



Nombre de alumnos: Jesús Imanol Vera Pérez

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano

Nombre del trabajo : ficha de identificación

Materia: ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA

Grado: sexto

Grupo: B

PASIÓN POR EDUCAR

LICENCIATURA EN ENFERMERIA
ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA
UDS CAMPUS COMITAN

VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE SENIL
14 NECESIDADES VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: ___María Gorety Pérez Juárez

Prefiere lo llamen: _Gorety _____ Fecha:

09/06/2021_____

Información otorgada por:

___María Gorety Pérez Juárez

Edad: _45 años y 4 meses ___ Estado Civil: _casada _____ Domicilio
actual (Calle, Núm., Colonia,)

___5ta sur poniente numero uno barrio concepción

_____ C.P.:29620_____

Teléfono:--- _9613154750_____

Escolaridad:___licenciatura

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 ___16 x ___ resp/m

Frecuencia cardíaca ___80___ lat/m

Tensión arterial 100___/_70___ 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 Frituras y salado Peso: 74 kg

Talla: 1.66 IMC: 26.85

Expresa insatisfacción con su peso

Otras manifestaciones de Independencia: Facil movilidad , completa sus actividades , es autónoma en sus movimientos y toma de desiciones

Otras manifestaciones de Dependencia: no presenta

Observaciones: se altera con facilidad y es explosiva

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:

Fármacos/laxantes Uso incorrecto No ha recibido EpS

Sustancias naturales Uso incorrecto No ha recibido EpS

Dieta Uso incorrecto No ha recibido EpS

Ejercicio Uso incorrecto No ha recibido EpS

Otros _____

Incontinencia urinaria

Ocasional Permanente

Retención de orina Poliuria Oliguria o anuria

Polaquiuria Disuria Hematuria

Piuria Nicturia Dolor

Urgencia Eneuresis

Sondaje vesical permanente Uso incorrecto No ha recibido EpS

Sondaje vesical intermitente Uso incorrecto 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 Disonía aguda

Inquietud psicomotora:

Leve

Moderada

Grave

Otras manifestaciones de Independencia: __prepara alimentos ella misma para su consumo _____

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: _____ posee una costumbre de orar antes de dormir , de lo contrario no concilia el sueño _____

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: 36.5 °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: ___ en forma y completos , uña enterrada en el meñique derecho

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:

Medicamentos Uso incorrecto No ha recibido EpS

Higiene postural Uso incorrecto No ha recibido EpS

Métodos físicos naturales Uso incorrecto No ha recibido EpS

Otras terapias_____ Uso incorrecto No ha recibido EpS

Caídas en último trimestre (nº)_____ Causas_____ caída en el baño hace dos meses por el piso inadecuado _____ 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
- Drogodependencias
- Enfermedad
- Problemas de integración

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: ___ siente miedo a quedar sola sin que nadie vea por ella en su vejez

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 limpieza en exceso _____
- 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: _desición propia de creer en algo como dios

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _se apega mucho a el sistema católico romano ayuna cada fin de semana como penitencia _____

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: conflicto por querer volver a trabajar

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: _____

