



Nombre de alumnos: Brenda Jaquelin Velázquez Salas

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano.

Nombre del trabajo: Valoración de enfermería.

Materia: Enfermería Gerontogeriatrica.

Grado: 6to. Cuatrimestre

Grupo: B

LICENCIATURA EN ENFERMERIA
ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA
UDS CAMPUS COMITAN

VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE SENIL
14 NECESIDADES VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: Luis Emmanuel Velázquez Salas
Prefiere lo llamen: Emmanuel Fecha: 10/06/21
Información otorgada por:
Brenda Jaquelin Velázquez Salas
Edad: 52 Estado Civil: Divorceda Domicilio actual (Calle, Núm.,
Colonia,) Colonia la Brisas, Privada Los Graseles SN, Comitán de
Dominguez, Chiapas C.P.: 30099
Teléfono: --- 9631628645
Escolaridad: Preparatoria terminada

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

- 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 18 resp/m

Frecuencia cardíaca 70 lat/m

Tensión arterial 110 / 70 mmHg

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Debilidad Muscular

Observaciones: _____

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

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

- Sigue algún tipo de dieta:
 - Diabética Hiposódica Adelgazamiento Colesterol
 - Otras Dieta equilibrada
 - Toma suplementos
 - Alergias o intolerancias alimentarias no presento
- 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 3 piezas
 - Caries
 - Problemas de la mucosa oral a veces presenta flegos labiales
- Apetito: Aumentado Normal Disminuido
- Náuseas Dispepsia
- Vómitos: Cantidad, tipo y frecuencia no presento
- Total de consumo de líquidos diarios: 1.5 L cc. (1 vaso=250cc)
 - Agua: 750cc Refrescos: cc Leche: 250cc Café: 750cc
 - Infusiones: cc Cerveza o vino: 250cc 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 comida chatarra
 - Preferencias alimentarias, especificar Pastas
- Peso: 70 kg Talla: 1.78 IMC: 22.1
- Expresa insatisfacción con su peso

Otras manifestaciones de Independencia: capacidad para elegir alimentos y bebidas

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

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

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable
- Número de deposiciones/día: 3
- 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
- Uso incorrecto

- No ha recibido EpS
- No ha recibido EpS

- Problemas en la menstruación

- Sangrado abundante
- Dolor

- Sangrado entre ciclos
- Amenorrea

- Irregular
- Otros _____

Fecha última menstruación: _____

Realiza control ginecológico: Periódicamente Aisladamente

- Otras pérdidas:

- Sudoración excesiva
- Exudado de heridas
- Drenajes

Otras manifestaciones de Independencia: _____

* los hábitos eliminatorios e higiénicos se mantendrán para evitar infecciones

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: _____

* Ser capaz de realizar actividades recreativas adecuadas a su requerimientos y limitaciones.

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

* Presenta problemas para realizar deportes.

5.- REPOSO/SUEÑO. Dormir y descansar.

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

Número de horas de sueño/día: 6

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 Ninguno
- Uso incorrecto
- No ha recibido EpS

Nivel de energía durante el día: Bueno Regular Malo

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones:

* Algunas veces se le dificulta conciliar el sueño, pero no son todos los días, no es frecuente.

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: _____

* Capaz de realizar su aseo personal. _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

* He presentado dolores musculares en mis extremidades pero no me impide realizar mis actividades. _____

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: 36.2 °C

- Fluctuaciones de temperatura
- Sensibilidad al frío: Aumentada Disminuida
- Sensibilidad al calor: Aumentada Disminuida

Otras manifestaciones de Independencia: _____
* Piel y mucosas tienen un color rosado y mantienen un mínimo de transpiración.

Otras manifestaciones de Dependencia: _____
* Excesivo calor ambiental

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: limpios, en buen estado.

Otras manifestaciones de Independencia: _____

* Realiza actividades para mantenerse higiénico.

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 no presente
- 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) 4 Localización Extr. Inferiores.

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 checked="" 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) NO Causas _____

- Quemaduras en último trimestre (nº) 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: _____

* Tomar medidas de autoprotección _____

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 Ninguna

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 Ninguna

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: _____

** Expresar deseos y opiniones y tener pertenencia a un grupo.*

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 El deporte
- 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:

* Presente buena auto percepción de si mismo

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 Camposino, cosecho café

Problemas en el trabajo:

- Relaciones personales
- Satisfacción
- Económicos
- Otros la producción ha disminuido.
- Influye el trabajo en su estado de salud ¿Cómo? Me canso rapido
- Sensación habitual de estrés
- No se siente útil

Otras manifestaciones de Independencia: _____

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones:

* Persona trabajadora, aunque se siente mas cansado con el paso de los días.

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: _____

* Desinterés asociado a la falta de motivación.

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

NO PRESENTA

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:

Demuestra habilidad para solucionar situaciones
retadas al aprendizaje.

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: _____

Bibliografía:

(UDS). Universidad del Sureste. (2021), unidad II. PDF. Recuperado de plataforma digital el 10 de Junio de 2021.