

Valoración 14 necesidades V. Henderson

1.- RESPIRACIÓN - CIRCULACIÓN

RESPIRACIÓN:

Vía Aérea: Permeable ___ No Permeable ___ **Intubación:** No. ___ Sí. ___ **Traqueotomía:** No. ___ Sí. ___

Obstrucción: Parcial. ___ Total. ___ **Nariz.** ___ **Boca.** ___ **Bronquial.** ___ **Pulmonar.** ___ **Causa:** _____

Cánula Tipo: No. ___ Sí. ___: **Naso traqueal.** ___ **Oro traqueal.** ___ **Traqueal.** ___ **Tipo:** _____ **Nº.** ___

Mascarilla: No. ___ Sí. ___ **Gafa Nasal:** No. ___ Sí. ___ **% O2:** _____

Frecuencia: Respiraciones: _____ por mto. **SO2:** _____ %.

Tipo: Eupnea. ___ Taquipnea. ___ Bradipnea. ___ Ortopnea. ___ Cheyne-stokes. ___ Apnea. ___ Aleteo Nasal.

___ **Tiraje:** ___ **Supra esternal.** ___ **Infra esternal.** ___ **Amplitud:** Normal ___ Profunda. ___ Superficial ___

Movimiento: Torácica. ___ Abdominal. ___

Secreciones: Ausente. ___ Escasa. ___ Abundante. ___ **Boca.** ___ **Nariz.** ___ **Color** _____ **Olor:** _____

Volumen: Normal. ___ **Hiperventilación.** ___ **Hipo ventilación.** ___ **Ruidos:** Normal ___ **Crepitaciones.** ___

Estertores. ___ **Silbido.** ___ **Gorgoteo.** ___ **Estridor.** ___ **Otros:** _____

Dificultad Respiratoria: No. ___ Si. ___ **Tos:** ___ **Seca.** ___ **Húmeda.** ___ **Quintosa.** ___ **Ronquera.** ___

Afonía. ___ **Disfonía.** ___ **Estornudo.** ___ **Ronquido.** ___ **Obesidad.** ___ **Ansiedad.** ___ **Estrés.** ___

Cianosis: No. ___ Sí. ___ **Central:** No. ___ Sí. ___ **Periférica:** No. ___ Sí. ___ **Localización:** _____

Dolor: No. ___ Si. ___: **Garganta.** ___ **Tórax.** ___ **Abdomen.** ___ **Otros:** _____

Deformaciones: No. ___ Sí. ___: ___ **Nariz.** ___ **Boca.** ___ **Tórax.** ___ **Abdomen.** ___ **Otros:** _____

Fumador: No. ___ Si. ___ **Nº Cigarrillos día:** _____ **Alergias:** No ___ Si. ___ **Tipo:** _____

Intoxicación: No. ___ Si. ___: **Respiratoria.** ___ **Metabólica.** ___ **Medicamentosa.** ___ **Tóxico:** _____

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Datos a Considerar: _____

Otros: _____

1.- RESPIRACIÓN - CIRCULACIÓN

CIRCULACIÓN:

F.C.: ____ X'. **Pulsos:** Si ____ No ____ **Localización:** _____ **Tipo:** _____

T/A.: *Sistólica.* _____ *Diastólica.* _____ **P.V.C:** _____ *cm/H2O*

ECG: *No* ____ *Si.* ____ **Alteraciones:** ____ *No* ____ *Si.* **Tipo:** _____

Dolor: *No.* ____ *Sí.* ____ **Torácico:** ____ *No.* ____ *Sí.* **Localización:** _____

Edemas.: *No.* ____ *Si.* ____ **Localización:** _____

Heridas: *No* ____ *Si.* ____ **Tipo:** _____ **Localización:** _____

Hemorragia.: *No.* ____ *Sí.* ____ **Localización:** _____

Color piel y tegumentos: *Normal.* ____ *Cianosis* ____ *Equimosis* ____ **Localización:** _____

Cambios Temperatura: *No* ____ *Si.* ____ **Localización:** _____

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia:

Datos a Considerar:

Otros:

2.- BEBER Y COMER, ALIMENTARSE

Vómitos: No. ___ Sí. ___ N° veces _____ **Cantidad:** _____ **Contenido:** _____

Estado de la boca: Normal. ___ Deficiente. ___ **Causas:** _____

Dentición Suficiente: Sí. ___ No. ___ **Prótesis.** ___ No. ___ Sí. ___ **Ajustada:** ___ Si. ___ No.

Mucosa oral rosada: Si. ___ No. ___ **Color:** _____ **Encías rosadas:** ___ Sí. ___ No. **Color:** _____

Lengua rosada: Sí. ___ No. ___ **Color** _____ **Húmeda:** Sí. ___ No. ___

Heridas: No. ___ Sí. ___ **Tipo:** _____ **Localización:** _____

Masticación: lenta. ___ rápida. ___ **Reflejo deglución:** Sí. ___ No. ___ **Causa:** _____

Apetito: Si. ___ No. ___ **Saciedad:** Sí. ___ No. ___ **Causas:** _____

Horario Comidas: Mañana. _____ Tarde. _____ Noche. _____

Toma entre comidas: No. ___ Sí. ___ **Tipo y Cantidad:** _____ **Hora:** _____

Cantidad de sólidos día: Mucho, _____ Normal, _____ Escaso. _____ grms./día. _____

Cantidad de líquidos día: Mucho, _____ Normal, _____ Escaso. _____ cm3./día _____

Digestión: Ligera, ___ Lenta, ___ Pesada. ___ **Alimentos indigestos:** _____

Alimentos Preferidos: Verduras. ___ Carnes. ___ Pescados. ___ Frutas. ___ Otros: _____

Alimentos No Deseados: _____

Restricciones: _____

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Datos a Considerar: _____

Otros: _____

3.- ELIMINACIÓN

ELIMINACIÓN URINARIA:

Cantidad: _____ cm³/día. _____ cm³/hora. **Satisfactoria:** Si: _____ No: _____

Frecuencia: _____ veces día. **Cantidad por micción:** _____ cm³

Dolor: No. _____ Sí. _____ **Coloración:** Trigo _____ Ámbar. _____ Transparente. _____

Olor: No. _____ Si. _____ Débil. _____ Fuerte. _____ **Semejanza a:** _____

Contenido: No: _____ Sí: _____ **Tipo y características:** _____

PH: _____ **Densidad:** _____ **Urea:** _____ **Creatinina:** _____

Vía Uretral: Permeable _____. No Permeable _____.

Obstrucción: Total. ____ Parcial: ____ **Causa:** _____

Sonda Vesical: No. ____ Sí. ____ **Permanente :** Sí. ____ No. ____ **Tipo:** _____ **Nº** _____

Características y/o dificultad del Sondaje: _____

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Datos a Considerar: _____

Otros: _____

3.- ELIMINACIÓN

ELIMINACIÓN FECAL:

Frecuencia: _____ veces día. **Satisfactoria:** *Si.* _____ *No.* _____

Estreñimiento: *No.* _____ *Si.* _____ **Diarrea:** *No.* _____ *Sí.* _____ **Habitual:** *No.* _____ *Sí.* _____

Coloración Marrón: *Sí.* _____ *No.* _____ **Otro color:** _____

Cantidad: *Normal.* _____ *Escasa.* _____ *Abundante.* _____ **Peso:** _____ gms/deposición. _____ gms/día.

Olor: *Débil.* _____ *Fuerte.* _____ **Semejanza:** _____

Consistencia: *Dura.* _____ *Blanda.* _____ *Líquida.* _____ **Otros Contenidos:** _____

Obstrucción: *Total.* _____ *Parcial:* _____ **Causa:** _____

Toma Laxantes: *No.* _____ *Sí.* _____ **Tipo:** _____

Sonda Rectal: *No.* _____ *Sí.* _____ **Permanente:** *Sí.* _____ *No.* _____ **Tipo:** _____ **Nº** _____

Características y/o dificultad del Sondaje: _____

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Datos a Considerar: _____

Otros: _____

3.- ELIMINACIÓN

ELIMINACIÓN SUDOR:

Sí: No:

Cantidad: *Normal.* *Escasa.* *Abundante.* Valoración. _____ cm³/día.

Olor: *No.* *Si.* *Débil.* *Fuerte.* Semejanza a: _____

Otras Fuentes de Eliminación y Características:

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Datos a Considerar: _____

Otros: _____

4.- MOVIMIENTO: MANTENER POSTURA ADECUADA

Dé ambulación: *Sí.* ___ *No.* ___ **Sillón.** *Sí.* ___ *No.* ___ **Cama.** *Sí.* ___ *No.* ___

Mantiene posición adecuada: *Sí.* ___ *No.* ___ **Dificultad:** _____

Lesión: *No.* ___ *Sí.* ___ **Cabeza:** ___ **Cuello:** ___ **Tronco:** ___ **Extremidades:** ___

Tipo: _____

Deformación: *No.* ___ *Sí.* ___ **Tipo:** _____

Dolor: *No.* ___ *Sí.* ___ **Localización y Tipo:** _____

Realiza ejercicio: **Activo:** *Sí.* ___ *No.* ___ **Pasivo:** *Sí.* ___ *No.* ___ **Tipo:** _____

Fuerza muscular: *Normal.* *Sí.* ___ *No.* ___ *Disminuida:* *No.* ___ *Sí.* ___ **dificultad:** _____

Posibilidad de movimientos:

Levantarse: *Sí.* ___ *No.* ___ *Caminar* *Sí.* ___ *No.* ___ *Inclinarse:* *Sí.* ___ *No.* ___ *Sentarse:* *Sí.* ___ *No.* ___

Acostarse: *Sí.* ___ *No.* ___ *Correr:* *Sí.* ___ *No.* ___ *Agacharse:* *Sí.* ___ *No.* ___ *Arrodillarse:* *Sí.* ___ *No.* ___

Levantar Peso: *Sí.* ___ *No.* ___ *Estirarse:* *Sí.* ___ *No.* ___ *Coger objetos:* *Sí.* ___ *No.* ___

Alcanzar objetos: *Sí.* ___ *No.* ___ **Dificultad:** _____

Prótesis: *Sí.* ___ *No.* ___ **Tipo:** _____

Utiliza medios mecánicos: *Sí.* ___ *No.* ___ **Tipo:** _____

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Datos a Considerar: _____

Otros: _____

5.- NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

SUEÑO:

Nocturno: Sí. ___ No. ___ Duración: _____ h. **Diurno:** Sí. ___ No. ___ Duración: _____ h.

Normal: ___ **Profundo:** ___ **Ligero:** ___ **Satisfactorio:** Sí. ___ No. ___

Características: _____

Hábitos ligados al sueño: Baño: No. ___ Sí. ___ ducha: No. ___ Sí. ___ Infusión: No. ___ Sí. ___

Leche: Sí. ___ No. ___ Lectura: Sí. ___ No. ___ Medicación: No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Otros hábitos de reposo/sueño:

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Datos a Considerar: _____

Otros: _____

6.- VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Capacidad: Sí. ___ No. ___ **Dificultad:** No. ___ Sí. ___ **Tipo:** _____

Utiliza ropa y/o calzado adecuado al: Frío: Sí. ___ No. ___ Calor: Sí. ___ No. ___ Humedad: Sí. ___
No. ___ Movimiento: Sí. ___ No. ___ Actividad física: Sí. ___ No. ___ Trabajo: Sí. ___ No. ___ Evitar
peligros: Sí. ___ No. ___ Creencias y/o cultura: Sí. ___ No. ___ Estética y/o gustos: Sí. ___ No. ___
Limpieza: Sí. ___ No. ___ Objetos Significativos: Sí. ___ No. ___ Gusto: Sí. ___ No. ___

Otras manifestaciones de Independencia:

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Datos a Considerar: _____

Otros: _____

7.- MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LIMITES NORMALES

Temperatura: _____ g/c. Axilar: Sí. ___ No. ___ Oral: Sí. ___ No. ___ Rectal Sí. ___ No. ___
Homeotermia: Sí. ___ No. ___ Hipertermia: No. ___ Sí. ___ Hipotermia: No. ___ Sí. ___ Duración: _____ h.
Sensación de: Frío: No. ___ Sí. ___ Calor: No. ___ Sí. ___ Escalofríos: No. ___ Sí. ___ Sudor: Sí. ___ No. ___
Piel Rosada: Sí. ___ No. ___ Cianosis: No. ___ Sí. ___ Periférica: Sí. ___ No. ___ Central: Sí. ___ No. ___

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Datos a Considerar: _____

Otros: _____

8.- HIGIENE

Estado de la Piel:

Limpia: Sí. ___ No. ___ Hidratada: Sí. ___ No. ___ Integra: Sí. ___ No. ___ Color Rosada: Sí. ___ No. ___

Pigmentación: No. ___ Sí. ___ Tipo: _____ Turgencia: Sí. ___ No. ___ Lisa: Sí. ___ No. ___

Suavidad: Sí. ___ No. ___ Flexibilidad: Sí. ___ No. ___ Transpiración: No. ___ Sí. ___ Olor: No. ___ Sí. ___

Frecuencia de lavado: _____ Productos usados: _____

Baño: Sí. ___ No. ___ Ducha: Sí. ___ No. ___ Frecuencia: _____ Duración: _____

Productos Usados: _____

Lesión Tipo y localización: _____

Nariz: Limpia Sí. ___ No. ___ Mucosa Integra: Sí. ___ No. ___ Humedad mucosa Sí. ___ No. ___

Ojos: Limpios: Sí. ___ No. ___ Íntegros: Sí. ___ No. ___ Humedad mucosa Sí. ___ No. ___ Prótesis No. ___ Sí. ___

Orejas: Limpia Sí. ___ No. ___ Integra: Sí. ___ No. ___ Configuración _____

Genitales: Limpios Sí. ___ No. ___ Mucosa Integra: Sí. ___ No. ___ Humedad mucosa Sí. ___ No. ___

Ano: Limpio Sí. ___ No. ___ Mucosa Integra: Sí. ___ No. ___ Lesión No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Cabello: Limpio: Sí. ___ No. ___ Integro: Sí. ___ No. ___ Longitud: _____ Aspecto _____

Frecuencia de lavado: _____ Productos usados: _____

Vellos: Escaso: Sí. ___ No. ___ Medio: Sí. ___ No. ___ Abundante: Sí. ___ No. ___

Uñas: Limpias Sí. ___ No. ___ Integras: Sí. ___ No. ___ Configuración _____

Boca: Limpia Sí. ___ No. ___ Mucosa Integra: Sí. ___ No. ___ Humedad mucosa Sí. ___ No. ___

Dientes: Limpios Sí. ___ No. ___ Prótesis: No. ___ Sí. ___ Faltas: Sí. ___ No. ___ Tipo: _____

Frecuencia de lavado: _____ Productos usados: _____

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Datos a Considerar: _____

Otros: _____

9.- SEGURIDAD

Mantiene seguridad física: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Mantiene seguridad biológica: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Mantiene seguridad psicológica o emocional: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Mantiene entorno social: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Mantiene estrés: *No.* ___ *Sí.* ___ *Tipo:* _____

Mantiene Entorno familiar seguro: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Mantiene medio ambiente seguro: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Mantiene inmunidad segura. *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Vacunas: *Sí.* ___ *No.* ___ *Necesidad de:* _____

Mantiene Trabajo seguro: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Mantiene medidas preventivas: *Sí.* ___ *No.* ___ *Necesidad de:* _____

Mantiene factores hereditarios de riesgo: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Conoce los peligros: *Sí.* ___ *No.* ___ *Tipo:* _____

Mantiene medidas de protección: *Sí.* ___ *No.* ___ *Tipo:* _____

Mantiene Entorno sano: *Temp. ambiental 18.3 a 25° c.* *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Humedad 30 y 60 %: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Iluminación oscura o brillante: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Ruido 120 decibelios: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Aire con humos, polvo, microorganismos productos químicos: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Aparatos y/o artefactos posibles accidentes: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Conoce y sabe los mecanismos de protección: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Conoce normativas legales: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Factores Culturales /religioso /sociales. *Sí.* ___ *No.* ___ *Tipo:* _____

Mantiene régimen terapéutico: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Riesgo de accidente: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Riesgo de infección: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Riesgo de agresión: *Sí.* ___ *No.* ___ *Riesgo:* _____

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Datos a Considerar: _____

Otros:

10.- COMUNICACIÓN

Comunicación verbal: Sí. ___ No. ___ Fácil: Sí. ___ No. ___ Moderado: Sí. ___ No. ___ Claro: Sí. ___ No. ___

Preciso Sí. ___ No. ___ Aserivo Sí. ___ No. ___ Agresivo: No. ___ Sí. ___ Voluntad de comunicar: Sí. ___ No. ___

Limitaciones: No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Mantiene Lenguaje No verbal: Sí. ___ No. ___ **Símbolos** No. ___ Sí. ___ **Otros:** _____

Expresa movimientos significativos: No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Expresa Gestos significativos: No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Mirada significativa: No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Manifiesta necesidades: Sí. ___ No. ___ Tipo: _____

Manifiesta opiniones / ideas: Sí. ___ No. ___ Tipo: _____

Manifiesta Sentimientos / experiencias: Sí. ___ No. ___ Tipo: _____

Solicita información: Sí. ___ No. ___ Tipo: _____

Presenta alteración, intelectual, psicológica, sociológica: No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Mantiene Todos los sentidos: Sí. ___ No. ___

Oído: Agudeza: Sí. ___ No. ___ Limitación No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Vista: Agudeza: Sí. ___ No. ___ Limitación No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Olfato: Fineza: Sí. ___ No. ___ Limitación No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Gusto: Fineza: Sí. ___ No. ___ Limitación No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Tacto: sensibilidad: Sí. ___ No. ___ Limitación No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Utiliza Prótesis: No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Mantiene: Silencio: Sí. ___ No. ___ lloros: Sí. ___ No. ___ Risas. ___ Sí. ___ No. ___ Otros: _____

Manifiesta Perfección objetiva de mensaje recibido: Sí. ___ No. ___

Mantiene capacidad de verificar sus percepciones: Sí. ___ No. ___

Busca atención de afecto de los demás: Sí. ___ No. ___

Manifiesta Reacciones Particulares : No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Manifiesta actitud receptiva y/o confianza: Sí. ___ No. ___ Tipo: _____

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Datos a Considerar: _____

Otros: _____

11.- CREENCIAS Y VALORES

Solicita ayuda religiosa: No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Mantiene limitaciones religiosas: No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Mantiene limitaciones morales y/o culturales: No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Utiliza objetos religiosos y/o culturales: No. ___ Sí. ___ Tipo: _____

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Datos a Considerar: _____

Otros:

12.- REALIZACIÓN: Ocuparse de Algo útil 13.- OCIO – RECREARSE

Solicita medios o actividad de realización o recreativa: *No.* ___ *Sí.* ___ *Tipo:* _____

Mantiene limitaciones para su actividad recreativa o de realización : *No.* ___ *Sí.* ___ *Tipo:* _____

Utiliza objetos particulares de actividad recreativa o de realización : *No.* ___ *Sí.* ___ *Tipo:* _____

Lectura: *No.* ___ *Sí.* ___ *Música:* *No.* ___ *Sí.* ___ *Bricolaje:* *No.* ___ *Sí.* ___ *Arte:* *No.* ___ *Sí.* ___ *Deporte:* *No.* ___ *Sí.* ___

Tipo: _____

Otras consideraciones: _____

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Datos a Considerar: _____

Otros:

14.- APRENDER

Conoce su estado de salud: *Sí.* ___ *No.* ___ **Conoce sus diagnósticos** *Sí.* ___ *No.* ___ *Tipo:* _____

Conoce los medios terapéuticos *Sí.* ___ *No.* ___ *Tipo:* _____

Conoce los fármacos, horarios y vías de administración: *Sí.* ___ *No.* ___ *Tipo:* _____

Manifiesta necesidad de aprender *Sí.* ___ *No.* ___ *Tipo:* _____

Manifiesta capacidad receptiva o memoria *Sí.* ___ *No.* ___ *Limitación :* _____

Existen factores que limitan su aprendizaje: *No.* ___ *Sí.* ___ *Tipo:* _____

Necesita medios de apoyo para el aprendizaje: *No.* ___ *Sí.* ___ *Tipo* _____

Otras consideraciones: _____

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Datos a Considerar: _____

Otros:
