



Nombre de alumnos: Lizbeth Pérez Méndez

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorado

Nombre del trabajo: valoración

Materia: gerontogeriatrica

Grado: 6° cuatrimestre

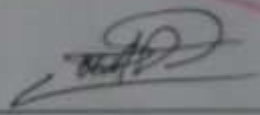
Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de junio del 2021

CONSENTIMIENTO INFORMADO...

Fecha: 08/06/21

Yo Miguel Pérez Velasco Con documento de identidad
Certifico que he sido informado con claridad y Veracidad
debidamente respecto al ejercicio académico que el estudiante
Lizbeth Pérez Monte me ha invitado a participar; que
actúo consecuente, libre y voluntariamente como
Colaborador, Contribuyendo a este procedimiento de
forma activa. Soy Conocedor de la autonomía suficiente
que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio
académico



Firma del paciente



Firma del estudiante

LICENCIATURA EN ENFERMERIA
ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA
UDS CAMPUS COMITAN

VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE SENIL
14 NECESIDADES VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: Miguel Pérez Velasco
Prefiere lo llamen: Miguel Fecha: 08/06/21
Información otorgada por: Lizbeth Pérez Mando
Edad: 51 Estado Civil: Casado Domicilio actual (Calle, Num.,
Colonia,) Calle principal, sin número, Barrio los decomparados
C.P.: _____
Teléfono: 9631386221
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.

I. RESPIRACIÓN (Y CIRCULACIÓN). Respirar normalmente.

NA Sin alteración observada
 Necesidad no valorable

Na Dificultad para respirar
 Reposo
 Esfuerzos moderados
 Grandes esfuerzos
 Na Tos inefectiva/no productiva

No Ruidos respiratorios anormales

- Disminuidos
- Sibilancias
- Estertores
- Crepitantes
- Roncus

No Fumador

- Desea dejar de fumar

No Medicación respiratoria:

- Oxígeno Usa incorrectamente No ha recibido EpS
- Aerosoles Usa incorrectamente No ha recibido EpS
- Inhaladores Usa incorrectamente No ha recibido EpS

No Fisioterapia respiratoria Usa incorrectamente No ha recibido EpS

No Tubos respiratorios

No Depresión de reflejos nauseas y tos

No Edemas

No Deterioro de la circulación MMII

Frecuencia respiratoria 17 resp/m

Frecuencia cardíaca 72 lat/m

Tensión arterial 110/70 mmHg

Otras manifestaciones de Independencia: No, se encuentra con otra manifestación

Otras manifestaciones de Dependencia: No

Observaciones: El paciente se encuentra bien en la observación de respiración, ya que se presenta estable sin ninguna anomalía

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

Sin alteración observada

Necesidad no valorable

No Sigue algún tipo de dieta:

- Diabética Hiposódica Adelgazamiento Colesterol
- Otras _____
- Toma suplementos
- Alergias o intolerancias alimentarias Menciona que no

Alimentación oral

- No Dificultad para beber
- No Dificultad para deglutir
- No Dificultad para masticar

No Alimentación parenteral

No 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

~~NA~~ Requiere ayuda de otra persona y dispositivo
~~NA~~ 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 un plato de comida, variá, 3 veces al día

Total de consumo de líquidos diarios: 2 l. de c. (1 vaso=250cc)

Agua: X cc Refrescos: X cc Leche: NA cc Café: X cc

Infusiones: NA cc Cerveza o vino: NA cc Licores: NA cc Otros: NA cc

Hábitos alimentarios inapropiados:

~~NA~~ Desorganizado ~~NA~~ En solitario ~~NA~~ Manejo inadecuado de utensilios

~~NA~~ Comportamiento inadecuado según normas sociales Esconde comidas

~~NA~~ Come a escondidas ~~NA~~ Dieta insuficiente ~~NA~~ Ingiere sustancias no comestibles

~~NA~~ Restricción/evitación, especificar _____

Preferencias alimentarias, especificar NA, ninguna

Peso: 72 Talla: 1.68 IMC: 25.53

~~NA~~ Expresa insatisfacción con su peso

Otras manifestaciones de Independencia: NO

Otras manifestaciones de Dependencia: NO

Observaciones: Expresa que se siente agusto con su peso ideal.

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: ~~NA~~ Sangre ~~NA~~ Mocos ~~NA~~ Parásitos

Cambio en hábitos intestinales

~~NA~~ Incapacidad para usar por sí mismo el WC

~~NA~~ Incontinencia fecal

~~NA~~ Hemorroides Dolor al defecar Gases

~~NA~~ 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

~~NA~~ 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: No _____

Otras manifestaciones de Dependencia: No _____

Observaciones: Pues al observar al paciente y a lo que menciona se ve bien en lo que se puede distinguir

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 Dystonia aguda

Inquietud psicomotora:

- Leve
 Moderada
 Grave

Otras manifestaciones de Independencia: No

Otras manifestaciones de Dependencia: No

Observaciones: Pues se encuentra en un buen estado ya que se puede movilizar por sí solo, ya que no presenta alguna alteración que no se lo permita

5.- REPOSO/SUEÑO. Dormir y descansar.

- Sin alteración observada
 Necesidad no valorable

Número de horas de sueño/día: 7 horas

Cambios en el patrón de sueño:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para conciliar el sueño | <input type="checkbox"/> Interrupción del sueño | |
| <input type="checkbox"/> Sueño no reparador | <input type="checkbox"/> Duerme durante el día | |
| <input type="checkbox"/> Desvelo prolongado | <input type="checkbox"/> Dificultad para despertar | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Hipersomnio | <input type="checkbox"/> Sonambulismo | <input type="checkbox"/> Terrores nocturnos |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Inversión del patrón sueño/vigilia | |

Ayuda para dormir

- | | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| <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: Poco retiro que no necesita de nada para estar con una buena energía

Otras manifestaciones de Dependencia: no

Observaciones: Poco se ve con una energía buena con actividad en la que el rato realizando

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:

- ~~SI~~ Clima
- ~~SI~~ Capacidad funcional
- ~~SI~~ Adecuación al contexto

Otras manifestaciones de Independencia: para se encuentra con una buena vestimenta y por lo que se refiere que se siente ajusto con la ropa que tiene puesta

Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: Se encuentra bien vestida sin ninguna dificultad para poderse vestir

7. TERMORREGULACIÓN. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.

~~No~~ Sin alteración observada
 Necesidad no valorable

Temperatura: 36.7 °C

~~No~~ Fluctuaciones de temperatura

Sensibilidad al frío: Aumentada Disminuida

Sensibilidad al calor: Aumentada Disminuida

Otras manifestaciones de Independencia: Menciona que el está
adecuado a los tipos de clima, Menciona que
soy cuando hace mucho frío es un poco sensible
Otras manifestaciones de Dependencia: _____

Observaciones: Se encuentra en una buena función de
termoregulación y a lo que se mencionado no
se ve alguna alteración

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 Metódico

Estado de piel y mucosas:

Integra

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: Sus pies se encuentran adecuados, con una buena hidratación

Otras manifestaciones de Independencia: No

Otras manifestaciones de Dependencia: No

Observaciones: al observar al paciente se encuentra con una piel íntegra, con una buena hidratación, no presenta ninguna alteración de su piel

B. 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:

- | | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| <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) No Causas _____

Quemaduras en último trimestre (nº) No Causas _____

Consumo de alcohol

Diario Fines de semana

1 vez en cuando una en una bebida

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: Bueno mencionara que depende
de las lentes para poder bien en su trabajo,
ya que en su trabajo es vital

Observaciones: Se encuentra en un buen estado

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 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: No

- 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

- Económicas
- Malos tratos
- Hacinamiento
- Manifiesta carencia afectiva
- Otros _____
- Malas relaciones
- Ladoparia
- 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: NO

Otras manifestaciones de Dependencia: NO

Observaciones: Se ve bien al observar

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: Sí

- 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: No

- 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: No

Otras manifestaciones de Dependencia: No

Observaciones: Menciona que sus valores y religión no afecta la convivencia con su familia

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 Saaheria

Problemas en el trabajo: NO

Relaciones personales Satisfacción Económicos Otros _____

NO Influye el trabajo en su estado de salud ¿Cómo? _____

Sensación habitual de estrés

NO No se siente útil

Otras manifestaciones de Independencia: No _____

Otras manifestaciones de Dependencia: No _____

Observaciones: La observación y a lo que menciono el paciente no tiene ningún problema en su trabajo que ya es propio de él pero no hay tanto problema

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: NO

Otras manifestaciones de Dependencia: NO

Observaciones: menciona que se aburre igual y
de unico pasatiempo es la televisión

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: No

Otras manifestaciones de Dependencia: No

Observaciones: Se encuentra con un buen aprendizaje adecuado

BIBLIOGRAFÍA

UDS. Universidad del sureste. 2021. Antología de enfermería , PDF, recuperadas gerontogeriatrica el día 08 de junio del 2021.