

**LICENCIATURA EN ENFERMERIA**  
**ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA**  
**UDS CAMPUS COMITAN**

**VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE SENIL**  
**14 NECESIDADES VIRGINIA HENDERSON**

**FICHA DE IDENTIFICACION**

Nombre: Otilia Ortiz Bravo

Prefiere lo llamen: Otilia \_\_\_\_\_ Fecha: 08 de junio 2021

Información otorgada por: Otilia Ortiz Bravo

Edad: 75 Estado Civil: Casada Domicilio actual (Calle, Núm., Colonia,)

12ª. Calle sur ote #567, Los cipreces

C.P.: 30100

Teléfono:--- 9631547585

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

Frecuencia respiratoria 14 resp/m

Frecuencia cardíaca 70 lat/m

Tensión arterial 100/60 mmHg

Otras manifestaciones de Independencia: N/A

\_\_\_\_\_

Otras manifestaciones de Dependencia: N/A

\_\_\_\_\_

Observaciones: N/A

\_\_\_\_\_

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
- Nauseas  Dispepsia
- Vómitos: Cantidad, tipo y frecuencia N/A
- Total de consumo de líquidos diarios: 750 cc. (1 vaso=250cc)
  - Agua: \_\_\_\_\_ cc Refrescos: \_\_\_\_\_ cc Leche: \_\_\_\_\_ cc Café: \_\_\_\_\_ cc
  - Infusiones: \_\_\_\_\_ cc Cerveza o vino: \_\_\_\_\_ cc Licores: \_\_\_\_\_ cc Otros: 250 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: 65 Talla: 1.60 IMC: 25.39

Expresa insatisfacción con su peso

Otras manifestaciones de Independencia: N/A

Otras manifestaciones de Dependencia: N/A

Observaciones: N/A

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

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

Número de deposiciones/día: 2

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: 05 DE JULIO 2000

Realiza control ginecológico:  Periódicamente  Aisladamente

Otras pérdidas:

- Sudoración excesiva
- Exudado de heridas
- Drenajes

Otras manifestaciones de Independencia: N/A

Otras manifestaciones de Dependencia: N/A

Observaciones: N/A

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: N/A

---

---

Otras manifestaciones de Dependencia: N/A

---

---

Observaciones: N/A

---

---

5.- REPOSO/SUEÑO. Dormir y descansar.

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

Número de horas de sueño/día: 8 horas

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

- |                                     |                      |   |   |
|-------------------------------------|----------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/>            | Ayuda para dormir    |   |   |
| <input type="checkbox"/>            | Medicación           | <input type="checkbox"/> Uso incorrecto | <input type="checkbox"/> No ha recibido EpS |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Relajación           | <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"/>            | Otros _____          | <input type="checkbox"/> Uso incorrecto | <input type="checkbox"/> No ha recibido EpS |

Nivel de energía durante el día:  Bueno  Regular  Malo

Otras manifestaciones de Independencia: N/A

Otras manifestaciones de Dependencia: N/A

Observaciones: N/A

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: N/A

---

Otras manifestaciones de Dependencia: N/A

---

Observaciones: N/A

---

---

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: N/A

---

Otras manifestaciones de Dependencia: N/A

---

Observaciones: N/A

---

---

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: Sin alteración observada

Otras manifestaciones de Independencia: N/A

Otras manifestaciones de Dependencia: N/A

Observaciones: N/A

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) Si Causas Escaleras altas

Quemaduras en último trimestre (nº) \_\_\_\_\_ Causas \_\_\_\_\_

Consumo de alcohol  Diario  Fines de semana  \_\_\_\_\_

Tabaco N° 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: N/A \_\_\_\_\_

Otras manifestaciones de Dependencia: N/A \_\_\_\_\_

Observaciones: N/A \_\_\_\_\_

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
- Hacinaamiento
- 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: N/A \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otras manifestaciones de Dependencia: N/A \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones: N/A \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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: N/A

Otras manifestaciones de Dependencia: N/A

Observaciones: N/A

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: N/A \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otras manifestaciones de Dependencia: N/A \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones: N/A \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 Trabajo

Otras manifestaciones de Independencia: N/A

---

Otras manifestaciones de Dependencia: N/A

---

Observaciones: N/A

---

---

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: N/A

Otras manifestaciones de Dependencia: N/A

Observaciones: N/A