa.cfm?id=11#ancla4](http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=11#ancla4)
90. García González M.J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. (2ª ed.). México: Editorial Progreso; 2004.

- 
91. Luis Rodrigo M.T., Fernandez Ferrin C, Navarro Gomez M.V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª edición. Barcelona: Elsevier Doyma; 2007.
  92. García, F., Carrascosa, M., Bellido, J., Rodríguez, M., & Casa, F. *et. al.* Guía para el manejo de: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. Evidential, [citado: sept 2] Disponible en al web: <http://www.indexf.com/evidentia/2005supl/guiaapp.pdf>.
  93. Jiménez Castro A., Salinas Durán M., Sánchez Estrada C. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. *Rev Enferm IMSS*, 12(2), 61-63; 2004.
  94. Luis Rodrigo M. T., Fernández Ferrín C., Navarro Gómez M. V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. (3ª ed.). Barcelona: Elsevier-Masson; 2005.
  95. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Servicio Andaluz de Salud; 2004. [Consultado: Agosto/30, 2010] disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=139>
  96. Vargas Chávez M. Y. Algunos fundamentos teóricos para el cuidado de enfermería. *Rev Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 15(1), 28-30; 2007.
  97. Henderson V., Nite G. *Enfermería teórica y práctica. Cuidados básicos de enfermería Volumen 2.* México: D.F. Ediciones científicas. La prensa Médica Mexicana, S.A.; 1998
  98. Kim M.J., McFarland G., McLane A. *Diagnóstico en Enfermería y plan de cuidados.* Madrid: Mosby; 1994
  99. Kozier B, Erb G, Olivieri R. Descanso y sueño. En: Kozier B, Erb G, Olivieri R. *Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica.* 8ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993.
  100. Luis M.T., Fernández C., Navarro M.V. De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Elsevier- Masson; 2007.
  101. Kozier B., Erb G., Olivieri R. *Enfermería Fundamental ,Conceptos ,procesos y práctica.* 4º ed. Madrid : Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993. p. 1245–1333

102. Riopelle L., Grondin L., Phaneuf M. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona .Madrid : Mc Graw-Hill-Interamericana;1993.
103. Ganong W. Fisiología Médica. México: El Manual moderno;1990.
104. Guyton A. Tratado de fisiología médica. 8° ed. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill; 1992.
105. Stora F. Dormir bien es vivir mejor. Barcelona: Salvat Editores;1990
106. Kozier B., Erb G., Olivieri R. Descanso y sueño. Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica.4° ed. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 1993.
107. Fernández C., Novel G. El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. Barcelona: Masson, S.A. 1993.
108. Riopelle L., Grondin L., Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.1993.
109. Kim M.J., McFarland G., McLane A. Diagnóstico en Enfermería y plan de cuidados. Madrid: Mosby. 1994
110. Fernández C., Navarro M.V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson; 2000.
111. Unidad de Gestión Clínica. Análisis descriptivo de actividad hospitalaria del Área Materno Infantil Hospital Clínico UC y Clínica UC 2009-Noviembre 2011. Santiago, Chile: PUC, 2012.
112. Rodríguez A., Ferrer M. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. Enfermería Clínica. 2002;12(6):253-9.
113. Alfaro O., Morales T., Vázquez F., Sánchez S., Ramos B., Guevara U. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminal. Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social, 2008; 485-494.
114. Álvarez-Gayou, J. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Buenos Aires: Paidós; 2003.
115. Astudillo, W, Mendinueta, C. y Granja, P. Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida. Revista de Psicooncología, 5 (2), 2008; 359-381.

- 
116. Castañeda, A. El duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidado críticos. *Psicocentro*. 2005; [Citado: Sep 2013] Disponible en la web [http://www.psicocentro.com/cgi-in/articulo\\_s.asp?texto=art33001](http://www.psicocentro.com/cgi-in/articulo_s.asp?texto=art33001)
  117. Clayto, J., Butow, P., Arnol, R. y Tottersall, M. Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. *American Cancer Society*. 2005; 1965- 1976.
  118. De la Huerta R., Corona J. y Méndez J. Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39 (1), 2006; 46-51.
  119. Fuertes M.C., Maya M.U., Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. *ANALES de psicología*, 24 (2), 2001; 467-472.
  120. Islas, N., Ramos, B., Aguilar, G. y García, L. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 2006; 58-66.
  121. Lara, G., González, A. y Banco, L. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 2008; 159-166.
  122. López, G., Domínguez, M. y Ochoa, M. Validación de la Escala de Bienestar Subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores. *Psicología y Salud*, 20 (1), 2010; 13-22.
  123. Bellido-Vallejo, J. C. *Proceso de Atención en el Área Quirúrgica. De la universidad a los lenguajes estandarizados (1ª ed.)*. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2005.
  124. Reyes, A., Garrido, A., Torres, L. y Ortega, P. Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Revista de Psicología y Salud*, 20 (1), 2010; 111-117.
  125. Ferrer, M., Vilagut, G., Monasterio, C., Montserrat, J. M., Mayos, M., & Alonso, J. Medida del impacto de los trastornos del sueño: Las versiones españolas del cuestionario del impacto funcional del sueño y de la escala de somnolencia de epworth. *Med Clin*, (113), 1999; 250-5.
  126. Varela, G. y Alonso, E. *Vitaminas y salud: de las enfermedades carenciales a las degenerativas*. Madrid: Rensa Libros, S.A; 2003.



127. Beare, P., & Myers, J. L. Enfermería Medicoquirúrgica (vol 1) (2nd ed.). Madrid: Mosby-Doyma; 1995.
128. Iglesias Álvarez, C., & Fernández Domínguez, J. M. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 12(1), 2000; 107-12.
129. Dirección de Enfermería Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz.(2009). Dossier para la realización de planes de cuidados. [Consultado: 24 julio, 2010] desde la web en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/descargas/enfermeria/Documentacion\\_clinica.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/descargas/enfermeria/Documentacion_clinica.pdf)
130. García González, María de Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. (2ª ed.). México: Editorial Progreso; 2004.
131. Jiménez Olmedo, C. Un caso de afrontamiento familiar comprometido. *Evidentia*, 7(29), [Consultado: 25 julio, 2010] Disponible en la web en: <http://www.index-f.com/evidentia/n29/rev1029.php>-Consultado el 28-08-10



## 8. Anexos

1. Escala de Glasgow para valorar el estado de conciencia.
2. Escala de Ramsay para evaluar el nivel de sedación y ajustar las dosis de drogas al nivel deseado.
3. Escalas de valoración del dolor, existen varias; sin embargo, las que más se consideran dentro del ámbito hospitalario son: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica (EN), Escala Categórica (EC), Escala Visual Analógica de Intensidad (EVAI), Escala Visual de Mejora (EVAM), y la escala de McGill en su versión corta que mide el dolor neuropático. La elección y aplicación de cualquiera de estas escalas depende del profesional que esté valorando.
4. Escala de Braden Bergstrom (Valoración del riesgo de UPP), recomendada por el “Protocolo para la detección y prevención de úlceras por presión”.
5. Valoración de riesgo de caídas.
6. La escala de Barthel Valoración de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).
7. Escala de Ideación Suicida (SSI).
8. Índice de esfuerzo del cuidador.
9. Escala de depresión geriátrica de Yesavage.
10. Escala de Karnofsky, para el estado funcional del paciente paliativo.
11. Escala de Pfaffner, para el estado cognitivo.

*Valoración de enfermería: 14 necesidades V. Henderson*

**Instrucciones:**

Han de complimentarse todos los valores del registro puesto que la información que capta es la mínima necesaria para dar un cuidado integral de calidad. Si no se puede captar alguno de los datos se justificará en las observaciones de la necesidad correspondiente.

La estructura general del registro es la siguiente:

- Se trata de un de un registro semiestructurado con puntos cerrados y abiertos de forma que su cumplimentación resulte ágil y clara.
- Recoge datos administrativos, datos referentes al ingreso actual y aquellos antecedentes de salud que pueden ser de interés para los enfermeros y, aunque consten ya en otras partes de la historia, parece conveniente que figuren en este registro.
- Recoge datos de la salud del paciente, tanto objetivos como subjetivos, orientados al diagnóstico de las necesidades de cuidados.
- La organización de los datos se hace con enfoque enfermero, en base a las catorce necesidades descritas por V. Henderson, puesto que resulta más útil para llegar a Diagnóstico.
- Dentro de cada necesidad hay puntos que suelen hacer referencia a la presencia de un signo o síntoma (Característica Definitoria), seguido de los posibles factores relacionados más habituales.
- En el formato impreso y en el formato electrónico, cada dato va seguido de las casillas y se debe señalar con una X la casilla que corresponda, y en algunos casos que piden parámetros fisiológicos, se hará la anotación correspondiente; en caso que se detecte una alteración se señalará con una X la casilla o del punto que se relacione.
- En la parte inferior de cada necesidad se cuenta con un espacio para anotar observaciones, a continuación de este espacio figura otro campo en el que constan los Diagnósticos Enfermeros del Dominio y que se han identificado.

- La Valoración debe hacerse en las primeras 24 horas del ingreso. Sin embargo, algunos aspectos, como por ejemplo las relaciones familiares, sólo se pueden valorar cuando exista una relación de confianza entre el personal de enfermería y el paciente. En estos casos el juicio diagnóstico estará basado en la observación de manifestaciones verbales y no verbales del paciente y las preguntas concretas que hará el enfermero se adaptarán a las distintas situaciones que surjan con cada persona, no pudiendo estandarizarse.

En ambos formatos, se valorarán los días subsecuentes de estancia del paciente, anotándose en la planificación de cuidados esta actividad: “Completar Valoración Enfermera el día XX, en turno de XX”. Si después del día planificado sigue habiendo circunstancias que aconsejen aplazar la valoración de estos puntos, se registrará una nueva fecha explicando en Observaciones de Enfermería el criterio que aconseja esta decisión. Para garantizar el cumplimiento del plan de cuidados se planificará la intervención una vez que se han detectado las necesidades alteradas. Es imprescindible que los valores de parámetros fisiológicos se complementen, puesto que son los que dan un valor añadido a la Valoración Enfermera.

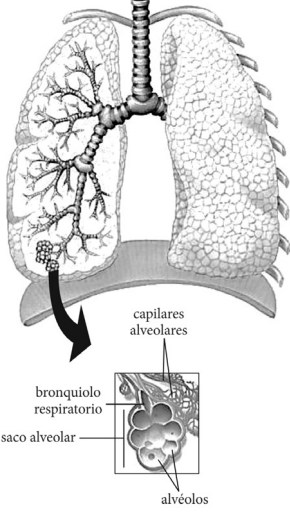
Unidad Médica/ hospitalaria:
No. de registro:
Nombre del paciente:
Servicio
Diagnóstico Médico:

<b>Identificación del Paciente</b>	Nombre (iniciales):		Fecha de Nacimiento:	
	Registro:		Sexo:	
			Edad:	
	Tipo de identificación:		Documentación:	
	Pulsera		Expediente	
	Tarjetón		Indicaciones medicas	
	Cardex enfermería		Hoja de enfermería	
Otro		Otro:		

<b>Ingreso</b>	Síntomas al ingreso:				
<b>Procedencia del Paciente:</b>	Domicilio		Signos vitales		Datos de laboratorio e imagen
	Programado		T/A		
	Consulta externa		FC		
	Urgencias		FR		
	Servicio de:		T°		
	Otro:		mg/dl		
	Cuidador primario:				

Alergias	Ninguna detectada				
	Fármacos		Tipo		
	Alimentos		Tipo		
	otros		Tipo		
Signos y síntomas de la reacción:					
Medicamentos (los que toma usualmente y los que indicados actualmente)					
Medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía	Desde cuando	Acción medicamentosa

## Necesidad 1: respirar normalmente

Tipo respiración:		<p style="text-align: center;">Unidades anátomo-fisiológicas del pulmón</p>  <p style="text-align: center;"> <small>capilares alveolares</small>  <small>bronquiolo respiratorio</small>  <small>saco alveolar</small>  <small>alvéolos</small> </p> <p style="text-align: center;"> <a href="http://www.genomasur.com/BCH/BCH_libro/capitulo_14.htm">http://www.genomasur.com/BCH/BCH_libro/capitulo_14.htm</a> </p>	Disnea		
Nasal			Reposo		Obstrucción
Mixta			Esfuerzos moderado		Boca
Oral (bucal)			Esfuerzo severo		Nariz
Eupnea			Obesidad		Bronquial
Taquipnea			Ansiedad		Pulmonar
Bradipnea			Estrés		Causa:
Ortopnea			Dolor		
Aleteo nasal			Presencia de tos	A/C	Secreciones
Cheyne-stokes			Tos productiva		Vías altas
Kussmaul			Tos no productiva		Bronquiales
Superficial			Tipo de secreciones		
Apnea de sueño			Blanquecina		Abundantes
Otra:			Verdosas		Escasas
		Espesas		Purulentas	
		Fluidas		Hemáticas	
		Olor		Otro	

Amplitud	
Frecuencia:	
Ritmo	
Simetría	
SO <sub>2</sub> :	
Movimiento	
Permeabilidad	

Tiraje	
Supra esternal	
Infra esternal	
Retracción esternal	
Supraclavicular	
Infraclavicular	
Espacios intercostales	
Drenaje pulmonar	
Ubicación	
Características:	

Cianosis		Gases arteriales	
Central		Ph	
Periférica		PaO <sub>2</sub>	
Localización		PaCO <sub>2</sub>	
Suplemento de O <sub>2</sub>		HCO <sub>3</sub>	
Método		Sat O <sub>2</sub>	
FiO <sub>2</sub>		Ácido/base	
Características de las mucosas:		HbO	
		Otro	



Ruidos respiratorios	
Ventilado	
Disminuido	
Gorgoteo	
Sibilancias	
Estertores	
Crepitantes	
Estridor	
Roncus	
Mormullo vesicular	
Otro	

Dolor				Alteración estructural			
Garganta		Abdomen		Nariz		Nariz	
Tórax		Otro		Boca		Boca	

Observaciones:

Datos patológicos	
Agitación	Sí/No
Trabajo respiratorio	Sí/No
FR ≥ 35 rpm	
Uso de músculos accesorios	Sí/No
Fatiga de los músculos inspiratorios	Sí/No
Dilatación de orificios nasales	Sí/No
Boca abierta	Sí/No
Labios fruncidos	Sí/No
Alteraciones del intercambio gaseoso	Sí/No
PaCO <sub>2</sub> > 45 mmHg	
pH <7,35	
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> <200	
Otro	

Métodos y medios de ventilación y O <sub>2</sub>	Tiempo	
Intubación		
Cánula oro faríngea		
Cánula oro faríngea con balón		
Cánula nasofaríngea		
Tubos con obturador esofágico		
Máscara laríngea		
Nebulizador		
Sonda nasal		
Boca a mascarilla		
Simple		
Con reservorio		
Con sistema Venturi.		
Otro		

Modo de VMI	Vc	Fr	FiO <sub>2</sub>	I:E	Vi	Pr
Ventilación Mecánica Controlada						
VM asistida/controlada						
Ventilación mandataria intermitente						
No sincronizada						
Sincronizada						
Presión soporte						
PEEP (Presión positiva al final de la espiración)						
Otro						

Observaciones

## Cardiovascular

Aspecto Físico:					
FC (C)	FC(P)				
T/A	MTD	MTI	MPD	MPI	
De pie					
Sentado					
Acostado					
Temperatura					
Pulso (P)					
Ritmo					

Intensidad					
Tensión					
Amplitud					

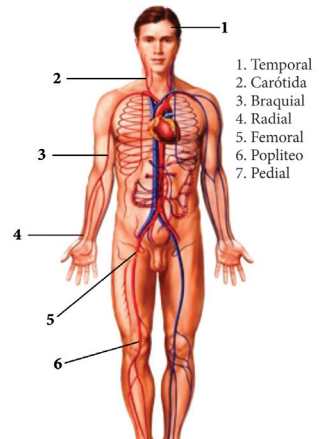
Pulsos de Cabeza y cuello	
Carotideo	
Temporal	
Central	
Apical	
Apico-Radial	

Observaciones
---------------

Pulsos periféricos	MSD/MPD
Cubital	
Radial	
Humeral	
Llenado capilar	
Edema	
Varices	
Femoral	
Poplíteo	

Pedio	
Tibial posterior	
Relleno capilar	
Edema	

### Pulsos

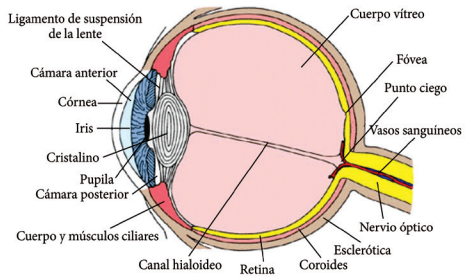


1. Temporal
2. Carótida
3. Braquial
4. Radial
5. Femoral
6. Poplíteo
7. Pedial

www.enfermagempiaui.com.br

Inspección de la retina	
Disco óptico	
Nervio óptico	
Arterias del arco temporal	

Observaciones
---------------



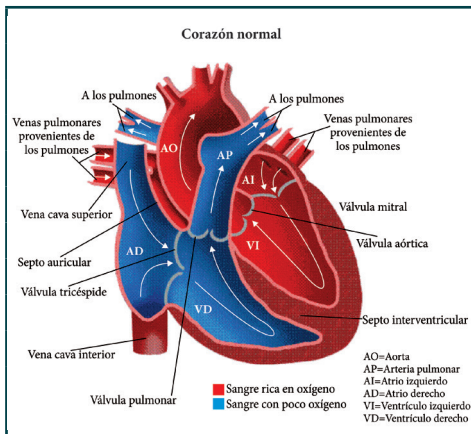
www.teleformacion.edu.aytolacoruna.es

Dolor		Localización	Características
Tipo		Exacerbación	
EVA		Duración	

Marcapasos	
Tipo	
Frecuencia	
Ritmo	
Voltaje	

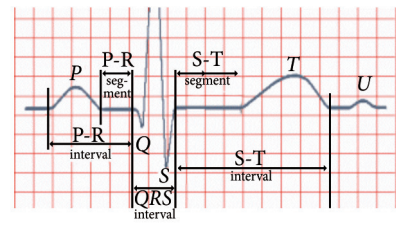
Medicamentos cardiovasculares	Dosis	Horario

Diagnóstico de enfermería

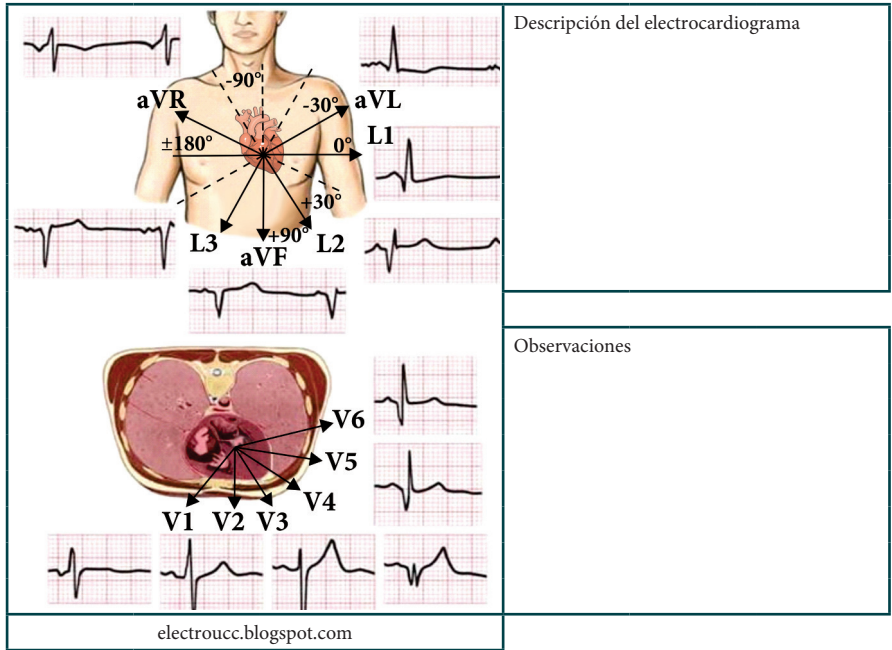


anatomia-vascular.blogspot.com

Observaciones



electroucc.blogspot.com



Descripción del electrocardiograma

Observaciones

Observaciones

Diagnósticos de enfermería

**Necesidad 2: comer y beber adecuadamente**

Talla actual		Observaciones	
Peso actual		Pérdida de peso prehospitalaria	
Peso al ingreso		IMC: peso(kg)/ altura(m <sup>2</sup> )	
Superficie corporal		Circunferencia de la cintura	

Dieta actual
Libre
Cardiópata
Diabético
Hipertenso
Hepatópata
Nefrópata
Otra

Apetito:		Nausea		Vómito	
Normal		Espontaneo			
Disminuido		Provocado			
Aumentado		Dificultad para tragar			
Perdido		Ninguna		Ocasión	
		Líquidos			
No. Comidas al día		Sólidos			
		Dolor/molestia			

Entiende el porque de la dieta		
Acepta la dieta institucional		
Hábitos dietéticos:		
Alimento	fx7	
Carne roja		Lácteos
Carne blanca		Sopes
Huevo		Gorditas
Verduras		Quesadillas
Frutas		Tortas
Leguminosas		Pambazos
Legumbres		Frituras
Cereales		Helado
Pan		Comida rápida
Toma suplementos:		Dispositivos
Estimulantes		CAT/VEN
suplementos		SNG
Polivitamínico		SOG
Otro:		Ostomía:
Alimentación: enteral y/o parenteral		
Cantidad		
Calorías		
Frecuencia		

Alimentos no tolerados:
Preferencias alimentarias:
Alergias alimentarias:
Costumbres familiares alimentarias
Alteraciones alimentarias subjetivas
Otras alteraciones de interés

Lugar donde come		Hábitos alimentarios inapropiados:		Alteraciones de la conducta alimentaria:			
Casa		Desorganizado		Manejo inadecuado de los cubiertos			
Fonda		En solitario		Comportamiento inadecuado a normas sociales			
comedor industrial		Esconde comidas		Avidez			
Calle		Come a escondidas		Ingesta compulsiva			
Otro:		Dieta insuficiente		Ingiere sustancias no comestibles/inapropiadas			
		Restricción/evitación		Potomanía			
		Dientes		Se niega a comer			
Encías		Completos		Alteración del peso en el último mes			
Sin alterar		Incompletos:		Lengua		Labios	
Blancas		Caries:		Limpia		Integridad	
Rojas		Prótesis dental:		Saburral		Textura	
Sangrantes		Otro		Lesiones		Color	

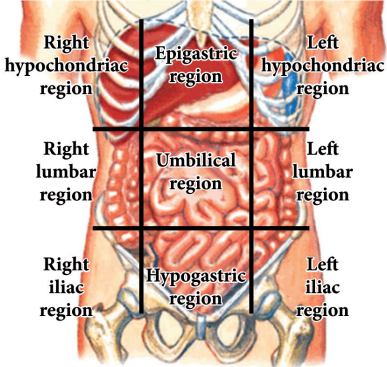
Líquidos	Cantidad	Frecuencia	Líquidos endovenoso				Datos de laboratorio	
Agua			Catéter				Hb glucosilada	
Refresco			Tipo				Glucosa	
Leche			Cantidad /24hrs				Triglicéridos	
Café			Electrolitos				Colesterol	
Infusiones (tés)			Otros				Tiroideo	
Cerveza			Electrolitos séricos					
Vino			Potasio		Calcio			
Licores			Sodio		Cloro			
Otros			Magnesio		Fosforo			

Capacidad funcional para la alimentación		Medicamentos para sistema digestivo	
Completamente independiente		Medicamento	Dosis
Requiere uso de equipo o dispositivo			
Requiere de otra persona para supervisión o enseñanza			
Requiere ayuda de otra persona y dispositivo			
Dependiente			

Piel y características					
Color	Rosada	Pálida	Oscura	Cianótica	Ictérica
Temperatura	Caliente	Seca	Fría	Húmeda	°C
Turgencia	Flexible	Firme	Frágil	Hidratada	Deshidratada
Historia de problemas de piel y cicatrización					
Ninguna	Cicatrización anormal	Cicatrización anormal	Cicatrización anormal	Pápulas	Máculas
Seca	Grasosa	Grasosa	Grasosa	Acneica	Queloides

Patología digestiva		Abdomen: Inspección general:	Palpación abdominal
Tipo		Piel y sus características	Temperatura
Tiempo		Contorno	Reflejos abdominales
Tratamiento		Simetría	Zonas hipersensibles
Observaciones:		Patrones venosos	Paniculo adiposo
		Cicatriz Umbilical	Puño percusión hepática
		Movimientos respiratorios	
		Pulso aórtico	Matidez cambiante
		Búsqueda de herniación o masas	
Auscultación abdominal:		Diagnóstico de enfermería	
Peristaltismo			
Soplos			
Delimitación hepática			
Edema			
Percusión abdominal:			

	
<a href="http://anatomiaavanzada.wordpress.com">anatomiaavanzada.wordpress.com</a>	<a href="http://www.zonamedica.com.ar">www.zonamedica.com.ar</a>

Observaciones finales:

## Necesidad 3: eliminación

### Eliminación urinaria

Color		pH		Vesical		
Amarillo intenso		Cuerpos cetónicos		Frecuencia	Hematuria	
Rojizo		Proteína		Hora de la última micción	Poliuria	
Naranja		Nitritos.		Incontinencia	Poliaquiuria	
Marrón		Urobilinógeno.		Enuresis	Retención urinaria	
Pardo o negro		Bilirrubina.		Urgencia miccional	Anuria	
Azul verdoso		Conteo de glóbulos rojos		Oliguria	Nicturia	
Blanco-lechosa		Conteo de glóbulos blancos		Disuria	Piuria	
Transparente		Glucosa		Egresos 24hrs	Vespertino	
Turbia		Gonadotropina coriónica humana		Matutino	Nocturno	

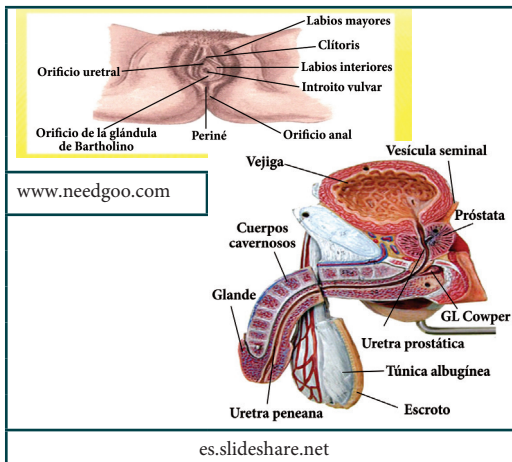
Dispositivos vesicales		
Sondaje vesical permanente		fecha Ins/ret
Sondaje vesical intermitente		fecha Ins/ret
Sonda supra púbica		fecha Ins
Ostomía/urostomía		fecha Ins
Nefrostomía		fecha Ins
Colector		fecha Ins
Pañal:		Otros
Fecha y resultados de urocultivo		

Observaciones de datos de laboratorio alterados:

Terapia sustitutiva renal			
Catéter de HD		Peso: pre y pos	
Fistula A-V		Modo	
Horarios		Egreso	
Diálisis peritoneal		Tiempo	
Tipo de catéter		Concentración	
Control		No. Recambios	
Características egresos		Medidas seguridad	
Tratamiento medico - farmacológico			
Medicamento	Vía	Hora	
Dificultades para el acto de la micción:			



Valoración de la vejiga y meato urinario	
Globo vesical	
Ausencia de necesidad de vaciar la vejiga.	
Ausencia de emisión de orina.	
Salida de orina a la presión vejiga	
Integridad del meato urinario	
Irritación	
Obstrucción	
Lesión	
Micción: voluntaria/involuntaria	
Otros:	



### Eliminación intestinal

Abdomen	
Presión intrabdominal	
Perímetro abdominal	
Distensión abdominal	
Blando	
Depresible	
Con dureza	
Ruidos intestinales.	
Presencia de gases	
Características y localización del dolor	

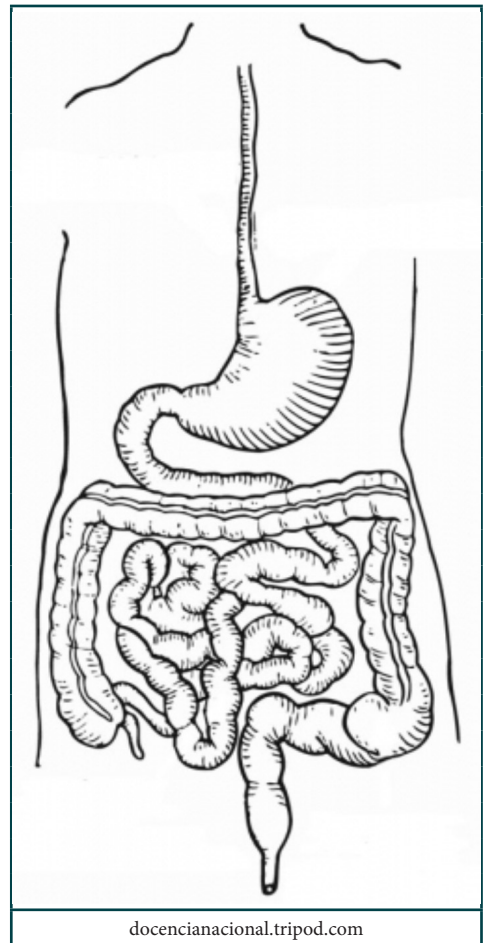
Características de las heces.	
Forma	
Constitución	
Color	
Olor	
Consistencia	
Frecuencia	
Cantidad	
Calambres abdominales	
Vómito: características, cantidad y frecuencia	

Recto y ano:	
Irritación	
Cicatrices	
Inflamación	
Fisuras	
Hemorroides	
Prolapso	
Tonia	
Control de la expulsión de gases y olor:	
Características y localización del dolor	
Presencia de facalomas	Presencia de facalotas

Diarrea		Estreñimiento	
Frecuencia		Fatiga	
Consistencia		Debilidad	
Olor		Signos de deshidratación	
Color		Fecaloma	
Calambres abdominales		Otros	
Inpactación		Consistencia	
Constipación		Frecuencia	
Incontinencia		Modo de resolución	
Dolor/ dificultad al evacuar			

Uso de estimulantes para evacuar		Uso de laxantes		
Uso de estimulantes para evacuar		Fármaco	Dosis	Frecuencia
Sustancias naturales				
Dieta				
Ejercicio				

Presencia de ostomías	
Localización	
Características	
Integridad de la ostomía y la piel	
Gasto por día	
Antigüedad de la ostomía	
Autocuidado	
Observaciones	
Presencia de fístulas abdominales	
Localización	
Características	
Integridad de la fístula y la piel	
Gasto por día	
Antigüedad de la fístula	
Autocuidado	
Observaciones	
Presencia de herida quirúrgicas y drenajes abdominales	
Herida exudativas	Drenajes
Localización	
Características	
Integridad piel y tejidos	
Gasto por día	
Antigüedad	
Autocuidado	
Observaciones	
Presencia de sonda naso/oro- gástrica/ yeyunal	
Gasto por día	
Antigüedad	
Características	



**Valoración de piel y membranas**

Piel tersa		<b>Sudoración</b>			
Turgencia		Difusa			
Manto húmedo		Profusa			
Piel húmeda		Excesiva			
Piel seca		Perdidas insensibles			
Aspecto de la piel		<b>Presencia de llanto</b>			
Membranas mucosas hidratadas		Con lagrimas			
Color de la membranas		Sin lagrimas			
Sensación de sed		Temperatura corporal			
<b>Eliminación menstrual</b>			<b>Flujo vaginal</b>		
Frecuencia		Calambres uterinos	Menorragia	Cantidad	
Ritmo		Amenorrea	Metrorragia	Coloración	
Dismenorrea		Dismenorrea	Otros	Olor	

Perdidas insensibles	
----------------------	--

Observaciones:

### ***Necesidad 4: moverse y mantener buena postura***

Praxias: movimientos voluntarios		Movimientos faciales		Contracción de la musculatura facial		Examen Vestibular	
Presentes		Asimetrías de la cara		Arrugar la frente		Nistagmo	
Ausentes (apraxia)		Apertura ocular		Mostrar los dientes		Vértigo	
Apraxia del Vestir		Surcos nasogenianos		Arrugar la nariz		Desequilibrio	
Apraxia de Construcción		Comisura bucal		Cerrar activamente los ojos		Reconoce la posición	

Desviaciones posturales		Dirección de la desviación	Movimiento de cabeza, cuello y hombros	
De pie y con ojos cerrados			Levanta los hombros contra resistencia	
Al caminar por línea imaginaria			Gira la cabeza contra resistencia hacia el lado opuesto	
Sentado y brazos extendidos			Incapacidad de girar la cabeza hacia el lado sano	

Examen de la marcha (motor)		Fuerza		Fuerza de la extremidad	
Marcha hemiparética		No hay indicio de movimiento		Monoplejía	
Marcha paraparética		Esboza movimiento		Hemiplejía	
Marcha parkinsoniana		Nieve la extremidad lateralmente,		Paraplejía	
Marcha atáxica o cerebelosa		Levanta la extremidad contra gravedad		Tetraplejía	
Marcha tabética		No vence gravedad			
		Levanta la extremidad y vence resistencia moderada			
		Fuerza normal de los brazos			

Extremidades inferiores	
Caderas y rodillas flectadas	
Cae primero un miembro	
Esfuerzo realizado	
Atrofia	
Miopatía	
Polineuropatía	
Fatigabilidad	

Valoración extremidades superiores brazos extendidos	
Al levantar ambos uno de ellos es más lento	
Movimiento oscilante o impreciso	
Torpeza en el movimiento rápido de los dedos	
Asimetría en el movimiento rápido de los dedos	
Cae un brazo	
Error al rotar la mano	
Pronación mano	
Elevación de los hombros	
Extensión y flexión del antebrazo	
Extensión y flexión de muñeca y dedos	

Tono muscular		Masa muscular	
Hipertonía en nava-ja o espástica		Atrofia muscular	
Hipertonía en tubo de plomo		Hipertrofia	
Rigidez plástica		Espasticidad	
Hipertonía en rueda dentada		Rigidez	
Distonía		Paratonía	
Paratonía		Hipotonía	
Hipotonía			
Asterixis			

Reflejos abdominales superficiales Inervación.	
Porción superior del abdomen, T8-10.	
Porción inferior del abdomen, T10-12	
Reflejo cremastérico (L1,2)	
Respuesta plantar.	

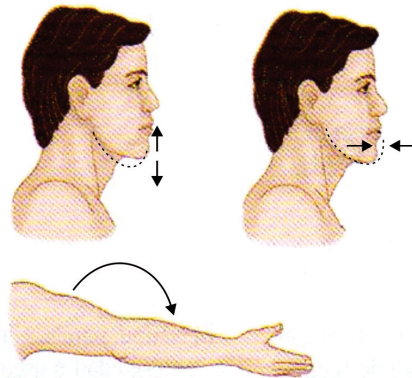
Reflejos	
Estiramiento muscular o miotáticos	
No respuesta	
Respuesta ligeramente disminuida	
Normal	
Respuesta más intensa de lo normal	
Aumento del área reflexógena	
Exaltados; suele encontrarse clonus	
Reflejos patológicos	
Signo de Babinski.	
Reflejo de parpadeo	
Reflejo de hociqueo	
Reflejo de succión	
Reflejo de prensión	
Reflejo Palmomentoniano.	
Rigidez de nuca	

Postura	Marcha	Valoración del estado neurológico
Cifosis	Autónoma	Glasgow:
Escoliosis	Con Asistencia	Ramsay:
Lordosis	Uso de Dispositivo	Dolor (EVA, ENA, EC, EVAI, EVAM):
Otro	Tipo de dispositivo	Dolor Nueropatico (McGuill):

Estado de movilidad	
Movilidad autónoma	
Movilidad en cama por si solo	
Movilidad en cama con asistencia	
Marcha	
Estable	
Inestable	
Traslada en silla de ruedas	
Traslada en cama	
Lesiones corporales que limitan la movilidad	

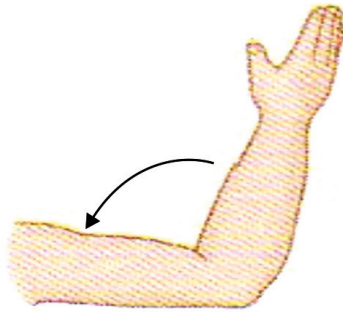
Deambulación	
Postura	
Uso de equipo auxiliar	
Ninguno	
Muletas	
Silla/retrete	
Andador	
Bastón	
Férula	
Aparato ortopédico	

Valoración de Miembros Superiores/Inferiores		
	MS	MI
Simétrico		
Asimétrico		
Tono Muscular		
Atonía Muscular		
Fuerza Muscular		
Movimientos de Rotación		
Depresión		
Flexión		
Extensión		
Abducción		
Aducción		
Sensibilidad		
Hipersensibilidad		
Reflejos		



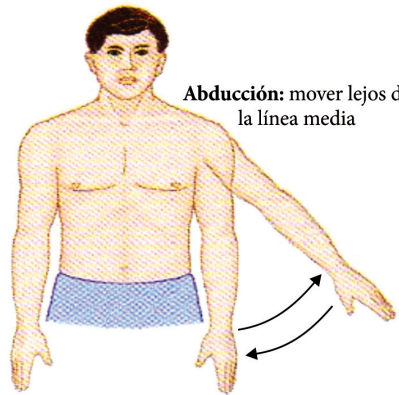
**Depresión:** bajar una parte del cuerpo  
**Elevación:** elevar una parte del cuerpo  
**Retracción:** mover hacia atrás  
**Protracción:** mover hacia adelante  
**Extensión:** estirar con incremento del ángulo de la articulación

es.slideshare.net



**Flexión:** doblar con disminución del ángulo de la articulación

es.slideshare.net



**Abducción:** mover lejos de la línea media

**Aducción:** mover hacia la línea media

es.slideshare.net

Presencia de patologías osteomusculares:
Adopta posición antialgica:

Dolor, tipo y localización:	
Farmacoterapia	
Fármaco	Dosis

Observaciones:
----------------

## Necesidad 5: dormir y descansar

Patrón y tipo habitual de sueño				Cuándo necesita descansar	
Horas		Si se despierta con estímulos suaves		Leer	
Horario		Le resulta suficiente o adecuado		Dormir	
Duración		Duerme sólo o acompañado		Sentido que le da al dormir	
Siestas		Tarda en conciliar el sueño		Como rutina	
Se despierta por la noche		Duerme con luz encendida		Obligación	
Necesidad de levantarse durante la noche		Las emociones influyen para poder dormir y reposar		Evasión	
Sueño profundo		Controla el dolor antes de dormir		Efecto positivos	
Predominan sueños		Cuánto tiempo diario utiliza para el reposo			
Pesadillas cuando duerme		Cuánto tiempo diario utiliza para el descanso			
Medios para facilitar el sueño		Donde descansa o reposa		Satisfacción del sueño	
Masajes		Trabajo	Nivel de estrés	Laxitud	
Relajación		Casa	Confusión	Cefaleas	
Música		Entorno social	Incoordinación	Respuesta disminuida	
Entretenimiento		Bar	Falta de energía	Letargo	
Lectura		Masajista	Fatiga	Apatía	
Cambios en la conducta		Aumento o disminución del sueño			
Cambios en el desempeño de las funciones		Irritabilidad			
Quejas verbales de no sentirse descansado		Conductas de cuidados inadecuadas			
Condiciones del entorno		Luz	Adaptación de la cama	Almohada o ropa	
Sonido		Temperatura	Colchón	Situación personal	
Utiliza algún medicamento para dormir		¿Cuál?		¿Conoce sus efectos?	
Utiliza algún medicamento para estimularse		¿Cuál?		¿Conoce sus efectos?	
Alteraciones del sueño y descanso		Observaciones:			
Insomnio					
Hipersomnia					
Incomodidad					
Fatiga					
deprivación del sueño					
alteración del sueño					



***Necesidad 6: necesidad de usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse***

***Aspecto General (vestido/arreglo personal)***

Adecuado		Autoreacción al vestido	
Exagerado		Agradable	
Descuidado		Desagradable	
Meticuloso		Actitud frente al vestuario	
Extravagante		Aceptación	
El paciente presenta comodidad con su vestir		Rechazo	
		Indiferencia	

Percepción personal del vestuario	
Ajustado a la realidad	
Confuso	
Equivocado	
Autoevaluación del vestuario	
Positivo	
Negativo	

El paciente es capaz de:	
Escoger su ropa	
Tomar la ropa	
Ponerse la ropa de la parte superior e inferior	
Abrocharse la ropa	
Manipular broches y cierres	
Ponerse los calcetines y zapatos	
Abrocharse los zapatos	
Quitarse la ropa	
El paciente cuida su integridad e intimidad	

La ropa y calzado que usa comúnmente es:	
Ajustado	
Holgado	
Nuevo	
Usado	
Limpio	
Sucio	
La ropa del paciente se ajusta a la estación del año	

Observaciones:

***Necesidad 7: mantener la temperatura corporal dentro los límites normales***

Control de la temperatura		Temperatura		Tratamiento Químico	
Axilar		Hipertermia		Medicamento	Dosis
Bucal		Hipotermia			
Dérmica		Eutermia			
Rectal		Febrícula			
Timpánica		Fiebre			

Signos Asociados		Tratamiento con medios físicos:		Temperatura ambiental	
Sudoración				Clima artificial	
Escalofríos				Aire acondicionado	
Deshidratación				Ventilación natural	
Taquipnea				Ventanas c/s cortinas	
Otros				Otro:	
Observaciones:					

**Necesidad 8: mantener la higiene corporal y la integridad de la piel**

Hábitos higiénicos:	Frecuencia	Modalidad	Baño corporal	Modalidad
Lavado de manos			Cuerpo completo	
Limpieza perianal			Cara	
Limpieza de los oídos			Cabello	
Limpieza de la nariz			Tronco	
Higiene bucal			Genitales	

Útiles de preferencia para el baño					
Shampo		Crema corporal		Hisopos	
Jabón de tocador		Desodorantes y perfumes		Peine	
Estropajo		Crema para rasurar		Apósitos	
España		Rastrillo		Otros:	
Estado de:		Integridad de la piel			
Piel		Temperatura		Transpiración	Piel intacta
Uñas		Sensibilidad		Textura	Pigmentación
Cabello		Elasticidad		Grosor	Lesiones cutáneas
Boca.		Hidratación		Crecimiento bello	Tejida cicatricial
		Canceres cutáneos		Descamación cutánea	Raspado cutáneo
Puntuación Braden-Bergstrom- Riesgo de UUP		Eritema		Palidez	Necrosis
		Induración		Lesiones de la mucosa	Otro

**Capacidad funcional para baño/higiene general:**

Requiere de otra persona para:	Higiene general es	Aspecto general:	Uso del WC:
Ayuda	Correcta	Adecuado	Independiente
Supervisión	Incorrecta por:	Descuidado	Dependiente
Enseñanza	Falta de hábitos	Extravagante	
Seguridad	Incapacidad psíquica	Exagerado	
Usa dispositivos	Física	Meticuloso	

Características del cabello			Usa:	
Longitud	Orzuela	Alopecia	Fijadores	
Grosor	Seborrea	Fragilidad	Crema	
Espesor	Pediculosis	Textura	Tratamiento capilar	
Implantación	Micosis	Hidratación	Otro	

Observaciones:

### Necesidad 9: evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas

Antecedentes Familiares		Antecedentes Patológicos			Alergias	
Constitución Familiar		Asma	Si	No	Ninguna	
		Diabetes	Si	No	Fármacos	
		Sida	Si	No	¿Cuál?	
		TBC	Si	No	Alimentos	
		Afecciones Mentales	Si	No	¿Cuál?	
		Cáncer	Si	No		
		HTA	Si	No		
		ETS			Otros	
Perdidas de Memoria		Esquema de Vacunación				
Reciente		Completo		Otros		
Remota		Incompleto				

Medicamentos (usados en casa y actualmente)							
Sustancia	Nombre Comercial	Dosis	Frecuencia	Vía			
Nivel de Conciencia		Estado de Conciencia		Alteración de la Percepción		Estado Anímico	
Consciente		Orientado		Auditivas		Tranquilo	
Somnoliento		Desorientado		Gustativas		Ansioso	
Obnubilado		En:		Kinestésicas		Triste	
Estuporoso		Tiempo		Visuales		Eufórico	
Comatoso		Persona		Táctiles		Nervioso	
Hipervigilante		Espacio		Olfativas		Preocupado	
Confuso		Otro:		Sensibilidad al frío		Irritable	
Sedado				Aumentada		Lábil	
				Disminuida		Conductas Peligrosas	
				Sensibilidad al calor		Impulsividad	
				Aumentada		Inquieto	
				Disminuida			
Visión		Consumo de Alcohol	Tabaco				
Sin alteración		Diario	Núm. De Cigarros/día				
Deficiente		Fines de Semana					
Oído		Intoxicación					
Sin alteración							
Deficiente							
Sordo							
Audífono							
Valración de riesgo de caídas: _____							

Sexualidad y Reproducción		Realiza control ginecológico		Examen Testicular		Examen de mamas	
Fecha de ultima menstruación		Cada 6 meses		Mensual		Mensual	
		Cada año		Cada 6 meses		Cada 6 meses	
Embarazos		O más		Cada año		Cada año	
Abortos		Método Anticonceptivo		O más		O más	
Disfunción Reproductiva		Especificar		Problemas prostáticos		Problemas prostáticos	
				Especificar		Especificar	

Ha tenido en los últimos 2 años cambios importantes en su vida				Respuestas ante situaciones estresantes		Actitud ante su enfermedad	
Perdidas familiares		Cambio de trabajo		Somatizaciones		Aceptación	
Enfermedad de familiares		Cambio de residencia		Inhibiciones		Rechazo	
Enfermedad propia				Consumo de tóxicos		Negación	
Cambios en la estructura familiar		Estado de tensión/ ansiedad		Agitación		Indiferencia	
Unión		Controlado		Otras		Sobrevaloración	
Separación		Generalizado				Reivindicación	
Nacimientos		Temporal					
Otros		Conductas Violentas		Caídas en el ultimo trimestre		Quemaduras en el ultimo trimestre	
		Hacia otros		Numero		Numero	
Percepción de Control		Hacia sí mismo		Causas		Causas	
Alto							
Medio							
Bajo							
Nulo							
Observaciones:							

### ***Necesidad 10: comunicarse con los demás expresando emociones***

Lenguaje		Lenguaje espontáneo		Desviación de la lengua hacia un lado	
Disartrias		Afasia fluyente		Atrofia muscular de la lengua	
Disfonías		Afasia no fluyente		Fasciculaciones de la hemilengua	
Disfasia		Nominación:		Protrusión	
Afasia		Repetición		Movimientos laterales	
Wernicke		Comprensión			
Broca		Lecto-escritura			
Corticales					
Subcorticales					

Organización pensamiento-lenguaje:				Expresión del lenguaje			
Coherente				Cantidad	Normal	Abundante	
Organizado				Tono y modulación	Tranquilo	Nervioso	
Delirante:				Velocidad	Normal	Rápido	
Descripción de la alteración				Volumen		Alto	
				Otra alteración		Volumen paroxístico	
Dificultad en la comunicación verbal:						Alteración de pensamiento:	
Dificultad de comprensión				Otras alteraciones en el lenguaje:		Inhibición	
Dificultad de expresión				Pobreza en el lenguaje		Aceleración	
Utiliza otro idioma				Bloqueos		Perseverancia	
Mutismo				Rigidez		Disgregación	
Lenguaje incoherente				Neologismos		Incoherencia	
Verborrea				Lenguaje simbólico		Confabulación	
Laringectomizado/intubado				Otro	Comportamiento adoptado ante la alteración del pensamiento		
Otro							

Comunicarse con los demás:			
Expresión de soledad impuesta		Evita contacto ocular	
Pertenencia a grupos minoritarios		Rechazo del contacto físico	
Aislamiento terapéutico		Manifiesta carencia afectiva	
Disminución de las relaciones sociales		Otro	
Identidad sexual		Identidad de género	
Heterosexual		Hombre	
Homosexual		Mujer	
Bisexual			
Otro			
Observaciones:			

***Necesidad 11: vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores***

Religión que profesa		Prácticas religiosas habituales		Confianza en la experiencia pasada con conductas sobre la salud similares	
Católica		Incapacidad para participar			Declaración de voluntades anticipadas
Testigo de Jehová		Dificultad para participar			
Cristiano		Asiste al templo		Deseos de participar en prácticas religiosas	
Judío		Pide a ministro			
Mormón		Realiza ceremonias		Otros datos	
Espiritista		Icono religiosos			
Otro		Uso de amuletos			
Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales:		Cambio estructura familiar:	Su situación actual ha alterado sus:		Valores y creencias importantes en la historia personal del paciente:
Pérdida de familiares		Unión	Ideas		
Enfermedad de familiares		Separación	Valores		
Enfermedad propia		Nacimiento	Creencias		
Cambio de trabajo		Otros	Otro		
Cambio de residencia					
Observaciones:					



**Necesidad 12: ocupación para autorealizarse**

Trabajo/estudio			
Nivel de escolarización:	¿trabaja?	Si	No
Analfabeto	Jubilado		
Leer y escribir	Ama de casa		
Primaria	Estudiante		
Secundaria	Pensionado		
Bachillerato	Ayuda gubernamental		
Licenciatura	Invalidez parcial o total		
Posgrado	El lugar de trabajo presenta condiciones de habitabilidad		
Maestría			
Doctorado	El lugar de trabajo presenta condiciones de seguridad		
Otro:			

Nivel de independencia			
	Total	Motivos	
Física			
Económica			
Psicosocial			

Sentimientos que produce la relación			
Ansiedad		Seguridad	
Culpabilidad		Tranquilidad	
Inutilidad		Otra	
Impotencia		Explicar algún sentimiento detectado no expresado	
Miedo			
Rabia			
Superioridad			
Tristeza			
Reacción de la familia ante la enfermedad		Condición laboral/ escolar	Imagen corporal
Ansiedad		Satisfactorio	Desagrado
Apoyo		Insatisfactorio	Alteración
Culpabilidad		Presenta sensación de:	Autoapreciación negativa
Desinterés		Malestar	Temor expreso
Preocupación		Amenaza	Otro
Tranquilidad		Aprensión	
Otra		¿Por qué?	
Valoración de índice Barthel: Actividades de la vida diaria (AVD) _____		Valoración de la Ideación Suicida (SSI) _____	
Valoración de Karnofsky de Capacidad funcional del paciente paliativo (PPS): _____			

Euforia excesiva		Falta de voluntad para realizar actividades		Describe con quien comparte el hogar	
Falta de ilusión					
Desesperanza					
Se siente inútil		Integración familiar/ personal	Problemas familiares:		
Ideas de suicidio		Familia nuclear	Económicos	Carencia afectiva	
Tratamiento		Familia disfuncional	Relaciones disfuncionales	Desinterés	
Falta de voluntad		Vive solo	Farmacodependencias	Irresponsabilidad	
Afectividad sin cambios		Protección de sus derechos:		Violencia	Desintegración
Afectividad incongruente				¿tipo?	Otros:
Obsesiones		Necesita protección	Ludopatía		
¿Cuál?		Está incapacitado legalmente	Enfermedad		Intervenciones por profesionales
Compulsiones			Hacinamiento		
¿Cuál?		Otro:	Separación de los hijos		

Abandono de actividades:	Su cuidador principal es:	Su cuidador no proporciona	Actitud del cuidador ante la enfermedad:
Laborales	Familia	Apoyo	Aceptación.
Ocupacionales	Amigos o vecinos	Consuelo	Rechazo.
Académicas	Profesional	Ayuda	Indiferencia.
Otras	Nadie	Estímulo	Reivindicación.
	Institución	Efectivo.	Sobreimplicación
Falta de conocimiento del cuidador sobre:	Tiene dificultad o incapacidad para realizar tareas del cuidador		Culpabilidad
Medicación.			Preocupación.
Cuidados.	El hogar no presenta condiciones de habitabilidad		Cansancio
Enfermedad.			Abandono
Medidas higiénico-dietarias	El hogar no presenta condiciones de seguridad		Valoración del esfuerzo del cuidador: _____
Signos de riesgo.			
Manejo de material.			
Recursos sanitarios.	Refiere maltrato:	Sospecha de maltrato:	
Recursos sociales.	Físico	Físico	Valoración de depresión geriátrica de Yesavage: _____
Tiene personas a su cargo	Psicológico	Psicológico	
Niños pequeños	Social	Social	
Personas de edad avanzada	Económico	Económico	
Personas con incapacidad	Otro	Otro	
Observaciones:			

***Necesidad 13: participar en actividades recreativas***

Actividad recreativa antes de la internación:	Recreación durante la internación:
---	------------------------------------

Abandono de actividades		Utilización de recursos de la comunidad	
Laborales		Atención a domicilio/ hospicio	Otros:
Ocupacionales		Atención de día	
Académicas		Grupos parroquiales	
Otras:		Comida a domicilio	
		Grupo de apoyo	

Recreación	Sí	No	Juegos	Sí	No
Participa en actividades diferentes al trabajo			Participa en juegos		
Elije actividades de ocio de interés			Expresa placer por jugar		
Las actividades de ocio lo relajan			Usa la imaginación		
Disfruta las actividades de ocio			Expresa emociones al jugar		

Observaciones:
----------------

## Necesidad 14: necesidad de aprendizaje

Atención		Memoria	
Capacidad para mantener la concentración		Memoria inmediata: registro y evocación de un estímulo	
Sigue una secuencia de dígitos		Memoria de corto plazo repite en un tiempo corto	
Invierte series automáticas		Memoria de largo plazo: Retiene la información por días	

Resolución de problemas		Interpretación de proverbios		Cálculo	
Juicio congruente		Semejanzas		Series de palabras	
Planificación de actividades		Diferencias		Seguir una charla	

Describe su estado de salud:	Desea manejar el tratamiento		Sigue Plan Terapéutico:	
Bueno		Conciencia de enfermedad		Farmacológico: Especificar
Normal		Importancia a su salud		
Malo		Acepta su estado de salud		
Participa en aspectos relacionados con su enfermedad				

Causas de no seguir plan terapéutico		Plan de cuidados: Especificar	Se automedica	
Falta de recursos			Toma más de tres fármacos	
Desconocimiento			Efectos secundarios identificados	
Incapacidad			Busca información sobre su salud:	
Error			Medicación	Signos de riesgo
Falta de motivación			Autocuidados	Manejo material
Falta de Cuidador/ necesidad de ayuda			Enfermedad	Recursos sanitarios
No conciencia de enfermedad			Medidas higiénico-dietéticas	Recursos sociales
Otros				

Desea más información sobre:	
Medicación	
Autocuidados	
Enfermedad	
Medidas higiénico-dietéticas	
Signos de riesgo	
Manejo de material	
Recursos sanitarios	
Recursos sociales	
Educación sexual	

Valoración de Pfeiffer: Estado mental cognitivo: _____
Observaciones:

## ***ANEXO 1: medición de signos neurológicos (escala de glasgow)***

### **1. Objetivo**

Proporcionar los conocimientos necesarios para valorar el nivel de conciencia del paciente.

### **2. Definición**

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala.

### **3. Procedimiento**

#### ***Precauciones***

Tener en cuenta que existen una serie de limitaciones para aplicar la escala, como:

- Edema de párpados.
- Afasia.
- Intubación traqueal.
- Inmovilización de algún miembro.
- Tratamiento con sedantes y relajantes.

#### ***Preparación del paciente***

- Comprobar la identidad del paciente.
- Mantener un ambiente tranquilo, evitando interrupciones.
- Requerir la atención del paciente.

#### ***Técnica***

- Identificar al paciente.
- Higiene de las manos
- Colocar al paciente en posición cómoda.

---

## Valorar:

### 1. Respuesta ocular. El paciente abre los ojos:

- De forma **espontánea**: hay apertura ocular sin necesidad de estímulo, indica que los mecanismos excitadores del tronco cerebral están activos.
- Los ojos abiertos no implica conciencia de los hechos. “Puntuación 4”.
- **A estímulos verbales**: a cualquier frase, no necesariamente una instrucción. “Puntuación 3”
- **Al dolor**: aplicando estímulos dolorosos en esternón, en la base del esternocleidomastoideo, en el lecho ungueal etc. (no debe utilizarse presión supraorbitaria). “Puntuación 2”.
- **Ausencia de respuesta**: no hay apertura ocular. “Puntuación 1”.

### 2. Respuesta verbal. El paciente está:

- **Orientado**: Debe saber quién es, donde está y por qué está aquí y en qué año, estación y mes se encuentra. “Puntuación 5”.
- **Desorientado/confuso**: responde a preguntas en una conversación habitual, pero las respuestas no se sitúan en el tiempo o espacio. Lo primero que se pierde es la situación del tiempo, luego del lugar y por último la persona. “Puntuación 4”.
- **Incoherente**: no es posible llevar a cabo una conversación sostenida; reniega y grita. “Puntuación 3”.
- **Sonidos incomprensibles**: emite lamentos y quejidos sin palabras reconocibles. “Puntuación 2”.
- **Sin respuesta**: no hay respuesta verbal. “Puntuación 1”.

### 3. Respuesta motora. El paciente:

- **Obedece órdenes** (por ejemplo levantar el brazo, sacar la lengua etc.) “Puntuación 6”.
- **Localiza el dolor**: a la aplicación de un estímulo doloroso con un movimiento deliberado o intencionado. “Puntuación 5”.
- **Retirada al dolor**: a la aplicación del estímulo, el sujeto realiza respuesta de retirada. “Puntuación 4”.
- **Flexión anormal**: frente al estímulo el sujeto adopta una postura de flexión de las extremidades superiores sobre el tórax, con abducción de las manos. “Puntuación 3”.
- **Extensión anormal**: ante el estímulo el sujeto adopta postura extensora de las extremidades superiores e inferiores. Existiendo rotación interna del brazo y pronación del antebrazo. “Puntuación 2”.
- **Sin respuesta**: “Puntuación 1”.

Escala de Glasgow	
Respuesta ocular	Puntuación
Espontánea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta verbal	Puntuación
Orientado	5
Desorientado / confuso	4
Incoherente	3
Sonidos incomprensibles	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta motora	Puntuación
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1
Puntuación :	15 puntos = Sin alteración <9 puntos = Estado de gravedad < 3 puntos = Estado de coma profundo

#### 4. Observaciones

- Al valorar la respuesta motora, los estímulos se deben aplicar en ambos hemisferios en las extremidades superiores, anotando la puntuación más alta.
- Para la valoración utilizar órdenes concretas y sencillas.

#### Registro del procedimiento

- Anotar en el plan de cuidados la periodicidad de la aplicación de la escala de Glasgow.
- Registrar la puntuación obtenida en la gráfica de signos vitales.
- Registrar las variaciones y las medidas adoptadas en las observaciones de enfermería.

---

## Cuidados posteriores

- Comunicar al médico responsable en caso de producirse cambios acentuados.
- La frecuencia de esta valoración dependerá de la situación del paciente.

## *Bibliografía*

- Gil M., García M., Ibarra A. Valoración Neurológica. Cp. 119 [Actualizado 12/07/2010; Citado 24/02/2015], disponible en: [www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion7/capitulo119/capitulo119.htm](http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion7/capitulo119/capitulo119.htm)
- Enfermería de Urgencias. Técnicas. [actualizado 1 Abril 2005; citado 24/05/2011]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.enferurg.com/técnicas/glasgow.htm>
- Villanueva J, Gil A, Diaz F. Manejo del ICTUS agudo. Unidad de ICTUS, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 2007.
- Manual de Procedimientos del Hospital de Basurto. Bilbao 2001.



## ***ANEXO 2. Sedoanalgesia en el paciente crítico (Escala Ramsay).***

### ***Introducción***

La sedación y analgesia es un punto primordial en el tratamiento global del paciente crítico. En efecto en todos los pacientes críticos, especialmente cuando se encuentran en ventilación mecánica, es primordial realizar una buena sedación y analgesia, con el fin de controlar la respuesta hormonal ante el estrés (taquicardia, hipertensión, hiperglucemia, aumento del catabolismo proteico.) que puede ser perjudicial para el paciente. Además la sedoanalgesia nos permite una perfecta adaptación del enfermo al ventilador, lo cual en algunos casos es extremadamente necesario. Así pues los objetivos de la sedoanalgesia incluyen: control del dolor, un control insuficiente del dolor puede ocasionar un aumento de la ansiedad del paciente, ansiolisis y disminución de la actividad motora, amnesia, depresión respiratoria, que puede facilitar la ventilación mecánica y finalmente facilitar el sueño. Es importante tener en cuenta que la agitación en estos pacientes puede ser debida a problemas graves como hipoxia, incorrecto funcionamiento del ventilador, obstrucción del tubo etc. los cuales deben descartarse de forma sistemática, antes de decidir que se trata de “ deficiente sedación”.

### ***Sedación***

El principal objetivo de la sedación en el enfermo crítico es proporcionar comodidad y disminuir la ansiedad, especialmente en las situaciones con severo compromiso hemodinámico e insuficiencia respiratoria que precisan ventilación mecánica, en las cuales es importante conseguir una buena adaptación con el ventilador así como descenso del consumo de oxígeno. Se debe obtener en cada momento el nivel de sedación óptimo, según la situación clínica del paciente, por ello es aconsejable utilizar escalas para evaluar el nivel de sedación y ajustar las dosis de drogas al nivel deseado. La escala más utilizada en la clínica es la de Ramsay.

La escala de nivel de sedación–Ramsay está dirigida a pacientes con sedación. Se trata de una escala heteroadministrada que valora y clasifica el nivel de sedación. A mayor nivel, mayor sedación.

---

Escala de Ramsay	
Nivel 1	Paciente ansioso agitado o inquieto
Nivel 2	Paciente cooperador, orientado, tranquilo
Nivel 3	Paciente dormido, respuesta rápida a estímulos
Nivel 4	Paciente dormido, respuesta lenta a estímulos
Nivel 5	Paciente dormido, responde a órdenes
Nivel 6	Paciente dormido, ausencia de respuesta

### ***Bibliografía***

- Cruspinera A, Gimeno G, Alcolea M, Bartolomé N, Arana M. ¿Son todas las escalas de sedación igual de útiles para la valoración de enfermería? *Enfermería intensiva*. 1999; 10(1): 3-12.
- Ramsay M, Savege T, Simpson BR, Goodwin R: Controlled sedation with alphaxolone-alphadolone. *BMJ* 1974;2 (920):656-659

### ***ANEXO 3. Escalas de valoración del dolor***

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos. Recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en determinados casos, como pacientes que refieran un dolor severo de inicio, deberíamos pasar directamente al tercer escalón, sin necesidad de ensayar los dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado.

#### ***Consideraciones importantes para evaluar el dolor:***

- Explicar al paciente y a su familia la utilidad de evaluar de forma continuada los síntomas que presenta (facilita toma de decisiones terapéuticas y el control por parte del paciente).
- Determinar el estado cognitivo del paciente y su deseo/ capacidad para colaborar.
- Explicar los puntos de anclaje adecuando el lenguaje al estilo cultural del paciente.
- Dejar puntuar al paciente sin interferir ni juzgar.
- Una vez haya puntuado el paciente, validar la puntuación con el paciente (saber si ha comprendido el instrumento y el significado de la puntuación).

#### ***EVA (Escala visual analógica)***

El tratamiento analgésico del dolor oncológico dependerá sobre todo del tipo de dolor y de la intensidad. De manera que en los dolores con EVA  $\geq 7$  se debería de iniciar de entrada con el tercer escalón de la analgesia, obviando los dos escalones previos. La vía de administración recomendada es la vía oral, y en los pacientes con dificultades para la deglución se puede recurrir a las formas transdérmicas (TD), aunque en determinadas circunstancias la vía parenteral es la preferible. Estas escalas de valoración del dolor oncológico son generalmente de fácil manejo y entendimiento por parte de los pacientes.

---

### *Escala analógica visual- EVA*

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor \_\_\_\_\_ Máximo dolor

Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

### *La escala categórica (EC):*

Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico

0	4	6	10
Sin dolor	Poco	Bastante	mucho

### *Escala visual analógica de intensidad:*

Consiste en una línea horizontal de 10cm, en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Insoportable

**Escala visual analógica de mejora:**

Consiste en la misma línea, en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho la mejora total

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No mejora										Mejora

**El dolor neuropático. cuestionario de dolor de mcguillversion corta**

El Cuestionario del dolor de McGill evalúa aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor, como son localización, cualidad, propiedades temporales e intensidad.

A. Describa su dolor en los últimos 7 días (marque solo uno)				
	Ninguno (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Severo (3)
1. Pulsante				
2. Punzante				
3. Lancinante				
4. Lacerante				
5. Tipo cólico				
6. Tirante				
7. Caliente/quemante				
8. Agujoneante				
9. Pesadez				
10 Sensibilidad				
11. Sensación de resquebrajamiento				
12. Extenuante				
13. Enfermante				
14. Atemorizante				
15. Cruel				
B. Mida su dolor durante los últimos 7 días				
La siguiente línea representa el dolor con una intensidad que va aumentando desde "ausencia de dolor", hasta el "peor dolor posible". Coloque una marca sobre la línea horizontal en donde mejor describa el dolor sufrido en los últimos 7 días				

No dolor _____	El peor dolor _____
C. Intensidad actual del dolor	
Sin dolor	0
Leve	1
Incómodo	2
Estresante	3
Horrible	4
Insoportable	5

### *Bibliografía*

- Encuesta de la Sociedad Española del dolor (SED); 1998.
- Bonica JJ. Definitions and taxonomy of pain. Philadelphia: Lead & Febiger; 1990. Espinosa Almendro JJ. El dolor en el anciano. El dolor y su tratamiento, guía de buena práctica clínica. Madrid: IM&C, SA; 2004.
- Gómez Sancho M. Historia clínica del dolor (I). En: Gómez Sancho M, editor. Avances en cuidados paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS; 2003. p. 228-9 (tomo II).
- Gómez Sancho M. Historia clínica del dolor (II). En: Gómez Sancho M, editor. Avances en cuidados paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS; 2003. p. 240-1 (tomo II).
- Tratamiento no farmacológico. En: Toral Revuelta A, editor. Dolor en Geriátría. Madrid: Upsa; 2000. p. 71-4.
- Lablanca Pérez MS, Collantes Casanova A. Escala terapéutica de la OMS. Antiinflamatorios no esteroideos (AINE). En: Ruiz Castro MA, editor. Manual práctico de dolor. Madrid: PBM; 2003. p. 24-40.
- Baztán JJ, Marañón E. Tratamiento del dolor. En: Salgado A, González Montalvo JI, Alarcón MT. Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano. Barcelona: Editorial Masson; 1996. p. 319-32.
- Leland JY. Tratamiento del dolor crónico del anciano en Atención Primaria. Modern Geriatrics (ed. Española) 1999; 11-6: 157-65.

## **ANEXO 4. Valoración del riesgo de úlceras por presión (UPP)**

### ***Escala de Braden***

Fue desarrollada por Bergstrom y Braden (1987) en EEUU a partir de un esquema conceptual de factores de riesgo. La escala ha sido traducida al español por Torra y Bou (1997); es la que mejor se adapta a los diferentes niveles asistenciales, y su fácil manejo hace que sea posible identificar a un paciente de riesgo en un tiempo mínimo. Incluye 6 variables (señaladas a continuación alfabéticamente) dentro de las cuales se incluyen 4 puntuaciones, siendo 1 la que objeta a mayor riesgo y 4 a la de menor. A. Percepción sensorial: Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.

Completamente limitada: 1 Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte del cuerpo. Muy limitada: 2 Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo. Ligeramente limitada: 3 Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita la capacidad sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades. Sin limitaciones: 4 Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar. B· Exposición a la humedad: Nivel de la exposición de la piel a la humedad. Constantemente húmeda: 1 La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente

A menudo húmeda: 2 La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno. Ocasionalmente húmeda: 3 La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día. Raramente húmeda: 4 La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina C· Actividad: Nivel de actividad física. Encamado: 1 Paciente constantemente encamado/a.

---

En silla: 2 Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas

Deambula ocasionalmente: 3 Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla de ruedas. Deambula frecuentemente: 4 Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo. D· Movilidad: Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo Completamente inmóvil: 1 Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.

Muy limitada: 2, Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo/a. Ligeramente limitado: 3 Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por si solo/a.

Sin limitaciones: 4 Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda. E Nutrición: Patrón usual de ingesta de alimentos. Muy pobre: 1 Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días. Probablemente inadecuada: 2 Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica. Adecuada: 3 Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día en proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida o tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.

Excelente: 4 Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de 4 o más servicios



de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente como entre horas. No requiere de suplementos dietéticos. F. Roce y peligro de lesiones: Problema: 1 Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación, producen un roce casi diario. Problema potencial: 2 Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.

No existe problema aparente: 3 Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o silla. Riesgo alto: 16

\*La escala debe utilizarse de forma continuada o según criterio de la enfermera

### ***Bibliografía***

- Castellanos Sanchez N. Muñoz Ordoñez M. Escalas de valoración de riesgo: estrategia inicial y prioritaria en la prevención de úlceras por presión. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería Especialización en Enfermería en Cuidado Crítico. Bogota, Col. [Internet]. 2008 [cited 2015 ABRIL 07], Available from: <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis49.pdf>
- Fernandes Luciana Magnani, Caliri Maria Helena Larcher. Uso de la escala de Braden y de Glasgow para identificar el riesgo de úlceras de presión en pacientes internados en un centro de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2008 Dec [cited 2015 Abril 07] ; 16( 6 ): 973-978. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000600006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600006&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600006>.

Escala Braden						
Puntos	percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Fricción y roce
1	Completamente limitada (no responde ni a estímulos dolorosos)	Constantemente húmeda (casi constantemente por: sudor, orina, etc.)	Encamado	Completamente inmóvil (no realiza ni ligeros cambios de posición)	Completamente inadecuada (rara vez come más de un tercio del plato)	Presente (movilización en cama sin deslizarlo es imposible)
2	Muy limitada (responde solo a estímulos dolorosos)	Con frecuencia húmeda. Es necesario el cambio de sábanas por turno)	En silla	Muy limitada (realiza ligeros cambios de posición ocasionales)	Probablemente inadecuada (rara vez como más de la mitad del plato)	Potencialmente presente (al deslizarlo se desliza sobre las sábanas ligeramente)
3	Levemente limitada (responde a órdenes verbales)	Ocasionalmente húmeda (es necesario el cambio de sábanas cada 12 horas)	Deambula ocasionalmente	Levemente limitada (realiza ligeros cambios de posición de forma frecuente)	Adecuada (normalmente come más de la mitad del plato)	Ausente (se mueve autónomamente)
4	Sin limitaciones (sin déficit sensorial)	Raramente húmeda (piel normalmente seca)	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones (realiza cambios de posición de forma autónoma)	Excelente (come la mayoría de los platos enteros)	
NIVELES DE RIESGO		Alto riesgo	<12 puntos			
		Riesgo moderado	<14 puntos			
		Riesgo bajo	<16 puntos			

## ***ANEXO 5. Protocolo general caídas***

### ***1. Justificación***

Las caídas de enfermos ingresados son un hecho real, constituyen un problema de salud por su repercusión tanto a nivel personal como en costes institucionales. El 5% de las caídas producen lesiones graves:

1. Discapacidad temporal o permanente.
2. Aumento de estancias hospitalarias.
3. Complicación del pronóstico, acciones diagnósticas y tratamientos adecuados.

La mayoría de las caídas de los enfermos son debidas a la convergencia de diversos factores que las favorecen:

- Estado de salud
- Conducta
- Actividad del Paciente

La contención física es cualquier dispositivo, material o equipo aplicado (o puesto) cerca del cuerpo y que no puede ser controlado o retirado fácilmente por parte del paciente, y que de manera deliberada previene o pretende prevenir el movimiento de la persona a una posición de su elección y/o un acceso normal a una parte de su cuerpo. La prevención de caídas se refiere a los cuidados de enfermería que deben ser prestados para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno, mientras esté hospitalizado.

### ***2. Objetivo***

Lograr que el paciente no sufra riesgos innecesarios de caídas, durante su hospitalización.

#### ***Objetivos específicos:***

1. Identificar a los enfermos con mayor riesgo de caídas, valorando si presentan factores intrínsecos de riesgo.
2. Reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención e identificar las causas.
3. Prevenir las caídas por auto lesiones o lesiones a otros.

- 
4. Determinar la incidencia de este tipo de accidentes hospitalarios y analizar sus causas.
  5. Estandarizar el empleo de las medidas de contención y de prevención de caídas, en todas las unidades del Hospital.
  6. Educación del paciente y cuidadores en la prevención de caídas.

### ***3. Definición de caída***

Se puede definir caída como la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona. No todas las caídas en la misma persona obedecen siempre a la misma causa, al ser multicausal, la acción preventiva debe ser amplia, influyendo tanto en las causas intrínsecas como las extrínsecas.

#### **Tipos:**

- Accidental (factor extrínseco)
- No accidental (factor intrínseco), pérdida súbita de conciencia, alteración de la conciencia, dificultad para la deambulación.

### ***4. Población diana***

La población susceptible de padecer caídas y a la que va dirigido el protocolo es:

Población mayor de 75 años. La población de riesgo que podemos incluir según su patología y que suele asociarse con los antecedentes siguientes:

- Desorientación
- Trastornos mentales
- Levantarse solo necesitando ayuda
- Restricción de movimientos en la cama.

### ***5. Factores de riesgo***

Todos aquellos incluidos en los diagnósticos de enfermería: lesión, alto riesgo de traumatismo, alto riesgo de Protección, alteración de la percepción, conciencia. Para su mejor comprensión se han dividido en factores del entorno y factores del paciente.

### **Factores del entorno**

1. Barandilla de la cama inadecuada.
2. Freno de la cama inadecuado o defectuoso.
3. Iluminación no adecuada.
4. Timbre de llamada muy retirado o inaccesible.
5. Mobiliario no adecuado
6. Servicio inaccesible y sin asideros.
7. Suelo mojado deslizante.
8. Desorden.
9. Ropa y calzado inadecuado.

### **Factores del paciente**

1. Movilización y deambulaci3n sin solicitar ayuda en pacientes con d3ficit de movilidad.
2. Edad superior a 75 a1os o inferior a 5 a1os.
3. Estado de confusi3n, desorientaci3n y/o alucinaci3n
4. Impotencia funcional (amputaci3n de miembro, parestia, par3lisis, Parkinson, artrosis...) o inestabilidad motora y debilidad muscular por inmovilizaci3n prolongada.
5. Alteraciones oculares o sensitivas.
6. Postoperatorio inmediato.
7. Sedaci3n o ingesti3n de f3rmacos que produzcan depresi3n del nivel de conciencia o mareos.
8. Alcoholismo y/o drogadicci3n.
9. Actitud resistente, agresiva o temerosa.
10. Hipotensi3n.
11. Hipoglucemia.
12. Ansiedad relacionada con el patr3n de eliminaci3n en enfermos que deben permanecer en reposo absoluto.
13. Enfermedades neurol3gicas (epilepsia, convulsiones...)
14. Enfermedades cardiacas (arritmias, portadores de marcapasos...)

15. Enfermedades del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia...)
16. Portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad y deambulaci3n (sondas vesicales, drenajes, pies de gotero, bastones, andadores...)

### Valoraci3n del riesgo de padecer caídas

Se considera oportuno realizar una valoraci3n de todos los pacientes, al ingreso, en el hospital. Los datos para la valoraci3n del riesgo se extraen de la Hoja de Valoraci3n al Ingreso. Con la intenci3n de reducir aquellos factores presentes en las caídas, valorarlas adecuadamente y poder determinar sus causas, para corregirlas, se ha adoptado para documentarlas pertinentemente la Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton, 1993.

Escala de riesgo de caídas (J.H. Downton) Alto riesgo >2 Puntos		
Caídas previas	No	0
	Si	1
	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
Medicamentos	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
Déficits sensoriales	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Normal	0
Deambulaci3n	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

## Reevaluación del riesgo de caídas

La reevaluación de los pacientes con riesgo de padecer caídas se realizará cuando se produzca un cambio de situación del paciente y se agrupan bajo los siguientes epígrafes:

- Caídas previas.
- Administración de medicamentos.
- Déficit sensorial.
- Estado mental.
- Deambulación.

### *Intervenciones al tratamiento*

#### **6.A. Medidas preventivas de caídas**

- 6.A.1. Comprobar que la barandilla de la cama está elevada.
- 6.A.2. Verificar que el freno de la cama está puesto.
- 6.A.3. Mantener alguna iluminación nocturna.
- 6.A.4. Asegurar que el timbre de llamada está a su alcance, así como los dispositivos de ayuda –bastones, andador.
- 6.A.5. Retirar todo el material que pueda producir caídas –mobiliario, cables, líquidos.
- 6.A.6. Facilitar que el servicio esté accesible y con asideros.
- 6.A.7. Promover el uso de ropa y calzado adecuado.
- 6.A.8. Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, por si tiene algún mareo.
- 6.A.9. Sentar al enfermo en un sillón apropiado.
- 6.A.10. Aplicar medidas de sujeción, si precisa.

#### **6.B. Deambulación**

- 6.B.1. Evitar los suelos húmedos y encerados.
- 6.B.2. Acompañar al enfermo, ayudándole a caminar.
- 6.B.3. Si precisa dispositivos de ayuda –andador, muletas, será acompañado por personal sanitario durante el aprendizaje.
- 6.B.4. Acompañar al paciente, que lo necesite, en su aseo.

---

## **6.C. Medidas generales en la unidad infantil**

6.C.1. Todo el tiempo que el niño deba permanecer en su cuna, los laterales de la misma estarán en posición elevada. Se instruirá a los familiares para que no abandonen la habitación sin comprobar previamente que los laterales están elevados.

6.C.2. Cuando sea necesario realizar una técnica que requiera ser transportado fuera de la cuna, permanecerá en compañía de un miembro de la plantilla o un familiar.

6.C.3. No permanecerá sólo en el baño.

## **6.D. Medidas generales en el área quirúrgica**

6.D.1. Todo el tiempo que el paciente deba permanecer en el área quirúrgica, las barandillas de la cama estarán en posición elevada.

6.D.2. Cuando no esté protegido de caídas por barandillas, permanecerá vigilado por personal del área.

6.D.3. Se asegurará convenientemente al paciente antes de realizar ningún cambio de cama a camilla o viceversa.

6.D.4. Se asegurará convenientemente al paciente antes de realizar ningún movimiento de cambio de posición del paciente o de la mesa quirúrgica.

## ***7. Documentación y registro de la caída la enfermera responsable***

1. Valorará las consecuencias de la caída y avisará al médico de guardia, si lo considera oportuno.
2. Registrará en la hoja de enfermería la: fecha, hora, lugar, causa, estado general del paciente -antes y después de la caída, médico que lo atendió -si fue preciso- y consecuencias inmediatas.
3. Cubrirá el Informe de caídas y lo entregará a la supervisora de la unidad.
4. Controlará el estado del paciente en horas sucesivas.
5. Todos los pacientes de riesgo, tendrán en su historia el registro cumplimentando “Escala de riesgos de caídas (J. H. Downton) “.



6. En el registro de valoración inicial del paciente, se registrarán los siguientes datos del paciente:
- a. Alteraciones de la movilidad/ precisión de ayuda.
  - b. Edad
  - c. Estado sensorial, conciencia
  - d. Tratamiento farmacológico: sedantes
  - e. Diagnóstico médico
  - f. Estado emocional del paciente
  - g. Si es portador de dispositivos externos
  - h. Si ha tenido caídas previas

### *La supervisora de la unidad*

- Comprobará que estaba evaluado el riesgo de caídas y si se habían establecido las medidas preventivas.
- Entregará el Registro de caídas a la Unidad de Calidad.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Cordomí Gotanegra, Alfons. Estudio sobre caídas en un centro socio-sanitario “Clínica del Carme”. Vilafranca del Penedés. 1.996.
- AM Tromp *et al.* Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elders. *J Clinical Epidemiology* 2001; 54:837-844. [www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band91/b91-8.html](http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band91/b91-8.html)
- Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J. Nurs Stud* 1998;35(3):184-913 Physical restraint–Part1: use in acute and residential care. Best Practice Information Sheet Vol 6 Issue 3 2002. [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au).

---

## ***ANEXO 6. Índice de barthel o de discapacidad de Maryland***

### ***Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)***

#### **Normas de aplicación y puntuación**

Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o Independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación, subir y bajar escaleras; y les asigna una puntuación (0,5,10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100.

La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios se producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia.

#### **Validez y reproducibilidad**

- Su reproducibilidad no fue determinada cuando se desarrolló originariamente sino en 1988, cuando se publicó un trabajo que valoraba la reproducibilidad de la versión original. De este trabajo se deduce una buena reproducibilidad inter e intraobservador y estos resultados han sido confirmados en trabajos posteriores, con unos coeficientes de correlación de 0.88 y 0.98 respectivamente<sup>1</sup>
- Aunque no es una escala jerarquizada como el índice de Katz, las actividades medidas sí tienen una relación jerarquizada de máxima recuperación
- En cuanto a su validez es un buen predictor de mortalidad y de respuesta a los tratamientos de rehabilitación<sup>2</sup>.
- Valora con precisión la duración de la estancia hospitalaria, la necesidad de hospitalización, el resultado funcional final y la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y para regresar a la vida laboral<sup>3</sup>.

- Algunos parámetros concretos del índice como la continencia, la transferencia y la movilidad han demostrado tener un elevado poder de predicción de la puntuación total a alcanzar por los pacientes en el momento del alta hospitalaria. De la misma forma, la capacidad de independencia para vestirse y subir escaleras previa a la fractura de cadera en ancianos son predictores de recuperación funcional tras ella<sup>4</sup>.
- Existe una buena relación entre el índice de Barthel y la evaluación realizada por el clínico al alta.

### **Limitaciones**

- Detecta fácilmente cambios en personas con puntuaciones intermedias aunque presenta limitaciones para detectar cambios en situaciones extremas (próximas a 0 a 100).
- Estos inconvenientes no son problemáticos en la práctica clínica pero es necesario tenerlos en cuenta en la investigación.
- El contenido fundamental descansa en tareas dependientes de extremidades inferiores.

### **Utilidad actual**

- Evaluación de la capacidad funcional de pacientes con discapacidades y especialmente con actividades de la vida diaria (ABVD).
- Estimar la necesidad de cuidados personales y organizar ayudas a domicilio.
- En unidades geriátricas dentro del protocolo de valoración geriátrica.
- Como criterio de eficacia de los tratamientos.

Índice dE Barthel . Actividades de la vida diaria		
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	Independiente. Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser considerada por otra persona	10
	Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo	5
	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	0
Lavarse (bañarse)	Independiente. Capaza de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.	5
	Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión	0
Vestirse	Independiente. Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa por ejemplo, braguero, corsé, etc., sin ayuda.	10
	Necesita ayuda, pero realiza solo al menos la mitad de tareas de un tiempo razonable	5
	Dependiente.	0
Arreglarse	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y limpiarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona	5
	Dependiente. Necesita alguna ayuda	0
Deposición	Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselo por sí solo	10
	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.	5
	Incontinente. Incluye administración de enemas o supositorios por otro	0
Micción (Valorar la situación en la semana previa)	Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselo por sí solo	10
	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.	5
	Incontinente. Incluye administración de enemas o supositorios por otro	0
Ir al baño	Independiente. Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa una bacinilla (orinal, botella, etc.), es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar	10
	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete	5
	Dependiente. Incapaz de manejarse sin asistencia mayor	0

Trasladarse sillón/cama	Independiente. Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza al apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda	15
	Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento	10
	Gran ayuda. Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir/entrar en la cama o desplazarse	5
	Dependiente. Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado	0
Deambulación	Independiente. Puede caminar el menos 50 m. o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.), excepto andador. Si utiliza prótesis, es capaz de ponérsela y quitársela solo	15
	Necesita ayuda. Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 m. Incluye instrumentos o ayuda para permanecer de pie (andador).	10
	Independiente en silla de ruedas en 50 m. debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo	5
	Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	0
Subir y bajar escaleras	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos	10
	Necesita ayuda. Supervisión física o verbal	5
	Dependiente. Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).	0
Puntuación total		
Resultado	Grado de dependencia	
< 20	Total	
20 - 35	Grave	
40 - 55	Moderado	
>60	Leve	
100	Independiente	

### Bibliografía

- Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. J. Cid- Ruza et al. Revista Española de Salud Pública. Feb 2007.
- Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. A J Cruz et al. 2006, Prous Science SA.
- Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. E Valderrama et al. Rev Esp Geriatr y Gerontol; 32 (5): 297-306 1997 4. El índice de Katz. A J Cruz. Rev Esp Geriatr y Gerontol, 26.5 ( 338-348) 1991.

---

## ***ANEXO 7. Evaluación: escala de ideación suicida (scale for suicide ideation, SSI)***

### ***Instrumentos y valoración del riesgo***

La detección de pensamientos o ideas suicidas sean cuales sean deben tomarse en cualquier caso en serio. La evaluación de estas ideas, a diferencia de otras problemáticas, requiere en muchos casos simultanearse con la intervención debido a la posibilidad que el cliente pueda llevar sus ideas suicidas a cabo. Durante la exploración inicial, los profesionales de la salud han de aclarar y confrontar las ideas que existen sobre el suicidio con el cliente (y si precisa con la familia), ya que existen múltiples ideas instaladas en la sociedad que se han demostrado absolutamente falsos y dificultan la prevención de la ideación suicida.

Para poder determinar el riesgo de suicidio, es importante conocer los factores de riesgo del individuo y realizar una evaluación individual exhaustiva sobre el estado actual. Cada uno de los pasos que se seguirán durante la evaluación se desarrollarán con detalle en los siguientes apartados. Pasos para la evaluación del riesgo de suicidio:

- Identificación de la presencia de factores de riesgo y protección generales
- Evaluación del riesgo actual
- Valoración del riesgo de suicidio

Identificación de la presencia de factores de riesgo y protección general al examinar los factores de riesgo para un individuo, se ha de tener en cuenta que cuanto mayor número concurran en una misma persona, mayor será la probabilidad de que la persona presente ideación o conducta suicida. No obstante, que no estén presentes no significa que una persona no pueda llevar a cabo un intento de suicidio.

Además, los factores de protección servirán no tanto para determinar el nivel de riesgo sino para favorecer y ser utilizados en la propia intervención. Entre los múltiples factores que influyen en el riesgo de conducta suicida

(Lista de factores de riesgo y protección), se debe prestar especial atención si están presentes los factores de riesgo siguientes: • Depresión • Alcoholismo • Adicción a sustancias • Psicosis • Intentos previos

de intentos de suicidio o autolesiones • Aislamiento • Enfermedad física (posibles consecuencias vitales, crónica o que provoque gran debilitamiento) • Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio • Duelo, pérdida reciente o preocupación con el aniversario de una pérdida traumática • Desestabilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia • Trauma reciente (físico o psicológico) • Plan específico de suicidio formulado • Abandonar pertenencias preciadas o cerrar/arreglar asuntos • Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo • Exhibir una o más emociones negativas intensas poco características • Preocupación por abuso pasado

La Guía de evaluación de la ideación y conducta suicida, en la que se incluyen las variables más importantes que se deben evaluar en estos casos: Trastornos psiquiátricos/psicológicos: presencia de sintomatología relacionada con cambios en el estado de ánimo (depresión/bipolaridad), trastornos de personalidad, consumo de sustancias (especialmente alcohol), presencia de antecedentes familiares psiquiátricos y niveles de ansiedad del paciente (puede hacer que la experiencia depresiva y de desesperanza sea intolerable). Intentos suicidas/autolesivos previos: número de veces que ha intentado cualquier tipo de conducta suicida y la severidad de los mismos. Ideación suicida: construcción cognitiva que el paciente haya realizado en torno al acto suicida para aclararnos hasta qué punto corre riesgo su vida. Se presentan en las siguientes líneas las principales fases y ejemplos de preguntas del terapeuta que se deben realizar en relación a los pensamientos suicidas o los intentos suicidas cuando sospechamos o detectamos riesgo de suicidio:

Fase 1 Lo más adecuado es iniciar las preguntas a partir de una situación específica que el sujeto haya señalado como especialmente conflictiva o preocupante. • ¿Cómo piensa resolver su situación/ o la situación que me ha descrito?, ¿ha pensado en suicidarse? • ¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño? (si no ha comentado nada relacionado con pensamientos de suicidio) • Me ha comentado que no duerme mucho, cuando está sin poder dormir ¿en qué piensa?(si se siente más cómodo tratando el tema indirectamente) Conviene en cualquier caso indagar sobre la frecuencia e intensidad de los pensamientos así como interferencia en la vida del paciente. • ¿Piensa todos los días en qui-

---

tarse de en medio? (se sugiere una frecuencia elevada para evitar en lo posible que se sienta avergonzado y pueda dar un valor menor de lo real) • En una escala de 0-10 de intensidad de los pensamientos, siendo 0 ninguna intensidad y 10 extremadamente intensos, ¿en qué número se sitúa? • En una escala de 0-10 de afectación de los pensamientos en su vida, siendo 0 ninguna molestia y 10 extremadamente molestos, ¿hasta qué punto le interfieren en su vida diaria? El que el paciente se muestre cómodo pensando en morir y no comunique miedo es en todo caso alarmante.

Fase 2 Una vez confirmada la presencia de ideación suicida se ha de profundizar y concretar hasta establecer la posible planificación de la idea. Para ello, se han de identificar los siguientes elementos: El método suicida (por ejemplo, si piensa en la posibilidad de disparo, caída a gran altura, etc.), la severidad, la irreversibilidad nos señalarán la gravedad de la ideación. Se ha de explorar la accesibilidad al método e indagar si algún familiar o conocido lo ha empleado anteriormente.

- ¿Cómo ha pensado en suicidarse? Es importante diferenciar la especificidad de la ideación. Por ejemplo, una ideación podría expresarse desde una forma menos específica como “no sé cómo, pero lo voy a hacer”, “de cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo” a una forma más específica sobre el método como “lo voy a hacer porque no merece la pena vivir, mañana me voy a asfixiar tragándome el humo del coche en el garaje cuando no haya nadie en casa”. La circunstancia o día concreto. Por ejemplo puede que espere a quedarse solo, postergue el momento para arreglar determinadas cuestiones como testamento, notas de despedida, etc.
- ¿Cuándo ha pensado en suicidarse? El lugar. Normalmente suelen ser lugares comunes y frecuentados por el sujeto (su casa, escuela, casas de familiares o amigos...).

- ¿Dónde ha pensado en suicidarse? El motivo principal para hacerlo (llamar la atención, manifestar ira, indicar la gravedad de sus problemas, petición de ayuda, vengarse de alguien...) y significado: esta pregunta es fundamental para poder orientar la posterior intervención. No se deben minimizar los motivos. Si la persona solo dice que le gustaría morir, conviene clarificar si quiere escapar de sus responsabilidades, de su malestar por un tiempo o si quiere terminar con su vida.
- ¿Por qué ha pensado en suicidarse? Las siguientes fa-



ses incluyen preguntas sobre otros aspectos que no debemos olvidar preguntar en estos casos. Fase 3 La evaluación de la desesperanza y mantenimiento de planes sobre el futuro. Conviene tener cuidado de no confirmar al paciente esta idea por muy negativa que sea su situación.

- ¿Qué cree que le depara el futuro? • ¿Cómo se ve, por ejemplo, dentro de tres meses? • ¿Cree que no existe ninguna posibilidad de mejorar?
- ¿Cree que ha agotado todas las posibilidades y nada podrá ayudarle?
- ¿Está convencido que su sufrimiento es insoportable y nunca terminará? Fase 4 La evaluación de las ideas/sentimiento de culpa. Sobre todo los pacientes depresivos suelen atribuirse las desgracias actuales y futuras de todos sus seres queridos y pueden considerar que estarían mejor sin él. • ¿Cree que le está causando algún perjuicio a sus familiares o amigos? • ¿Cree que estarían mejor sin ti? ¿Por qué? Fase 5 La evaluación de los apoyos sociales reales y percibidos. Esta información será necesaria en caso de urgencia para obtener vigilancia sobre las conductas del sujeto o hablar de ello.

- ¿Qué familia/amigos tiene? ¿Cree que le apoyan? • ¿Con cuál de ellos tiene mejor relación? ¿le ha hablado de sus problemas? • ¿Le hablaría? Fase 6 Evaluación de los valores, creencias y factores de protección. • ¿Hay algo que le impida hacerlo? • ¿Se detendría, por ejemplo, por sus amigos, familiares, o creencias religiosas? Por otra parte, debido a la estrecha relación entre el estado de ánimo e ideación suicida, es conveniente realizar un análisis específico de la gravedad de la sintomatología depresiva del cliente

Tabla gravedad de los síntomas depresivos). • Cuestionarios y escalas estandarizadas La evaluación mediante instrumentos estandarizados complementan la información obtenida mediante la entrevista y son fáciles de administrar, proporcionando datos relevantes rápidamente.

Valoración del nivel de riesgo de suicidio Tan pronto como se detecte ideación suicida, se debe valorar el riesgo e intervenir, ya que la persona podría llevar a cabo su plan de forma inminente. Por tanto, si se estima que hay indicios de llevar a cabo suicidio, hay que valorar los riesgos hasta lograr un grado de precisión suficiente como para actuar de acuerdo con el árbol de decisiones que se presenta en el Plan de Control de Riesgo de suicidio (véase en el Anexo: 8.6: Árbol de

decisiones: Pautas de actuación). Teniendo en cuenta la información obtenida sobre los factores de riesgo presentes, grado de planificación y elaboración de la ideación suicida, así como estado de ánimo del cliente, se utilizará la siguiente tabla para determinar el riesgo de suicidio. Esto nos servirá para posteriormente poder determinar cómo actuar en la fase de intervención.

Valoración del nivel de riesgo del suicidio	
Si cumple con seis o más factores de riesgo principales. Cualquier caso con planificación suicida y método específico. Si estado de ánimo depresivo “grave”.	Riesgo alto (4)
Si cumple menos de seis factores de riesgo. Cualquier caso con planificación suicida sin método específico. Si estado de ánimo depresivo “severo”.	Riesgo medio-alto (3)
Si cumple entre dos y cuatro factores de riesgo. No hay planificación suicida. Si estado de ánimo depresivo “bajo-moderado”.	Riesgo medio (2)
Si cumple un factor de riesgo. No hay planificación suicida, pero sí presencia de desesperanza, culpa, no percibe apoyos o valores que le ayuden. Si dos o tres síntomas de ánimo depresivo “bajo-moderado”.	Riesgo bajo (1)
Si no presenta ningún factor de riesgo. No hay planificación suicida. Aparecen como máximo dos o tres síntomas depresivos que pertenecen a la categoría de ánimo depresivo “bajo-moderado”.	Sin riesgo (0)

### *Análisis funcional de la conducta suicida*

Los datos actuales del caso han de indicar si hay presencia de ideación suicida y hasta qué punto ésta se puede llegar a materializar en una conducta autodestructiva. Desde una perspectiva cognitivo-conductual y funcional, el concepto de ideación de suicidio se refiere a los pensamientos o descripciones verbales de los mismos, referidos a valoraciones sobre el riesgo del contexto, al análisis de las consecuencias del intento o el logro del suicidio, el procedimiento y los instrumentos para llevarlo a cabo. La ideación persistente supone un factor de riesgo en cuanto que facilita el llevar a cabo comportamientos finalmente lesivos y en algunos casos la propia muerte.

En este sentido, determinadas creencias y pensamientos automáticos se activan cuando el individuo se expone a un evento estresante, influenciados por la combinación de predisponentes biológicos y de aprendizaje, así como historia de la persona. Estas creencias y pensamientos cuando son disfuncionales pueden provocar emociones y comportamientos en algunos casos relacionados con el riesgo de suicidio. Suelen aparecer exigencias sobre ser o comportarse de una manera concreta que no se ajusta a cómo se percibe uno mismo (“nadie se preocupa por mí”, “soy un fracaso y merezco morir”, “nunca mejoraré y no vale la pena que siga viviendo”), o bien, la percepción de amenaza con excesivas valoraciones negativas y catastróficas sobre determinadas circunstancias y demandas (“mi vida es tan mala”, “me siento tan deprimido”, “no puedo más con este sufrimiento”, “no hay salida”). A esta forma tan negativa de ver la vida o a uno mismo, subyacen determinadas formas de pensar como hiperexigencia, catastrofismo, intolerancia al malestar entre otras (véase bibliografía de Beck, 1967; Ellis, 1987). Es más, cuando a las formas anteriores de pensar se unen una gran desesperanza y visión negativa del futuro (“mi futuro no es bueno”) la probabilidad de ideación suicida aumenta enormemente.

Además, conviene considerar el concepto de riesgo de suicidio el cual se refiere a la probabilidad de que se lleve a cabo una conducta (o secuencia de conductas) de intento de suicidio independientemente de que finalmente haya lesiones leves o letales; la conducta o intento de suicidio el cual se define no sólo por la consecuencia que se logre (lesión o muerte) mediante un conjunto de acciones sino por la expectativa del individuo, por el objetivo que desea alcanzar (por ello, se considera que conducir a excesiva velocidad para llegar cuanto antes es un accidente de tráfico y hacer esa misma conducta con la intención de suicidarse es un intento de suicidio, con independencia de la coincidencia del resultado); el contexto en el que está la persona, el cual puede presentar mayor o menor riesgo (son mayores en aquellos en los que el individuo está solo y dispone de herramientas o métodos de autolesión fácil y rápidamente utilizables como una ventana abierta en un piso alto, un arma de fuego, estar en una casa aislado de otras personas) y; por último, las consecuencias esperadas, que en cualquier opción de comportamiento suelen ser evitar consecuencias

---

aversivas (R-) o conseguir consecuencias deseadas y agradables para uno mismo o para otros (R+).

Esto último, las consecuencias y funcionalidad de las cogniciones del cliente, suponen uno de los aspectos más relevantes, ya que permiten establecer un plan de actuación para controlar el riesgo de suicidio, priorizando unos objetivos frente a otros para reducir la ideación. Resulta fundamental indagar en la entrevista de evaluación sobre las expectativas que pretenden lograr con el suicidio, ya que no es frecuente que los individuos las expresen y las personas del entorno, cuando las escuchan, pueden mostrarse temerosas y pretenden minimizar la importancia de dichas expresiones y por tanto no toman nota de ellas.

En muchos casos la ideación de suicidio puede suponer un escape cognitivo de una situación de malestar, mantenido por reforzamiento negativo. Es decir, los individuos tratan de evitar algo aversivo o desagradable y, al no encontrar opciones de respuesta suficientemente reforzantes, mantienen la expectativa de acabar con el propio sufrimiento, con la indefensión o la desesperación (“no lo puedo soportar más, sólo la muerte me librá de este sufrimiento”). También, algunos individuos con ideación suicida tienen la expectativa de lograr para otros consecuencias aversivas (castigo por mal comportamiento) invocando a creencias sobre justicia, el despecho o la venganza (“cuando me mate van a darse cuenta de todo lo que me han hecho”) o comunicar su malestar a los demás, con la expectativa de lograr su atención y, por tanto, obtener un refuerzo (“la única forma de que me escuchen es que me mate”). En otros casos los individuos también pueden esperar para sí mismos castigos o penas por su propio comportamiento, debido a sentimientos de culpa, errores, pecados o maldades que suponen intrínsecas a su propia naturaleza. Estos elementos, cabe insistir, se han de valorar siempre para cada caso en concreto.

En definitiva, teniendo en consideración todos estos elementos, el terapeuta puede realizar una hipótesis de la función que puede tener el comportamiento del individuo, estimar el riesgo de suicidio y prevenir cualquier tipo de comportamiento que pudiera llevar a su ejecución con éxito.

### *Signos o señales de alerta habituales*

**Verbaliza directamente la idea o posibilidad de suicidarse**, con frases como “quiero quitarme de en medio”, “la vida no merece la pena”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto”. Es posible que las verbalizaciones de algunos pacientes sean menos completas por lo que es imprescindible mantenerse atentos cuando aparecen otras sutiles como “esto no durará mucho”, “pronto aliviaré mi sufrimiento”, “dejaré de ser una carga”; así como las dirigidas hacia él mismo, el futuro o la vida tales como “no valgo para nada”, “esta vida no tiene sentido”, “estaríais mejor así”, “estoy cansado de luchar”, “quiero terminar con todo”, “las cosas no van a mejorar nunca”.

**Piensa a menudo en el suicidio** y no puede dejar de darle vueltas. Si esto ocurre, se requiere diferenciar la posibilidad de suicidarse con el miedo a perder el control en un problema de ansiedad u obsesión.

**Amenaza o se lo comenta a personas cercanas**, lo cual se podría entender como una petición de ayuda. Es frecuente que se comente la insatisfacción y poca voluntad de vivir a otras personas cercanas antes que al profesional sanitario, por lo que puede ser de gran utilidad obtener información adicional de la familia y relaciones íntimas siempre que sea posible.

**Lleva a cabo determinados preparativos** relacionados con su desaparición, como por ejemplo, arreglar documentos, cerrar asuntos, preparar el testamento, regalar objetos o bienes y llamar a otras personas para despedirse.

**Reconoce sentirse solo, aislado y se ve incapaz de aguantarlo o solucionarlo.** Piensa en ello constantemente y no ve ninguna salida a su situación. Se puede notar que transmite sentimientos de impotencia, indefensión, depresión y especialmente desesperanza.

**Pierde interés** por aficiones, obligaciones, familia, amigos, trabajo y apariencia personal y comienza a aislarse personal y socialmente. Por ejemplo, deja de ir a clase, salir los fines de semana, llamar a sus amigos, se encierra en su cuarto más de lo habitual.

Está muy deprimido y **mejora de forma repentina e inesperada**, momento en el cual el paciente puede sentirse con fuerzas suficientes para llevar a cabo sus planes de suicidio.

Aparece un **cambio repentino en su conducta**. Por ejemplo, un aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual, calma o tranquilidad repentina cuando previamente ha presentado gran agitación, etc.

Se observa u obtiene información de **autolesiones**, sean éstas lesiones más o menos relevantes.

Tabla gravedad de los síntomas depresivos (adaptado de Palmer, 2007)

Dimensiones estado de ánimo depresivo	Nivel Bajo-Moderado	Nivel Severo	Nivel Grave
Estado de ánimo general	Triste - melancólico	Llanto frecuente	Profunda desesperación
Pérdida de interés	Rechaza intereses habituales	Realiza pocas actividades, productividad reducida	Rechaza cualquier actividad de divertimento y muy pocas actividades obligatorias
Rechazo social	Descuida quedar con amigos y actividades sociales	Evita activamente contacto social	No responde al entorno social
Desesperanza	Se pregunta si es posible una mejora	Se muestra bastante pesimista sobre el futuro	No ve futuro para sí mismo, con los otros, en el mundo, etc.
Problemas de sueño	Dificultades para dormir, descansar, se levanta	Se levanta pronto por la madrugada y no se puede volver a dormir	Apenas duerme
Lentitud	Pensamiento, discurso, actividad lenta y falta de energía	Apatía	Completo estupor
Cambios en el apetito	Poco o excesivo apetito	Pérdida de peso	Deja de comer o incrementa notablemente su peso
Síntomas físicos	Indigestión, gases, pesadez, etc.	Palpitaciones, dolores de cabeza, dificultades de respiración	Síntomas físicos muy intensos e interferentes con su vida
Plano sexual	Pérdida de interés en el sexo	Problemas menstruales, disfunciones sexuales	Problemas menstruales, y sexuales muy intensos e interferentes con su vida

Cambios en estado de ánimo	Mismo estado de ánimo durante el día, pero cambiante entre días	Cambios en estado de ánimo en un mismo día, mismo patrón cada día y pobre concentración	Cambios en estado de ánimo en un mismo día, mismo patrón cada día y nula concentración
Concentración/plano cognitivo	Dificultades para leer, seguir programas de TV, etc.	Dificultades para leer, seguir programas de TV, etc. y deja de hacerlo	Pensamiento desordenado, despersonalización, desrealización
Preocupación por la salud	Preocupaciones leves y espontáneas sobre la salud	Preocupación por la salud frecuente	Conductas hipocondríacas y delirios
Culpa	Autoreproches	Percibe depresión como castigo	Delirios de culpa
Ansiedad	Inquieto, tenso, irritable	Miedoso, preocupado, preocupaciones sobre aspectos triviales	Muy agitado
Sentimientos de suicidio	Siente que la vida no vale la pena	Considera el suicidio	Planea o intenta suicidio

Esta tabla permite relacionar los principales aspectos de sintomatología depresiva en función de tres niveles de gravedad (bajo-moderado, severo, grave). La categoría de gravedad más veces señalada determinará el estado de ánimo general del cliente.

### *SSI Escala de ideación suicida*

Es una escala de 19 ítems que debe ser cumplimentada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi - estructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

- Actitud hacia la vida / muerte
- Pensamientos o deseos suicidas
- Proyecto de intento de suicidio
- Realización del intento proyectado

Se añaden una quinta sección, con dos ítems, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala.

Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida. Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, es decir, al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado; en este último caso, la entrevista debe ser retrospectiva.

Estos datos serán utilizados únicamente con éste propósito, sin ser facilitados a ninguna otra entidad ni utilizados para el envío de ningún otro tipo de información ajena a lo solicitado

#### SSI Escala de ideación suicida

Deseo de vivir.	0= Moderado a intenso 1= Débil 2= Ninguno
Deseo de morir.	0= Ninguno 1= Débil 2= Moderado a intenso
Razones para vivir/morir.	0= Las razones para vivir son superiores a las de morir 1= Iguales 2= Las razones para morir son superiores a las de vivir
Deseo de realizar un intento activo de suicidio.	0= Ninguno 1= Débil 2= Moderado a intenso
Intento pasivo de suicidio.	0= Tomaría precauciones para salvar su vida 1= Dejaría su vida / muerte en manos del azar 2= Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida
Dimensión temporal: duración.	0= Breve, períodos pasajeros 1= Períodos más largos 2= Continuo (crónico), o casi continuo
Dimensión temporal: frecuencia.	0= Rara, ocasional 1= Intermitente 2= Persistente o continuo
Actitud hacia el pensamiento/deseo.	0= Rechazo 1= Ambivalencia, indiferencia 2= Aceptación
Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.	0= Tiene sensación de control 1= No tiene seguridad de control 2= No tiene sensación de control
Factores disuasorios del intento activo. (familia, religión, irreversibilidad).	0= No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio 1= Los factores disuasorios tienen cierta influencia 2= Influencia mínima o nula de los factores disuasorios



Razones del proyecto de intento.	0= Manipular el medio, atraer atención, venganza 1= Combinación de ambos 2= Escapar, acabar, resolver problemas
Método: especificación/planes.	0= No los ha considerado 1= Los ha considerado, pero sin detalles específicos 2= Los detalles están especificados / bien formulados
Método: accesibilidad/ oportunidad.	0= Método no disponible; no hay oportunidad 1= El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente 2= Método y oportunidad accesible 3= Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado
Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.	0= No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente 1= Inseguro de su coraje, competencia 2= Seguro de su competencia, coraje
Expectativas/anticipación de un intento real.	0= No 1= Incierto, no seguro 2= Sí
Preparación real.	0= Ninguna 1= Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras) 2= Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)
Notas acerca del suicidio.	0= No escribió ninguna nota 1= Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla 2= Completada
Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, testamento, donaciones).	0= Ninguno 1= Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados 2= Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado
Engaño/encubrimiento del intento proyectado	0= Reveló estas ideas abiertamente 1= Fue reacio a revelarlas 2= Intentó engañar, encubrir, mentir
Intentos previos de suicidio.	0= Ninguno 1= Uno 2= Más de uno
Intención de morir asociada al último intento.	0= Baja 1= Moderada; ambivalente, insegura 2= Alta
<b>Puntuación total:</b> Actitud ante la vida/muerte: Pensamientos/deseos suicidas: Proyecto de intento: Intento proyectado: Factores disuasorios: Intentos previos:	

---

## *Bibliografía*

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Burns, D. (1990). *Sentirse bien: una nueva terapia contra las depresiones*. Barcelona: Paidós
- Clemente, M. y González, A. (1996). *Suicidio: una alternativa social*. Madrid: Ed. Biblioteca nueva.
- Jiménez, J., Martín, S., Pacheco, T., Pérez-Íñigo, J.L., Robles, J.I., Santiago, P., y Torras A. (2012). *Detección y prevención de la Conducta Suicida en personas con una enfermedad mental. Guía para familiares*. Madrid.
- Palmer, S. (comp.) (2007). *Suicide: Strategies and Interventions for Reduction and Prevention*. New York: Ed. Routledge.
- Plan de Prevención de la Conducta Suicida: sector Dreta Eixample. Barcelona, mayo de 2006.
- Torrico, E; Remesal, R; Villas, M.A., (2009). *El suicidio en la Población Adulta*. Séptima Edición. Focad (COP)
- World Health Organization (2012). *Suicide Prevention: SUPRE The Worldwide initiative for the prevention of suicide*. Recuperado de: [http:// www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en)
- The American Association of Suicidology <http://www.suicidology.org/>
- The American Foundation for Suicide Prevention <http://www.afsp.org>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del suicidio. Recursos para Consejeros*. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_spa.pdf)

### ANEXO 8: Escala de valoración funcional del paciente paliativo de Karnofsky

Permite conocer la capacidad que tiene el paciente para las actividades de la vida cotidiana. Es un elemento predictor independiente de mortalidad, en enfermedades oncológicas y no oncológicas. Sirve para la toma de decisiones clínicas y para valorar impacto de tratamiento y progresión de la enfermedad. Karnofsky  $\leq 50$  indica alto riesgo de muerte en los 6 meses siguientes

%	Deambulaci3n	Evidencia enfermedad (EE)	Autocuidados	ingesta	Conciencia
100	Libre	Normal. Sin EE	Completo	Normal	Alerta
90	Libre	Normal. Alguna EE	Completo	Normal	Alerta
80	Libre	Con esfuerzo. Alguna EE	Completo	Normal o reducida	Alerta
70	Reducida	Alguna EE	Completo	Normal o reducida	Alerta
60	Reducida	Imposible hacer hobbies trabajo dom3stico. Enfermedad. manifiesta.	Ayuda ocasional	Normal o reducida	Alerta o confusi3n
50	Principalmente sentado o estirado	Imposible cualquier trabajo. E. extensa	Ayuda considerable	Normal o reducida	Alerta o confusi3n
40	Principalmente encamado	Igual	B3sicamente asistido	Normal o reducida	Alerta o somnolencia o confusi3n
30	Totalmente encamado	Igual	Completamente dependiente	Reducida	Igual
20	Totalmente encamado	Igual	Completamente dependiente	Pequeños sorbos	Igual
10	Totalmente encamado	Igual	Completamente dependiente	Cuidados boca	Somnolencia o confusi3n
0	Fallecido				

#### Interpretaci3n:

- 100. Normal: sin quejas, sin indicios de enfermedad
- 90. Actividades normales, pero con signos y sntomas leves de enfermedad.
- 80. Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos sntomas de enfermedad
- 70. Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a trmino actividades normales o trabajo activo.
- 60. Requiere atenci3n ocasional, pero puede cuidarse a s mismo
- 50. Requiere gran atenci3n, incluso de tipo m3dico. Encamado menos del 50% del da.
- 40. Inv3lido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado m3s del 50% del da.

- 
30. Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte
  20. Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.
  10. Moribundo.
  0. Fallecido.

### ***Bibliografía***

- Alonso B.Alberto, González B. Manuel. Medidas de capacidad funcional. Citado 16 enero 2016. Disponible en <http://media.axon.es/pdf/61341.pdf>.
- Karnofsky DA, Abelman WH,Graver LF, et al. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinom. *CANCER* 1948; 1: 634-56.
- Crooks V,Waller S, Smith T, Hahn T. The use of the Karnofsky Performance Scale in determining outcomes and risk in geriatric outpatients. *J Gerontol Med Sci* 1991;46:139M-44M.

**ANEXO 9: Índice de esfuerzo del cuidador****Descripción:**

El Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC) (Caregiver Burden Scale), es un instrumento que mide la carga de trabajo percibida y el esfuerzo que supone el abordaje de los cuidados por los cuidadores familiares.

Características de recogida de datos: Está compuesto por 13 preguntas dicotómicas (2 únicas posibilidades de respuesta sí o no) heteroadministradas durante el transcurso de una entrevista clínica, y cada respuesta verdadera puntúa 1. Población diana: Población cuidadora de personas dependientes en general.

1. Tiene trastornos de sueño (Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)	Sí	No
2. Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar)	Sí	No
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla)	Sí	No
4. Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas)	Sí	No
5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)	Sí	No
6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)	Sí	No
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia)	Sí	No
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones)	Sí	No
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)	Sí	No
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es una persona diferente a la de antes)	Sí	No
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)	Sí	No
12. Es una carga económica	Sí	No
13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre como continuar el tratamiento)	Sí	No
<b>Puntuación total</b>		

---

### *Valoración*

La puntuación total presenta un rango entre 0 y 13 punto y una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

### *Bibliografía*

- Moral Serrano MS, Juan Ortega J, López Matoses MJ & Pellicer Magraner P. Perfil de riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes interesados en su domicilio. *Atención Primaria*. 2003; 32(2): 77-85.
- López Alonso SR, Moral Serrano MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Comun* 2005; 1(1): 12-17.

**ANEXO 10: Escala de depresión geriátrica de Yesavage****Descripción:**

Especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que las escalas ordinarias de la depresión tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos, de menos valor en este grupo de pacientes. Su máxima utilidad radica en el screening general del paciente anciano (detección) y en facilitar el diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio. Su uso puede mejorar el infradiagnóstico de la depresión en estas edades, donde, muchas veces, no es posible detectarla con la entrevista clínica ordinaria. La escala plantea un interrogatorio de respuestas dicotómicas, puntuando la coincidencia con el estado depresivo, es decir, las afirmativas para los síntomas negativos y las negativas para las cuestiones normales. Existen 2 versiones, una completa de 30 ítems y una abreviada de 15 ítems. La versión abreviada de 15 ítems es más recomendable en Atención Primaria por su fácil manejo (no requiere entrevistador entrenado) y rapidez (5-8 minutos).

¿Está básicamente satisfecho con su vida?	Si = 0	No= 1
¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	Si = 1	No= 0
¿Siente que su vida está vacía?	Si = 1	No= 0
¿Se siente a menudo aburrido?	Si = 1	No= 0
¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	Si = 0	No= 1
¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	Si = 1	No= 1
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si = 0	No= 1
¿Se siente a menudo sin esperanza?	Si = 1	No= 0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	Si = 1	No= 0
¿Piensa qué tiene más problemas de memoria que la mayoría?	Si = 1	No= 0
¿Cree que es maravilloso estar vivo?	Si = 1	No= 0
¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	Si = 0	No= 1
¿Piensa que su situación es desesperada?	Si = 1	No= 0
¿Se siente lleno de energía?	Si = 0	No= 1
¿Cree que la mayoría de a gente está mejor que usted?	Si = 1	No= 0

Ref: Yesavage et als. J. Psychiatry

---

## *Bibliografía*

- Robert L. Kane, Joseph G. Ouslander, Itamar B. Abrass. El paciente anciano y la valoración geriátrica. Sugerencias de formas médicas geriátricas. En: Geriatría Clínica. 3era. Edición, 1997
- José Manuel Ribera Casado. Asistencia geriátrica en Atención Primaria. En: J.M. Ribera Casado, A.J. Cruz Jentoft. Geriatría en Atención Primaria. 2da. Edición.



***Anexo 11: Escala spmsq de pfeiffer: para el estado mental cognitivo.  
(Short Portable Mental State Questionnaire)***

Es una prueba desarrollada por Pfeiffer en el año 1975, con 10 ítems que valoran varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo, muy breve pero con una aceptable capacidad discriminatoria

***Escala SPMSQ de Pfeiffer***

**Instrucciones para completar el cuestionario**

Plantee al sujeto las preguntas del 1 al 10 de la lista y registre todos los errores.

Para ser realizado de forma correcta las respuestas deben ser dadas sin referencia al calendario, periódico, certificado de nacimiento u otra ayuda para la memoria.

La **pregunta 1**, se considera correcta solamente cuando son dados correctamente la fecha, el mes y el año exactos

La **pregunta 2**, se define por sí sola.

La **pregunta 3**, se considera correcta si brinda cualquier descripción correcta del local. “Mi casa”, el nombre de la ciudad de residencia, el nombre del hospital o la institución.

La **pregunta 4**, se considera correcta cuando puede ser verificado el número.

La **pregunta 4<sup>a</sup>**, se realiza solamente si el sujeto no tiene teléfono.

La **pregunta 5**, se considera correcta cuando la edad mencionada se corresponde con el año de nacimiento.

La **pregunta 6**, se considera correcta solamente cuando son dados la fecha, el mes y el año exactos.

La **pregunta 7 y 8**, solamente requieren los apellidos de los presidentes.

La **pregunta 9**, no requiere ser verificada. Se considera correcta si es dado un nombre de pila femenino más un apellido diferente al del sujeto.

La pregunta 10, requiere que todas las series sean realizadas correctamente para ser considerada válida. Cualquier error el intentar la serie inválida el resto.

Pregunta	Errores
1. Fecha de hoy: DD          MM          AA	
2. Día de la semana de hoy:	
3. Nombre del lugar:	
4. Número de teléfono:	
4ª. Dirección (si no tiene teléfono):	
5. Edad:	
6. Fecha de nacimiento:	
7. Nombre del presidente actual:	
8. Nombre del presidente anterior:	
9. Nombre de la madre:	
10. Restar 3 a 20 y seguir restando sucesivamente:	
<b>Total</b>	

### *Puntajes del cuestionario.*

La educación influye sobre el rendimiento en la prueba y por lo tanto debe ser tomada en cuenta al realizar la puntuación. A los efectos de realizar la puntuación se han considerado tres niveles educacionales: a) personas que solamente han tenido una educación de nivel escolar; b) personas que han cursado estudios secundarios en forma parcial o completa; y c) personas que han recibido educación superior.

Para los sujetos con nivel de educación secundaria rigen los siguientes criterios:

- 0-2 errores: funcionamiento intelectual normal**
- 3-4 errores: alteración intelectual leve**
- 5-7 errores: alteración intelectual moderada**
- 8-10 errores: alteración intelectual severa**

Se permite un error más si la persona ha tenido solamente educación escolar, y un error menos si ha recibido educación más allá de la secundaria.

### *Bibliografía*

- Robert L. Kane, Joseph G. Ouslander, Itamar B. Abrass. El paciente anciano y la valoración geriátrica. Sugerencias de formas médicas geriátricas. En: Geriatría Clínica. 3era. Edición, 1997
- José Manuel Ribera Casado. Asistencia geriátrica en Atención Primaria. En: J.M. Ribera Casado, A.J. Cruz Jentoft. Geriatría en Atención Primaria. 2da. Edición.

*Valoración de enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson*  
se terminó de editar  
en el mes de agosto de 2016.  
Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Xochimilco).

Diseño y formación: Nathalie Guzón André  
nathalieguz@hotmail.com