Ensayo

Alumno: Tomas Alejandro Sánchez Alvarez

Tema: Valoracion del paciente

Parcial: I

Materia: Enfermería del adulto

Profesor: LIC. Leidy Diana Estrada García

Licenciatura en enfermería

5to Cuatrimestre

Pichucalco, Chiapas a 27 de mayo de 2025

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE

ENFERMERÍA.

1.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: María Elizabeth Hernández López

SEXO: Femenino.

EDAD: 66 años.

FECHA DE NACIMIENTO: 17 de abril de 1959.

ESTADO CIVIL: Casada.

RELIGIÓN: católica.

ESCOLARIDAD: secundaria

OCUPACIÓN: Ama de casa

PROCEDENCIA: Chiapas.

PERSONA/ S CON LAS QUE CONVIVE: Un hijo varones

Y esposo

ALERGIAS: Ninguno.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Entrevista directa y familiar

Hijo y esposo.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Hipertiroidismo.

1.2 PRESENTACIÓN DEL CASO.

Paciente mujer de 66 años, de 59 kg y 162 cm de altura, ocupación: ama de casa, casada y madre de un hijo varón, de religión católica Vive con su hijos y esposo radicando en el municipio de Pichucalco Chiapas., que acude al Centro de Salud aquejada de nerviosismo y sensación de latidos cardíacos anormales acompañados de cortejo vegetativo.

Antecedentes personales: sobrepeso, hipertensión arterial, safenectomía bilateral por varices y colecistectomía.

Tratamiento actual: omeprazol, enalapril 5 mg, atorvastatina 20mg.

Exploración: a la llegada se realiza electrocardiograma de 12 derivaciones objetivándose ritmo sinusal de 107 latidos por minuto con alguna extrasístole aislada, resto hallazgos anodinos.

Paciente consciente, orientada y colaboradora. Tensión arterial 156/93 mmHg, saturación de oxígeno 99%, temperatura 36'8°C.

Se decide derivación hospitalaria para estudio analítico, donde es finalmente dada de alta a las horas con diagnóstico de extrasístoles sintomáticas aisladas con petición de revisión preferente por parte del servicio de cardiología.

Se remite a cardiológico con electrocardiograma de 12 derivaciones con tira de ritmo y analítica completa con estudio tiroideo. Se realiza estudio Holter de 24 horas y en la revisión se constata un 6% de eventos con definición de extrasístoles cardiacas y analítica sanguínea que presenta elevación de TL3 y TL4 y descenso importante de TSH. Se propone a la paciente las posibilidades de tratamiento con betabloqueantes informándole sobre los efectos secundarios de estos, así como de la posibilidad de nueva revisión en 12 meses y así decidir nuevamente si se realiza tratamiento farmacológico o cirugía si el porcentaje de los eventos se iguala o supera el 10%. Se remite al médico de cabecera para que remitan una consulta al servicio de endocrinología.

En la consulta de atención primaria se hace abordaje y educación sanitaria con el médico y la enfermera de forma conjunta, pudiendo hacer una entrevista detallada.

1.3 Valoración Física Focalizada a la Persona.

Signos Vitales:

T°: 36.8°c, T/A: 156/93, FC: 107 lpm, saturación: 99% FR: 20 por minuto.

Peso: 59 kg Talla: 162 IMC: 22.5 observando un estado normal del rango de peso.

Cabeza: Normal, simétrica.

Cabello: Se observa pelo largo entrecano, hidratado y Brillante.

Cara: Simétrica y de tez clara, se observa hueso frontal y orbitales simétricos, cejas simétricas, pestañas lisas poco abundantes.

Ojos: El color de los ojos café claro, de un tamaño adecuado.

Nariz: A la observación de la nariz se encuentra central y presenta una forma recta y delgada, a la inspección presenta una mucosa rosada e hidratada en fosas nasales y con una permeabilidad adecuada.

Boca: A la observación presenta una boca normal, con labios íntegros, delgados. Se observa desdentada de ambas arcadas dentales, placas totales dentales ajustadas.

Presenta higiene adecuada a la observación, su mucosa oral y lengua se observan hidratadas e integras.

Mejillas: Se observan acordes a la edad, sin presencia de cloasma, acné o manchas.

Cuello: A la inspección el cuello presenta una forma cilíndrica y una movilidad adecuada, además de una tráquea central y desplazable.

Presencia de glándula tiroides con alteración, no presenta alteraciones en cuanto a la piel.

Oídos: A la inspección se encuentran permeables y se observa la membrana timpánica de color perla sin alteraciones, presenta hipoacusia.

Tórax: A la observación presenta un tórax simétrico, normal, con movimientos armónicos de inspiración y espiración toracoabdominales, sin dificultad respiratoria.

A la auscultación se encuentran campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, sin fenómenos agregados, como estertores, sibilancias o atelectasia.

Se encuentra al corazón con ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, tono y frecuencia, además de un llenado capilar menor a 2 segundos.

Mamas: inspección de la mama izquierda y derecha, no se encuentra alguna masa tumoral, ni ganglios sospechosos, de color acorde a la piel, la cual se encuentra hidratada y de adecuada turgencia, el pezón se encuentra en el centro, sin alteraciones ni salida de secreciones al contraerlo y hacer ligera presión.

Abdomen: A la observación se denota un abdomen convexo. A la auscultación presenta motilidad intestinal adecuada, con presencia de ruidos peristálticos, a la palpación se encuentra un abdomen blando, depresible e indoloro, no se observa alteración de la piel, ni estrías.

Vulva: No se realizó valoración de esta parte corporal, debido a la ideología de la paciente.

Extremidades superiores: A la observación se denotan unas extremidades superiores integras y simétricas. Se palpan cada uno de los pulsos pertenecientes a esta área encontrándose con buen ritmo y una intensidad adecuada.

Uñas: Se observan uñas cortas que garantizan la higiene de las mismas, sin presencia de micosis, se observan rosadas y con adecuada resistencia.

Extremidades Inferiores: A la inspección se denota unas extremidades inferiores integras y simétricas. Se palpan cada uno de los pulsos pertenecientes a esta área encontrándose con buen ritmo y una intensidad adecuada, no se observa la presencia de varices y edemas.

1.4 valoración por necesidades básicas de Virginia Henderson..

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Valoración.

T/A : 156/93

Pulso:107 X min

Respiración: 20 x min

Temperatura: 35.7°c

Datos de dependencia:

Respiración armónica al inhalar y exhalar por cavidad oral, sin dificultad respiratoria, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, llenado capilar menor a 2 segundos.

Diagnóstico de enfermería:

Disposición para mejorar la respiración manifestado por inhalar y exhalar por cavidad oral.

Plan de cuidados.

Objetivo:

Reforzar la técnica de respiración.

Intervención de enfermería.

Enseñar la técnica de respiración inhalar por cavidad nasal y exhalas por cavidad oral. Fomentar una respiración lenta y profunda.

Eliminar secreciones para mejorar la técnica de respiración.

Aumentar la ingesta de líquidos para mantener hidratadas las mucosas.

Evaluación.

La paciente siguiendo las intervenciones de enfermería, se observa más relajada y tranquila, respirando por nariz y exhalando por boca.

2. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION.

Valoración.:

Dieta Blanda que incluye frutas, verduras, cereales, leguminosas y carnes blancas y en poca cantidad las rojas.

Usa prótesis dental total ajustada, mucosas orales hidratadas sin alteraciones, hace tres dietas al día.

Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con el bajo aporte de líquidos.

Deterioro de la digestión relacionado con falta de conocimientos sobre la salud dental manifestado por ausencia de dientes.

Plan de cuidados.

Objetivo:

Mantener la ingesta de líquidos adecuado.

Intervención de enfermería.

Facilitar los medios que puedan minimizar los efectos indeseables del trastorno sensorial.

Motivar y facilitar el consumo de alimentos que más agrada al paciente, siempre que sea posible.

Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.

Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado).

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Refiere hace unos meses aumento de ritmo deposicional con ligero cambio en la consistencia de las heces, defecando 3 veces al día sin esfuerzo, cuando antes si ritmo deposicional era cada 48 horas. No hay alteraciones en la coloración de las heces.

La paciente comenta que le resulta incómodo la mala tolerancia al calor que padece, refiere que suda mucho y que mancha todas las camisetas en tan solo unas horas de llevarlas puestas y que en verano tiene que ducharse hasta 3 veces.

Datos de dependencia.

Sudoración excesiva

Diagnóstico de enfermería.

Deshidratación a causa de la sudoración excesiva

Objetivo:

Aumentar el consumo de líquidos y fibras para facilitar la eliminación.

Intervención de enfermería.

Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.

Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosashúmedas, pulso adecuado).

Motivar la ingesta de líquidos.

Motivar y facilitar el consumo de frutas y verduras quecontengan un alto aporte de fibra.

Ayudar y enseñar a dar masaje en el abdomen parafacilitar la eliminación.

Evaluación.

Al aumento de líquidos y la ingesta de alimentos ricos enfibra disminuyó considerablemente el malestar para la defecación, motivando a la señora prevenir una deshidratación.

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Valoración.

Al momento de la valoración se encontraron datos que manifestaran dependencia.

Afebril, mala regulación de la temperatura corporal. Siente calor casi todo el tiempo.

Una buena elección de ropa acorde a estación y temperatura exterior.

Datos de dependencia.

Monitorear la temperatura para mejor comodidad en el caso de la ropa a vestir

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA

POSTURA.

Valoración.

Es independiente para ABVD. Vive en domicilio con su marido, que también es autónomo. Me explica:" Por las mañanas voy a caminar 1 o 2 horas y así aprovecho para que me dé un poco el sol, aunque me molesta mucho en la cara y tengo que llevar siempre unas gafas". Me comenta que siente debilidad muscular por las tardes debido al cansancio por ello aprovecha a moverse más por las mañanas.

Datos de dependencia: no presenta dependencia

Diagnóstico de enfermería.

No presenta dependencia para realizar sus actividades físicas, mantener buena hidratación

Plan de cuidados.

Objetivo:

Mantener a la paciente hidratada e ingerir alimentos nutritivos

Intervención de enfermería.

Determinar la motivación del individuo para empezar/ continuar con el programa de ejercicios.

Explorar las barreras para el ejercicio.

Animar al individuo a continuar con el ejercicio.

Incluir a la familia/ cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.

Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para el nivel de su salud.

Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.

Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno.

Evaluación.

Al principio se observó cooperación por parte de la paciente, se orientó sobre los beneficios de la actividad física y mantener buena postura, a la hora salió a caminar por el pasillo por media hora, manteniendo un cambio positivo en su forma de pensar sobre la movilización.

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Valoración.

Refiere que hace unos 3 meses que duerme muy mal, se despierta con sensación de palpitaciones y mucha ansiedad, acompañada de sudoración. Despertares frecuentes y alteración en el mantenimiento del sueño acompañado de despertar precoz.
Por la noche no consigue dormirse antes de la 1 o las 2 de la mañana y por la mañana se despierta a las 6, estando cansada y con sensación de debilidad gran parte del día.

Datos de dependencia:

Durante la noche despierta continuamente por una excesiva de sudoración y despertar precoz.

Diagnóstico de enfermería.

Trastorno del patrón de sueño relacionado con interrupciones manifestado por quejas verbales de no sentirse bien descansado.

Plan de cuidados.

Objetivo:

Brindar bienestar para mejorar su estado físico y mental, tratar de lograr que mejore el trastorno del patrón de sueño.

Intervención de enfermería:

Favorecer una respiración lenta, profunda intencionalmente.

Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.

Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

Sugerir tomar un baño antes de acostarse.

Sugerir técnicas de relajación a través de aromaterapia y musicoterapia.

Evaluación.

Al realizar la terapia de respiración, así como de la música de relajación y mantenerse el familiar cerca de la señora mejoró su seguridad y disminuyó la sensación preocupación.

7. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Valoración:

Necesita cambiarse varias veces al día de ropa para no estar mojada debido al sudor, refiere que se siente incómoda.

Datos de dependencia:

Al momento de la valoración se encuentra datos de dependencia para que la señora elija las prendas de su gusto y preferencia para q sean cómodas y frescas.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

Valoración.

Es independiente para el aseo personal. Refiere sequedad de ojos e intolerancia a la luz solar.

Datos de dependencia:

Plan de cuidados.

Objetivo:

Mejorar las condiciones de la piel

Proporcionar apoyo para realizar un baño adecuado, mantener uñas cortas

Intervención de enfermería.

vigilancia de la piel

observar si hay enrojecimiento, calor o edema

Mantener la piel hidratada y lubricada.

Colocar toalla, jabón, esponja, desodorante para el baño.

Evaluación.

Se muestra tranquila y relajada por el baño y toma la de decisión de cortarse las uñas para prevención de infección por una mala técnica de lavado de manos se evalúa como un aprendizaje significativo, así como tener cuidado en no realizar movimientos bruscos para evitar lesiones en la piel.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Valoración:

Refiere no alergias medicamentosas conocidas hasta la fecha.

Datos de dependencia:

No requiere dependencia

Plan de cuidados.

Objetivo:

Orientar a la paciente y familiar sobre la importancia de ingesta de medicamentos

Intervención de enfermería:

Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelo resbaladizo, y

Utilizar barandales laterales de longitud y altura adecuada para evitar caídas de la cama, si es necesario.

Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropezones.

Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.

Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos.

Evaluación:

Se observa a la paciente atenta y con mucha atención a las indicaciones de enfermería y lo toman como educación para prevenir y evitar peligros.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Valoración:

Ha necesitado asistir a terapia con una psicóloga ya que lleva una temporada que no puede más, se encuentra la mayor parte del día muy cansada y está muy irritable lo que le lleva a discutir mucho con su marido y disminuir el resto de sus interacciones sociales. También me comunica que ha estado muy asustada por su problema de corazón, y que le ha tranquilizado mucho lo que le ha explicado el cardiólogo. Viene sola a la consulta.

Datos de dependencia:

Se observa a la paciente con problemas en la comunicación

Diagnóstico de enfermería:

Mal descanso e irritabilidad

Plan de cuidados:

Objetivo:

Dar a conocer las técnicas en donde el paciente centre su atención en el diálogo con la enfermera para tener una mejor comunicación.

Intervención de enfermería:

Dar instrucciones sencillas, de una en una.

Escuchar atentamente.

Abstenerse de gritar al paciente con problemas de comunicación.

Llamar la atención del paciente mediante contacto físico.

Evaluación:

Se observa a la paciente y familiar atentas en las condiciones en que se debe hablar con la paciente la cual opta por tomarlo como capacitación, la paciente tubo mejor comunicación con el personal de enfermería. se sugiere seguir acudiendo a terapias psicológicas para poder realizar una buena comunicación con los demás.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Valoración:

Se observa haciendo oración, agradecida con Dios y la

Virgen de Guadalupe que le han puesto un reto el cual lo superara con éxito, ha reforzado sus creencias. En su cabecera se observa la imagen de un cristo y su Biblia.

Datos de independencia:

Al momento de la valoración no presenta datos de dependencia.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Valoración:

Es pensionista desde hace 9 meses. Le está costando encontrar un proyecto vital y teme estancarse en su desarrollo personal, para ello también le está ayudando ir a la psicóloga, me explica.

Datos de independencia:

A la valoración se encuentra datos de dependencia psicológica.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Valoración:

Sale de casa todos los días a caminar, se dispone a cambiar su escasa relación con amigos y familiares.

Datos de dependencia:

Desconocimiento de las actividades lúdicas que pueden estar a su alcance en el área hospitalaria.

Diagnóstico de enfermería:

Déficit de actividades recreativas relacionada con la disminución de la estimulación manifestada somnolencia y aburrimiento.

Plan de cuidados:

Objetivo:

Integrarla actividades, por ejemplo, juegos de mesa, sopa de letras, etc.

Hacerle la atenta invitación que acuda a algún evento social para su distracción.

Intervención de enfermería:

Sugerir llevar un juego de mesa para mejorar la interacción social.

Recomendar al familiar ser participativo en sus actividades.

Involucrar otros pacientes en sus actividades recreativas.

Evaluación:

Se muestra más activa, hay relaciones afectivas con otros pacientes, se muestra más participativa para mantenerse en actividades recreativas su hijo forma parte del grupo. Acude con las damas voluntarias tomando la actividad de tejido mostrándose más atenta y relajada.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Valoración:

Es una persona que tiene dudas con respecto a su enfermedad, busca por internet respuestas a sus dudas pero le cuesta trabajo entender ya que menciona haber terminaciones médicas a las cuales no logra entender.

Datos de dependencia:

No presenta dependencia

Diagnóstico de enfermería:

Disposición para mejorar los conocimientos manifestados por interés en el aprendizaje.

Plan de cuidados.

Objetivo:

Orientar y proporcionar material ilustrativo a la paciente

Intervención de enfermería.

Comenzar la instrucción solo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.

Ajustar la instrucción al nivel de conocimiento y comprensión del paciente.

Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognoscitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente.

Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.

Adaptar la información para que cumpla el estado de vida/rutina del paciente.

Asegurarse de que el material de enseñanza sea actual.

Utilizar un lenguaje familiar.

Presentar la información de manera estimulante.

Fomentar la participación activa del paciente.

Repetir la información importante.

Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.

Evaluación.

Se muestran atentas sobre la información y disipan sus dudas, observándose más tranquilas, para que la información sea más significativa se proporciona un manual de recomendaciones de enfermería en el Autocuidado del paciente hipertoirista.

ACCIONES DE ENFERMERÍA Y FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD DEL ADULTO.

Valoración del paciente

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes.

Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va a interactuar con el ambiente de forma diferente. Debido a esto, la valoración debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente.

Tipos de valoración

Valoración inicial

Es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona). Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos. Facilita la ejecución de las intervenciones.

Valoración continua

Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.

Tiene como objetivo:

- Recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas.
- Realizar revisiones y actuaciones del plan.
- Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud Según el objetivo al que vaya dirigido

La valoración se puede clasificar en:

• Valoración general, encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados.

• Valoración focalizada, en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona.