

ANDREA LIZETH PEREZ HDEL

LICENCIATURA EN ENFERMERIA  
ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA  
UDS CAMPUS COMITAN

VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE SENIL  
14 NECESIDADES VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: Flor Margarita Trejo Hernandez  
Prefiere lo llamen: Flor Fecha: 11-Junio-2021  
Información otorgada por:  
Flor Margarita Trejo Hernandez  
Edad: 64 Estado Civil: Casada Domicilio actual (Calle, Núm.,  
Colonia,) C. Nardo Mz 1 LT 10 Fraccionamiento Vida Mejor  
Las Margaritas, Chis. C.P.: 30187  
Teléfono: 9632363351  
Escolaridad: 6to grado de Primaria

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
- NA  Fisioterapia respiratoria       Usa incorrectamente       No ha recibido EpS
- NA  Tubos respiratorios
- NA  Depresión de reflejos nauseas y tos
- NA  Edemas
- NA  Deterioro de la circulación MMII

Frecuencia respiratoria 63 resp/m  
 Frecuencia cardíaca 48 lat/m  
 Tensión arterial 130/80 mmHg

Otras manifestaciones de Independencia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Otras manifestaciones de Dependencia: Toma pastilla para los  
nervios controlada

Observaciones: Tiene alteración en el TA estos últimos  
días

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

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable
- Sigue algún tipo de dieta:
  - NA  Diabética       Hiposódica       Adelgazamiento       Colesterol
  - NA  Otras \_\_\_\_\_
  - NA  Toma suplementos
  - NA  Alergias o intolerancias alimentarias \_\_\_\_\_
- Alimentación oral
  - NA  Dificultad para beber
  - NA  Dificultad para deglutir
  - Dificultad para masticar
- Alimentación parenteral
- Alimentación enteral
  - NA  SNG       Usa incorrectamente       No ha recibido EpS
  - NA  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 Muelas  
 Caries  
 Problemas de la mucosa oral \_\_\_\_\_  
 Aparito:  Aumentado  Normal  Disminuido  
 Náuseas  Dispepsia  
 Vómitos: Cantidad, tipo y frecuencia \_\_\_\_\_  
 Total de consumo de líquidos diarios: 3 cc. (1 vaso=250cc)  
 Agua: 3 cc Refrescos: 1 cc Leche:     cc Café: 3 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: 96 kg Talla: 1.60 IMC: 35.15  
 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: 4  
 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

NA  Polaquiuria

NA  Piuria

NA  Urgencia

Disuria

Nicturia

Eneuresis

Hematuria

Dolor

Sondaje vesical permanente

Sondaje vesical intermitente

Uso incorrecto

Uso incorrecto

No ha recibido EpS

No ha recibido EpS

Problemas en la menstruación

NA  Sangrado abundante

NA  Dolor

Sangrado entre ciclos

Amenorrea

Irregular

Otros \_\_\_\_\_

Fecha última menstruación: \_\_\_\_\_

Realiza control ginecológico:  Periódicamente  Aisladamente

Otras pérdidas:

Sudoración excesiva  Exudado de heridas  Drenajes

NA Otras manifestaciones de Independencia: \_\_\_\_\_

NA Otras manifestaciones de Dependencia: \_\_\_\_\_

Observaciones: le quitaron la matriz hace 5 años  
ya no menstrua

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     Disonía 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: 6 hrs

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: Toma Pastilla de los nervios para poder dormir

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

Sin alteración observada

Necesidad no valorable

Capacidad funcional para ponerse/quitarse 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: 36.4 °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:
  - Úlcera por presión
  - U Vasculares
  - Traumatismo
  - Cortes
  - Quirúrgicas
  - Quemaduras
  - Cateterismos
  - Drenajes
  - Estomas

Valoración de pies: Piel, reseca, Uñas cortas, dedos completos.

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 checked="" type="checkbox"/> Medicamentos              | <input type="checkbox"/> Uso incorrecto | <input type="checkbox"/> No ha recibido EpS |
| <input checked="" type="checkbox"/> Higiene postural          | <input type="checkbox"/> Uso incorrecto | <input type="checkbox"/> No ha recibido EpS |
| <input checked="" type="checkbox"/> Métodos físicos naturales | <input type="checkbox"/> Uso incorrecto | <input type="checkbox"/> No ha recibido EpS |
| <input checked="" 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 Le falta pastillas para la presión  
 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

**NA**  Dificultad en la comunicación verbal:

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

**NA**  Otras alteraciones en el lenguaje:

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

**NA**  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

**NA**  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

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

**NA**  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

**NA Reacción de la familia ante la enfermedad:**

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

**NA** Otras manifestaciones de Independencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NA** Otras manifestaciones de Dependencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NA** 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

- Afirmar 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: \_\_\_\_\_