



PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre de alumnos: Keila Elizabeth Velasco Briceño**

**Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano**

**Nombre del trabajo: Valoración de enfermería de las 14 necesidades**

**Materia: Gerontogeriatría**

**Grado: 6 Cuatrimestre**

**Grupo: B**

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de junio del 2021.

LICENCIATURA EN ENFERMERIA  
ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA  
UDS CAMPUS COMITAN

VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE SENIL  
14 NECESIDADES VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: Guadalupe Hernandez Avendaño.  
Prefiere lo llamen: Lupita. Fecha: 10/06/2021  
Información otorgada por:  
Karla Elizabeth Velasco Briceño.  
Edad: 66 Estado Civil: Viuda Domicilio actual (Calle, Núm.,  
Colonia,) Barrio Santa Cecilia  
C.P.: 30069  
Teléfono:-- 963-100-30-90.  
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: NA
  - 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 21 resp/m

Frecuencia cardíaca 80 lat/m

Tensión arterial 110/70 mmHg

Otras manifestaciones de Independencia: NA

Otras manifestaciones de Dependencia: NA

Observaciones: NA

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 NA
  - Alimentación oral
    - Dificultad para beber
    - NA  Dificultad para deglutir
    - Dificultad para masticar
  - Alimentación parenteral — NA
  - Alimentación enteral — NA
    - 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 NA
- Total de consumo de líquidos diarios: 1L cc. (1 vaso=250cc)
  - Agua: 500cc Refrescos: 150cc Leche:    cc Café: 200cc
  - Infusiones:    cc Cerveza o vino:    cc Licores:    cc Otros: 100 cc (70)
- 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: NA Talla: NA IMC: NA
- Expresa insatisfacción con su peso NA

Otras manifestaciones de Independencia: Realiza su propia comida, puede comer solo.

Otras manifestaciones de Dependencia: NA

Observaciones: NA

### 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 NA

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 |

Otros caja mucha fibra

Incontinencia urinaria

Ocasional  Permanente

Retención de orina

Poliuria

Oliguria o anuria

- Polaquiuria
- Piuria
- Urgencia

- Disuria
- Nicturia
- Encuresis

- 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
  - Sangrado entre ciclos
  - Irregular
  - Dolor
  - Amenorrea
  - Otros \_\_\_\_\_

Fecha última menstruación: NA

Realiza control ginecológico:  Periódicamente  Aisladamente

- Otras pérdidas: NA
  - Sudoración excesiva
  - Exudado de heridas
  - Drenajes

Otras manifestaciones de Independencia: Puede ir al baño sola

Otras manifestaciones de Dependencia: cuando comienza a sudar en exceso

Observaciones: cuando comienza a sudar en exceso necesita ayuda ya que se debilita y puede sufrir una caída.

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: Borden.

- 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: NA  
 Brazos  
 Manos  
 Piernas

Alteraciones motoras:

- Temblor grueso     Temblor fino     Estereotipias     Manierismo  
 Ecopraxia     Inhibición psicomotora     Acatisia  
 Estupor catatónico     Disonía aguda

Inquietud psicomotora: NA

- Leve  
 Moderada  
 Grave

Otras manifestaciones de Independencia: En su casa por ratos puede estar sin ayuda de su borden y caminar muy bien

Otras manifestaciones de Dependencia: Necesita la ayuda de un borden para salir a caminar, porque algunas veces se le va la fuerza.

Observaciones: Cuando siente debilidad utiliza su borden o se acuesta y no sale de su cama.

5.- REPOSO/SUEÑO. Dormir y descansar.

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

Número de horas de sueño/día: 8 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 NA

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicación           | <input type="checkbox"/> Uso incorrecto | <input type="checkbox"/> No ha recibido EpS |
| <input 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: Puede dormir sin medicamentos.

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

Observaciones: A veces no puede conciliar el sueño por que durante el día se duerme mismo hora ya que siente agotamiento.

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: NA

Otras manifestaciones de Dependencia: NA

Observaciones: NA

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: NA

Otras manifestaciones de Dependencia: NA

Observaciones: Es sensible al frío ya que dice que en temporadas de frío le da dolores de hueso.

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 NA
  - 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: NA
  - Úlcera por presión
  - U Vasculares
  - Traumatismo
  - Cortes
  - Quirúrgicas
  - Quemaduras
  - Cateterismos
  - Drenajes
  - Estomas

Valoración de pies: NA

Otras manifestaciones de Independencia: NA

Otras manifestaciones de Dependencia: NA

Observaciones: NA

9.- SEGURIDAD. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

- Sin alteración observada  
 Necesidad no valorable

Presencia de alergias: NA

- Alimentos NA  
 Medicamentos NA  
 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: NA

Crónico  Agudo

Intensidad (0-10) \_\_\_\_\_ Localización \_\_\_\_\_

Ayuda para disminuir dolor: NA

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <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 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) 1 Causas por debilidad

Quemaduras en último trimestre (nº) 0 Causas NA

Consumo de alcohol  Diario  Fines de semana  NA

Tabaco Nº de cigarrillos/día NA

Otras sustancias:  Cocaína  Heroína  Marihuana  Otras: NA

No sigue Plan Terapéutico:

- Farmacológico: Especificar NA
- Falta de recursos  Desconocimiento  Incapacidad  Error  
 Falta de motivación  Falta de Cuidador/necesidad de ayuda  
 Otros \_\_\_\_\_

Plan de cuidados: Especificar NA

- 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 NA

- Refiere maltrato: NA  
 Físico  Psicológico  Social  Económico  
 Sospecha de maltrato NA  
 Físico  Psicológico  Social  Económico  
 Conductas violentas NA  
 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: NA  
 Trastorno de la identidad del yo  Desrealización  Despersonalización  
 Percepción amenazante del entorno  Alteración del contenido del pensamiento  
 Alteración de la percepción: NA  
 Auditivas  Gustativas  Cinestésicas  Visuales  Táctiles  Olfativas

- Protección de sus derechos: NA  
 Necesita protección  
 Está incapacitado legalmente

Otras manifestaciones de Independencia: NA

Otras manifestaciones de Dependencia: NA

Observaciones: NA

10.- COMUNICACIÓN. Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

- Sin alteración observada
- Necesidad no valorable

Dificultad en la comunicación verbal: NA

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

Otras alteraciones en el lenguaje: NA

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

Alteración en el curso de pensamiento: NA

- Inhibición
- Aceleración
- Perseverancia
- Disgregación
- Incoherencia
- Confabulación
- Otros \_\_\_\_\_

Visión:  Sin alteración  Deficiente  Ceguera  Prótesis

Oído:  Sin alteración  Deficiente  Sordo  Audifono

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) NA

- 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
- Malas relaciones
- Malos tratos
- Ludopatía
- Hacinamiento
- Separación prolongada de los hijos
- Manifiesta carencia afectiva
- Problemas de integración
- Otros \_\_\_\_\_

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: NA

Otras manifestaciones de Dependencia: NA

Observaciones: su cuidador o el que la acompaña es poco afectivo y no ayuda mucho.

II.- 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: NA

- 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: NA  
 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: NA

Otras manifestaciones de Dependencia: NA

Observaciones: Le cuesta adaptarse a su  
alimentación y ya no sabe mucho de  
su hogar por la pandemia.

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: NA

- 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: NA

Otras manifestaciones de Dependencia: NA

Observaciones: Cuando cobra su subsidio va acompañada de alguna familiar ya que a veces se debilita (no es siempre por precaución)

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: NA

Otras manifestaciones de Dependencia: NA

Observaciones: NA

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: NA
    - 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

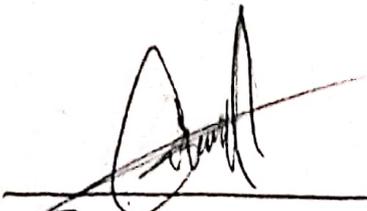
Otras manifestaciones de Independencia: NA

Otras manifestaciones de Dependencia: NA

Observaciones: NA

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO Guadalupe Hernandez Avendaño, acepto participar voluntariamente en el estudio de la valoración de enfermería del paciente senil de las 14 necesidades Virginia Henderson, Declaro que se me ha leído y he comprendido las condiciones de mi participación en este estudio.



---

Firma del Valorado



---

Entrevistador  
Kara Elizabeth Velasco  
Bucero.