

LICENCIATURA EN ENFERMERIA
ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA
UDS CAMPUS COMITAN

VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE SENIL
14 NECESIDADES VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____

Prefiere lo llamen: _____ Fecha: _____

Información otorgada por:

Edad: ____ Estado Civil: _____ Domicilio actual (Calle, Núm.,
Colonia,)

_____ C.P.: _____

Teléfono:--- _____

Escolaridad: _____

Complete la información. Incluya las palabras del paciente, marque con una X según la respuesta del paciente. Y Escriba NA si no es aplicable.

1.- RESPIRACIÓN (Y CIRCULACIÓN). Respirar normalmente.

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable
- Dificultad para respirar
 - Reposo
 - Esfuerzos moderados
 - Grandes esfuerzos
- Tos inefectiva/no productiva

- Ruidos respiratorios anormales
 - Disminuidos
 - Sibilancias
 - Estertores
 - Crepitantes
 - Roncus
- Fumador
- Desea dejar de fumar
- Medicación respiratoria:
 - Oxígeno Usa incorrectamente No ha recibido EpS
 - Aerosoles Usa incorrectamente No ha recibido EpS
 - Inhaladores Usa incorrectamente No ha recibido EpS
- Fisioterapia respiratoria Usa incorrectamente No ha recibido EpS
- Tubos respiratorios
- Depresión de reflejos nauseas y tos
- Edemas
- Deterioro de la circulación MMII

Frecuencia respiratoria ____ resp/m

Frecuencia cardíaca ____ lat/m

Tensión arterial ____/____ mmHg

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

2.- ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN. Comer y beber adecuadamente.

- Sin alteración observada
 - Necesidad no valorable
 - Sigue algún tipo de dieta:
 - Diabética Hiposódica Adelgazamiento Colesterol
 - Otras _____
 - Toma suplementos
 - Alergias o intolerancias alimentarias _____
 - Alimentación oral
 - Dificultad para beber
 - Dificultad para deglutir
 - Dificultad para masticar
 - Alimentación parenteral
 - Alimentación enteral
 - SNG Usa incorrectamente No ha recibido EpS
 - Ostomía Usa incorrectamente No ha recibido EpS
- Capacidad funcional para la alimentación:
- Completamente independiente
 - Requiere uso de equipo o dispositivo
 - Requiere de otra persona para supervisión o enseñanza

- Requiere ayuda de otra persona y dispositivo
- Dependiente
- Problemas de dentición/mucosa oral:
 - Prótesis dental
 - Ausencia de piezas dentales _____
 - Caries
 - Problemas de la mucosa oral _____
- Apetito: Aumentado Normal Disminuido
- Náuseas Dispepsia
- Vómitos: Cantidad, tipo y frecuencia _____
- Total de consumo de líquidos diarios: _____ cc. (1 vaso=250cc)
 - Agua: _____cc Refrescos: _____cc Leche: _____cc Café: _____cc
 - Infusiones: _____cc Cerveza o vino: _____cc Licores: _____cc Otros: _____cc
- Hábitos alimentarios inapropiados:
 - Desorganizado En solitario Manejo inadecuado de utensilios
 - Comportamiento inadecuado según normas sociales Esconde comidas
 - Come a escondidas Dieta insuficiente Ingiere sustancias no comestibles
 - Restricción/evitación, especificar _____
 - Preferencias alimentarias, especificar _____
- Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____
- Expresa insatisfacción con su peso

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

3.- ELIMINACIÓN. Eliminar por todas las vías corporales.

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

Número de deposiciones/día: _____

Tipo de heces: Líquida Formada Dura

Presencia en heces de: Sangre Mocos Parásitos

Cambio en hábitos intestinales

Incapacidad para usar por sí mismo el WC

Incontinencia fecal

Hemorroides Dolor al defecar Gases

Ayuda para la defecación:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fármacos/laxantes | <input type="checkbox"/> Uso incorrecto | <input type="checkbox"/> No ha recibido EpS |
| <input type="checkbox"/> Sustancias naturales | <input type="checkbox"/> Uso incorrecto | <input type="checkbox"/> No ha recibido EpS |
| <input type="checkbox"/> Dieta | <input type="checkbox"/> Uso incorrecto | <input type="checkbox"/> No ha recibido EpS |
| <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Uso incorrecto | <input type="checkbox"/> No ha recibido EpS |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |

Incontinencia urinaria

- Ocasional Permanente

Retención de orina Poliuria Oliguria o anuria

- Polaquiuria
- Piuria
- Urgencia

- Disuria
- Nicturia
- Eneuresis

- Hematuria
- Dolor

- Sondaje vesical permanente
- Sondaje vesical intermitente
- Uso incorrecto
- No ha recibido EpS
- No ha recibido EpS

Problemas en la menstruación

- Sangrado abundante
- Sangrado entre ciclos
- Irregular
- Dolor
- Amenorrea
- Otros _____

Fecha última menstruación: _____

Realiza control ginecológico: Periódicamente Aisladamente

Otras pérdidas:

- Sudoración excesiva
- Exudado de heridas
- Drenajes

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

4.- MOVILIZACIÓN. Moverse y mantener posturas adecuadas.

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

Situación habitual:

- Deambulante
- Sillón-cama
- Encamado

Nivel funcional para la actividad/movilidad:

- Completamente independiente (AVD o autocuidados)
- Requiere uso de equipo o dispositivo
- Requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza
- Requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo o equipo
- Dependiente

Actividad física habitual:

- Sedentario
 - Por incapacidad física
 - Por incapacidad psíquica
- Pasea ocasionalmente
- Pasea diariamente
- Practica algún deporte
- Pérdida de fuerza:
 - Brazos
 - Manos
 - Piernas
- Inestabilidad en la marcha
- Falta o reducción de la energía para tolerar la actividad
- Limitación de amplitud de movimientos articulares:
 - Brazos
 - Manos
 - Piernas

Alteraciones motoras:

- Temblor grueso
- Temblor fino
- Estereotipias
- Manierismo
- Ecopraxia
- Inhibición psicomotora
- Acatisia
- Estupor catatónico
- Distonía aguda

Inquietud psicomotora:

- Leve
- Moderada
- Grave

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

5.- REPOSO/SUEÑO. Dormir y descansar.

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

Número de horas de sueño/día: _____

- Cambios en el patrón de sueño:
 - Dificultad para conciliar el sueño Interrupción del sueño
 - Sueño no reparador Duerme durante el día
 - Desvelo prolongado Dificultad para despertar Apnea del sueño
 - Hipersomnio Sonambulismo Terrores nocturnos
 - Pesadillas Inversión del patrón sueño/vigilia

- Ayuda para dormir
 - Medicación Uso incorrecto No ha recibido EpS
 - Relajación Uso incorrecto No ha recibido EpS
 - Sustancias naturales Uso incorrecto No ha recibido EpS
 - Otros _____ Uso incorrecto No ha recibido EpS

Nivel de energía durante el día: Bueno Regular Malo

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

6.- VESTIRSE / DESVESTIRSE. Escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse.

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

Capacidad funcional para ponerse/quitar la ropa/calzado

- Completamente independiente
- Requiere uso de equipo o dispositivo
- Requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza
- Requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo o equipo
- Dependiente

Vestuario y calzado no son adecuados para:

- Clima
- Capacidad funcional
- Adecuación al contexto

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

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

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

Temperatura: _____°C

Fluctuaciones de temperatura

Sensibilidad al frío: Aumentada Disminuida

Sensibilidad al calor: Aumentada Disminuida

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

8.- HIGIENE / PIEL. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

Capacidad funcional para baño/higiene general:

- Completamente independiente
- Requiere uso de equipo o dispositivo
- Requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza
- Requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo o equipo
- Dependiente
- Higiene general incorrecta
 - Por falta de interés
 - Por alteración cognitiva-perceptual
- Higiene general incorrecta
 - Por falta de interés
 - Por alteración cognitiva-perceptual

Aspecto general:

- Adecuado
- Descuidado
- Extravagante
- Meticuloso

Estado de piel y mucosas:

- Íntegra
- Deshidratada
- Macerada
- Cambios en la elasticidad
- Ictericia
- Cianosis
- Palidez
- Alteraciones de la pigmentación
- Pérdida de la continuidad de la piel:
 - Ulcera por presión
 - U Vasculares
 - Traumatismo
 - Cortes
 - Quirúrgicas
 - Quemaduras
 - Cateterismos
 - Drenajes
 - Estomas

Valoración de pies: _____

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

9.- SEGURIDAD. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
 Sin alteración observada
 Necesidad no valorable

Presencia de alergias:

- Alimentos _____
- Medicamentos _____
- Polen
- Ácaros/polvo
- Otros _____

Niño vacunado incorrectamente

Adulto vacunado incorrectamente: Dt Gripe HB Neumococo Otras _____

Nivel de conciencia:

- Consciente
- Somnoliento
- Obnubilado
- Estuporoso
- Comatoso
- Hipervigilante
- Confuso
- Sedado

Orientado Desorientado:

- Tiempo
- Espacio
- Personas

Estado anímico:

Tranquilo Ansioso Triste Eufórico Nervioso Preocupado

Dolor:

Crónico Agudo

Intensidad (0-10) _____ Localización _____

Ayuda para disminuir dolor:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Uso incorrecto | <input type="checkbox"/> No ha recibido EpS |
| <input type="checkbox"/> Higiene postural | <input type="checkbox"/> Uso incorrecto | <input type="checkbox"/> No ha recibido EpS |
| <input type="checkbox"/> Métodos físicos naturales | <input type="checkbox"/> Uso incorrecto | <input type="checkbox"/> No ha recibido EpS |
| <input type="checkbox"/> Otras terapias _____ | <input type="checkbox"/> Uso incorrecto | <input type="checkbox"/> No ha recibido EpS |

Caídas en último trimestre (nº) _____ Causas _____

Quemaduras en último trimestre (nº) _____ Causas _____

Consumo de alcohol Diario Fines de semana _____

Tabaco Nº de cigarrillos/día _____

Otras sustancias: Cocaína Heroína Marihuana Otras: _____

No sigue Plan Terapéutico:

- Farmacológico: Especificar _____
 - Falta de recursos Desconocimiento Incapacidad Error
 - Falta de motivación Falta de Cuidador/necesidad de ayuda
 - Otros _____

Plan de cuidados: Especificar _____

- Falta de recursos Desconocimiento Incapacidad Error

- Falta de motivación Falta de Cuidador/necesidad de ayuda
- Otros _____

- No conciencia de enfermedad
- Se automedica
- Toma más de tres fármacos

Efectos secundarios identificados _____

- Refiere maltrato
 - Físico Psicológico Social Económico
- Sospecha de maltrato
 - Físico Psicológico Social Económico
- Conductas violentas
 - Hacia sí mismo Hacia los demás

- El hogar no presenta condiciones de habitabilidad
- El hogar no presenta condiciones de seguridad

- Déficit visual Déficit auditivo

- Alteración del contenido de la conciencia:
 - Trastorno de la identidad del yo Desrealización Despersonalización
 - Percepción amenazante del entorno Alteración del contenido del pensamiento
- Alteración de la percepción:
 - Auditivas Gustativas Cinestésicas Visuales Táctiles Olfativas

Protección de sus derechos:

- Necesita protección
- Está incapacitado legalmente

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

10.- COMUNICACIÓN. Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

Dificultad en la comunicación verbal:

- Dificultad de comprensión
- Dificultad de expresión. Especificar _____
- Utiliza otro idioma
- Mutismo
- Lenguaje incoherente
- Verborrea
- Laringectomizado/intubado

Otras alteraciones en el lenguaje:

- Pobreza en el lenguaje
- Bloqueos
- Rigidez
- Neologismos
- Lenguaje simbólico

Alteración en el curso de pensamiento:

- Inhibición Aceleración Perseverancia Disgregación
- Incoherencia Confabulación Otros _____

Visión: Sin alteración Deficiente Ceguera Prótesis

Oído: Sin alteración Deficiente Sordo Audífono

Vive solo

Comunicarse con los demás:

- Expresión de soledad impuesta
- Pertenencia a grupos minoritarios
- Aislamiento terapéutico
- Disminución de las relaciones sociales
- Evita contacto ocular
- Disminución de relaciones sociales
- Evita contacto ocular
- Rechazo del contacto físico
- Manifiesta carencia afectiva

Su cuidador principal es:

- Familia
- Amigos o vecinos
- Profesional
- Nadie
- Institución

Su cuidador no proporciona apoyo, consuelo, ayuda y estímulo suficiente y efectivo.

Tiene personas a su cargo (puede valorarse en necesidad 12: trabajo)

- Niños pequeños
- Personas de edad avanzada
- Personas con incapacidad

Tiene dificultad o incapacidad para realizar tareas del cuidador

¿Con quien comparte hogar?

- Familia
- Institución

Problemas familiares

- Económicos
- Malos tratos
- Hacinamiento
- Manifiesta carencia afectiva
- Otros _____
- Malas relaciones
- Ludopatía
- Separación prolongada de los hijos
- Problemas de integración
- Drogodependencias
- Enfermedad

Comportamiento sexual:

Método anticonceptivo:

- Ninguno
- Naturales
- Barrera
- ACO
- DIU
- Esterilización
- Insatisfacción método anticonceptivo
- Relaciones sexuales no satisfactorias
- Relaciones sexuales de riesgo
- Problemas de diferenciación y/o identidad sexual: especificar _____
- Sangrado vaginal postmenopausia

Reacción de la familia ante la enfermedad:

- Preocupación
- Indiferencia
- Abandono
- Implicación
- Sobreprotección
- Rechazo
- Culpabilidad
- Ansiedad
- Cansancio
- Negación

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

11.- CREENCIAS Y VALORES. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

Vivir de acuerdo con sus propios valores:

- No da importancia a su estado de salud
- No acepta su estado de salud
- No participa en aspectos relacionados con su enfermedad
- Sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico y sentimiento de aprensión
- Expresa desagrado con su imagen corporal
- Alteración de la imagen corporal
- Autoapreciación negativa
- Temor expreso. Especificar _____

Problemas emocionales:

- Euforia excesiva Falta de ilusión o desgana Desesperanza
- Ideas de suicidio Afectividad aplanada Afectividad incongruente
- Obsesiones: Especificar _____
- Compulsiones: Especificar _____

Religión: Católica Protestante Musulmán Judío Otras _____

Incapacidad para participar en las prácticas religiosas habituales

Dificultad para participar en las prácticas religiosas habituales

Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales:

- Pérdida de familiares enfermedad de familiares enfermedad propia
- Cambio de trabajo Cambio de residencia

Cambio estructura familiar (Unión Separación Nacimiento Otros _____)

Su situación actual ha alterado sus:

- Ideas/valores/creencias Relación familiar Trabajo
- Rol social No se adapta a esos cambios

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

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

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

Situación Laboral

- Trabaja
 - El lugar de trabajo no presenta condiciones de habitabilidad
 - El lugar de trabajo no presenta condiciones de seguridad
- Desempleado
 - Cobra subsidio
 - No percibe subsidio
- Jubilado
- Ama de casa
- Invalidez Permanente
- Estudiante
- Otros _____

Problemas en el trabajo:

- Relaciones personales
 - Satisfacción
 - Económicos
 - Otros _____
- Influye el trabajo en su estado de salud ¿Cómo? _____
- Sensación habitual de estrés
- No se siente útil

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

13.- OCIO. Participar en actividades recreativas.

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

- Afirma que se aburre
- No conoce los recursos disponibles de la comunidad
- Tiene dificultad para realizar sus pasatiempos habituales
- Falta de voluntad para realizar actividades

Preferencias de ocio: Lectura Televisión Manualidades Otras _____

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

14.- APRENDER. Descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

Nivel de escolarización:

- Analfabeto
- Leer y escribir
- Estudios primarios
- FP
- Estudios secundarios
- Estudios universitarios

Pérdidas de memoria:

- Reciente
- Remota

Presenta dificultad para el aprendizaje

Tiene falta de información sobre:

- Medicación
- Autocuidados
- Enfermedad
- Medidas higiénico-dietéticas
- Signos de riesgo
- Manejo de material
- Recursos sanitarios
- Recursos sociales
- Educación sexual

Desea más información sobre:

- Medicación
- Autocuidados
- Enfermedad
- Medidas higiénico-dietéticas
- Signos de riesgo
- Manejo de material
- Recursos sanitarios
- Recursos sociales
- Educación sexual

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____
