



**UDS**  
**Mi Universidad**

## Ensayo

*Nombre del alumno (a): Valeria Vicente Sasso*

*Nombre del tema: Caso Clínico*

*Nombre de la Materia: Enfermería Gerontogeriatrica*

*Nombre del profesor: L.E. Leidy Diana Estrada Garcia*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 6°*

*Pichucalco, Chiapas; 10 de junio del 2025*

## **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: Patricia G. V.

Sexo: Femenino.

Edad: 57 años.

Fecha de nacimiento: 21 de junio de 1959.

Estado Civil: Casada.

Religión: católica.

Escolaridad: Primaria.

Ocupación: Jubilada, desde hace 5 años.

Procedencia: Chiapas.

Persona/s con las que convive: Esposo.

Alergias: Ninguna.

Fuente de información: Entrevista directa y familiar esposo.

Diagnóstico médico: Incontinencia urinaria.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 57 años, estatura de 1:52, peso 66.5 kg, casada, de religión católica, ocupación; jubilada desde hace 5 años, niega el consumo de alcohol, lleva una buena alimentación, niega realizar actividad física. Vive con su esposo, radicando en el municipio de Juárez, Chiapas.

#### **Historia de enfermería**

La paciente entra a la consulta nerviosa, tras una conversación en la que el personal de enfermería intenta amenizar la situación y generar un entorno de confianza, la paciente expresa que sufre de pérdidas en su día a día de orina, lo que le supone un problema de vergüenza y mucho estrés.

Actualmente refiere que tiene ganas de orinar de forma repentina y que no le da tiempo de llegar al baño, cuando camina por la calle se siente avergonzada porque cree que la gente se va a dar cuenta. Ha dejado de hacer ciertas actividades por este problema y ahora lleva una vida más sedentaria. Comenta que suele tomar 2 litros o más de agua al día. Además, comenta que no puede tener un buen descanso nocturno debido a este problema, ya que se levanta varias veces de la cama, impidiendo así un sueño continuo y un mal descanso que le afecta en su vida diaria.

## Antecedentes Patológicos

Infección urinaria en 2015, 2 partos vaginales.

## VALORACIÓN FÍSICA FOCALIZADA A LA PERSONA.

### Signos Vitales:

Temperatura: 36.0°C, T/A: 128/78, Pulso: 78 por minuto, Respiración: 20 por minuto.

Peso: 66.5 kg Talla: 1.52 IMC:28.78 sobrepeso.

Cabeza: Normal, simétrica.

Cabello: Se observa pelo corto canoso, y rizado.

Cara: simétrica y de tez blanca, se observa orbitales simétricos, se observa pestañas lisas y cejas simétricas

Ojos: Color de ojos negro, tamaño normal.

Nariz: La nariz se encuentra central y presenta una punta ancha y redondeada. Presenta una permeabilidad adecuada.

Boca: Presenta una boca normal, con labios gruesos. Se observa placas totales dentales ajustadas. Presenta higiene adecuada.

Mejillas: Se observan acordes a la edad, con manchas.

Cuello: Presenta cuello corto y una movilidad adecuada.

Oídos: Se encuentran permeables y se observa la membrana timpánica de color gris perlado.

Tórax: Presenta un tórax simétrico, normal, con movimientos armónicos de inspiración y espiración, sin dificultad respiratoria. A la auscultación se encuentran campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire.

Mamas: Se observa disminución de tamaño y pérdida de elasticidad.

Abdomen: Globuloso, blando y depresible. No doloroso a la palpación profunda difusa.

Vulva: se realizó valoración, se encuentra relajada.

Extremidades superiores: A la observación se denotan unas extremidades superiores integra y simétricas.

Uñas: Se observan uñas cortas y limpias.

Extremidades Inferiores: No se observa la presencia de varices y edema.

## **VALORACIÓN POR NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON**

### **I.NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

#### Valoración.

- T/A: 128/78
- Pulso: 78 x min.
- Respiración: 20 x min.
- Temperatura: 36°C.

#### Datos de dependencia:

La paciente respira con normalidad.

#### Diagnóstico de enfermería:

- Pruebas diagnósticas y de laboratorio, como gasometría arterial y saturación de oxígeno.
- Evaluación de las vías respiratorias, frecuencia respiratoria y cardíaca.

#### Plan de cuidados.

##### **Objetivo:**

- Reforzar la técnica de respiración.

#### Intervención de enfermería:

- Asegurar que las vías respiratorias del paciente estén despejadas.
- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Promover técnicas de respiración.

#### Evaluación:

La paciente al realizar las intervenciones se observará más tranquila, lo cual reforzará su respiración.

### **2.NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

#### Valoración.

Alimentación balanceada.

Bebe 2 litros o más de agua al día.

#### Datos de dependencia.

Disminución de la ingesta de líquidos.

#### Diagnóstico de enfermería.

- Riesgo de deshidratación.
- Deterioro de la eliminación urinaria.

#### Plan de cuidados.

Objetivo:

Mantener una buena hidratación y alimentación.

#### Intervención de enfermería.

- Adaptar la dieta para evitar alimentos y bebidas que puedan irritar la vejiga o aumentar la frecuencia miccional.
- Promover el consumo adecuado de líquidos, especialmente agua.
- Informar al paciente y a su familia sobre los beneficios de una buena hidratación y alimentación saludable para controlar la incontinencia.

#### Evaluación.

Una dieta equilibrada y una hidratación adecuada pueden ayudar a reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida.

### 3.NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

#### Valoración.

Hay pérdida de orina, su patrón de eliminación habitual es de 1 defecación cada dos días con heces bien formadas y sin esfuerzo.

#### Datos de dependencia.

Sufre pérdidas de orina repentina, no le da tiempo de llegar al baño.

#### Diagnóstico de enfermería.

- Eliminación urinaria deteriorada.
- Ansiedad.

#### Plan de cuidados.

Objetivo.

Reducir los incidentes de incontinencia.

#### Intervención de enfermería.

- Instruir al paciente sobre estrategias para el manejo de la incontinencia, como entrenamiento vesical, control de líquidos y ajustes en la dieta.
- Llevar un registro de las veces que se orina y las pérdidas de orina.
- Realizar ejercicios del suelo pélvico para fortalecer los músculos que controlan la vejiga.

#### Evaluación.

En la realización de ejercicios ayudo y motivo a la señora a controlar el flujo de la orina, ya que sus músculos fueron fortalecidos con los ejercicios.

#### 4.NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

##### Valoración.

No se encontraron datos que manifestaran la dependencia.

##### Datos de dependencia.

No presenta datos.

#### 5.NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

##### Valoración.

Se mueve con lentitud, falta de realización de actividad física.

##### Datos de dependencia.

Se la pasa más en su casa, dejó de realizar actividad física con sus amigas.

##### Diagnóstico de enfermería.

- Deterioro de la movilidad.
- El paciente puede adoptar posturas rígidas o encorvadas para minimizar la posibilidad de pérdidas de orina.

##### Plan de cuidados.

##### Objetivo:

Determinar la capacidad del paciente para moverse de forma segura y autónoma, promover la actividad física regular.

##### Intervención de enfermería.

- Mejorar la postura y el equilibrio durante la actividad física.
- Fortalecer los músculos del suelo pélvico realizando ejercicios de Kegel.
- Sentarse correctamente.

##### Evaluación.

Se orientó al paciente sobre los beneficios de la actividad física, camino por media hora con el acompañamiento de su esposo.

#### 6.NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

##### Valoración.

Acostumbra a descansar solo 6 horas, le es posible descansar a gusto.

##### Datos de dependencia.

Durante la noche despierta muchas veces al baño, impidiendo su sueño.

##### Diagnóstico de enfermería.

- Déficit de sueño relacionado con la interrupción nocturna para micción.

- El paciente experimenta fatiga física y/o mental.
- Riesgo de insomnio.

#### Plan de cuidados.

Objetivo.

Mejorar la calidad del sueño y reducir la frecuencia de pérdidas urinarias durante la noche.

#### Intervención de enfermería.

- Revisar la ingesta de líquidos antes de dormir.
- Proporcionar un entorno tranquilo y cómodo para el descanso.
- Evitar actividades estimulantes cerca de la hora de acostarse.

#### Evaluación.

La paciente mejoro la frecuencia de los episodios nocturnos, con la revisión diaria de su ingesta de líquidos.

### 7.NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADA

#### Valoración.

A la paciente le gusta vestir d acuerdo a su edad, con ropa cómoda.

#### Datos de dependencia.

En la valoración no se encuentran datos de dependencia.

### 8.NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

#### Valoración.

Presenta poca humedad, utiliza protectores diarios, pero llega el momento que le irrita su zona intina.

#### Datos de dependencia.

Se observa preocupación por la paciente, quiere evitar algún tipo de infección, por lo cual se realiza un lavado con agua y jabón.

#### Diagnóstico de enfermería.

- El riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la humedad de la orina.
- Alteración de la percepción sensorial (dolor, picazón).
- Riesgo de infección cutánea.

#### Plan de cuidados.

Objetivo:

Incluir limpieza suave, protección de la piel con cremas barrera, y el uso de productos absorbentes de alta calidad.

### Intervención de enfermería.

- Lavar la piel con agua tibia y jabón suave después de cada episodio de incontinencia.
- Asegurarse de que las prendas y sábanas estén limpias y secas.
- Aplicar cremas barreras después de la limpieza para proteger la piel de la humedad y la irritación.

### Evaluación.

La paciente se muestra tranquila y segura de sí misma después del baño con agua tibia en su zona íntima, teniendo un nuevo aprendizaje para su cuidado de la piel.

## 9.NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

### Valoración.

La paciente es una persona que siempre está al cuidado de ella misma, cuenta con el apoyo de su esposo en sus necesidades.

### Datos de dependencia.

Cuando ya son muchas micciones seguidas la paciente cuenta con la ayuda de su esposo, así evitar caída o lesión alguna en el momento de desplazarse de un lugar a otro.

### Diagnóstico de enfermería.

- Riesgo de caídas.
- Riesgo de deterioro de la integridad tisular.

### Plan de cuidados.

Objetivo.

Adaptación del entorno, prevención de infecciones y el apoyo psicológico.

### Intervención de enfermería.

- Identificar las características de su entorno que puedan aumentar la posibilidad de caídas.
- Explicar al paciente la importancia del cuidado de la piel.
- Informar a la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas.

### Evaluación.

Se puede observar a la paciente y a su esposo más atentos a las indicaciones que reciben, para prevenir peligros y llevar una vida más tranquila.

## 10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

### Valoración.

La paciente se expresa de manera verbal, es congruente con sus expresiones, tiene buena comunicación con el esposo referente a su problema.

### Datos de dependencia.

Se observa a la paciente atenta a las indicaciones de la enfermera, aunque ocupa también el apoyo del esposo para tener mejor entendimiento, ya que en ocasiones se siente avergonzada.

### Diagnóstico de enfermería.

- Riesgo de aislamiento social.
- Ansiedad.

### Plan de cuidados.

Objetivo.

Abordar una buena comunicación con el paciente sobre el tema.

### Intervenciones de enfermería.

- Crear un ambiente seguro y comprensivo para que el paciente pueda expresar sus preocupaciones.
- Brindar información clara y precisa sobre la incontinencia urinaria y las opciones de tratamiento.
- Referir al paciente a un profesional de salud mental si la ansiedad es significativa.

### Evaluación.

Se observa a la paciente y al esposo bien atentos a las indicaciones, la paciente tiene mejor comunicación con el personal de salud.

## 11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

### Valoración.

Se observa a la paciente agradecida con Dios, haciendo oraciones con el esposo. Se observa en su cuello una gargantilla con la imagen de la virgen d Guadalupe.

### Datos de dependencia.

Al momento de la valoración no presenta datos de dependencia.

## 12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

### Valoración.

Es jubilada, cuenta con el apoyo del esposo, no tiene preocupación alguna.

### Datos de dependencia.

No se encontraron datos.

### 13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

#### Valoración.

La paciente se retiró de sus actividades recreativas, por la pena que le hace pasar ir cada rato al baño.

#### Datos de dependencia.

La paciente tiene miedo a oler mal o a tener fugas que pueden llevar al retraimiento social y al abandono de las actividades sociales.

#### Diagnóstico de enfermería.

- Patrón de actividad/reposo alterado.
- Riesgo de aislamiento social.

#### Plan de cuidados.

Objetivo:

Integrarla a actividades sin necesidad de esfuerzo físico, el cual pueda distraerse y convivir con los demás.

#### Intervención de enfermería.

- Adaptación de las actividades recreativas.
- Incluir a otros pacientes en las actividades.
- Crear un ambiente agradable y relajante que fomente la participación en actividades recreativas.

#### Evaluación.

La paciente se muestra más activa, participa en las actividades en las cuales se siente más segura acompañada de su esposo.

### 14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

#### Valoración.

Presta mucha atención a su problema de incontinencia urinaria, aunque hay veces que ciertos temas no comprende.

#### Datos de dependencia.

La paciente tiene un poco de desconocimiento sobre sobre las infecciones que puede causarle la incontinencia urinaria.

#### Diagnóstico de enfermería.

- Conocimiento deficiente.
- Estado de preocupación, nerviosismo o temor relacionado con la experiencia de la incontinencia urinaria.

### Plan de cuidado.

Objetivo.

Apoyar a la paciente a tener un buen aprendizaje sobre el tema.

### Intervención d enfermería.

- Proporcionarle información relevante.
- Usar distintos métodos del contenido de acuerdo a la capacidad de entendimiento del paciente.
- Repetir la información importante a comprender.

### Evaluación.

Se observa atenta a la información presentada y aclaran sus dudas, se sienten más motivada a seguir informándose para cuidarse mejor y tener un mejor estilo de vida.