

**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
- Náuseas  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 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: 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

---