



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LIC. EN ENFERMERÍA

TITULO:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON TUBERCULOSIS

MATERIA:

ENFERMERÍA GERONTOGERIÁTRICA

DOCENTE:

L.E. LEIDY DIANA ESTRADA GARCÍA

ALUMNA:

VERONICA SÁNCHEZ DE LA CRUZ

CUATRIMESTRE:

6º CUATRIMESTRE

APLICACIÓN DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

I.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: Estela M. A.

SEXO: Femenino.

EDAD: 55 años.

FECHA DE NACIMIENTO: 23 de mayo de 1970.

ESTADO CIVIL: Viuda.

RELIGIÓN: católica.

ESCOLARIDAD: Secundaria.

Ocupación: Ama de casa.

PROCEDENCIA: Tabasco.

PERSONA/ S CON LAS QUE CONVIVE: una hija.

ALERGIAS: Negadas.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Entrevista directa y familiar.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Tuberculosis.

I.2 PRESENTACIÓN DEL CASO.

Paciente femenino de 55 años, estatura de 1.60m, peso de 75 kg, ocupación ama de casa de religión católica, lleva una alimentación alta en grasa, consume vino a diario. Vive con su hija y radica en el municipio de Centla, Tabasco.

Historia de Enfermería.

Realizada a las 5 hrs. La paciente llega acompañada de su hija al servicio de urgencias por presentar dolor torácico de tres horas de evolución. Intensidad 8/10 escala ENA de tipo punzante opresivo, el cual ha ido en aumento a lo largo del tiempo, únicamente se localiza en el tórax, sin irradiaciones, el cual no sede al reposo y no identifica agravantes. Se acompaña con tos productiva la cual inicio el día de hoy. Se encuentra consciente y orientada.

Antecedentes patológicos.

Como antecedentes personales patológicos refiere padecer hipertensión de 10 años de evolución lleva tratamiento con captopril 25mg cada 12 hrs, diabetes mellitus tipo 2 de 7 años de evolución lleva tratamiento con metformina 850mg cada 8 horas.

I.3 Valoración Física Focalizada a la Persona.

Signos vitales:

Temperatura: 38.4° C, T/A: 80/60 mmHg, FC: 125 lpm, FR: 30 rpm, Sat: 85%.

Peso: 75 kg, Talla: 1.60 m, IMC: 29.3 (indica sobrepeso), Glucemia capilar: 300mg/dl.

Cabeza: normal simétrica.

Cabello: se observa pelo corto entrecano, hidratado.

Cara: simétrica y tez blanca, con facies álgica, diaforética.

Ojos: negros de tamaño normal.

Nariz: se encuentra centrada y presenta una forma recta y delgada, presencia de aleteo nasal las mucosas se observan enrojecidas e inflamadas.

Boca: presenta boca normal, su dentadura esta completa, presenta higiene adecuada a la observación, su mucosa oral y lengua se observan hidratadas e integra.

Mejillas: se observan de acorde a su edad, presenta marcas de acné.

Cuello: a la inspección el cuello presenta una forma cilíndrica y movilidad adecuada, no presenta alteraciones en cuanto a la piel.

Oídos: se encuentran permeables y se observa sin alteraciones.

Tórax: a la inspección se observa disminución de movimientos respiratorio acompañados de tiraje intercostal y retracción esternal marcados, auscultación de tórax anterior ruidos cardiacos S1 y S2 presentes, de adecuada intensidad, con S3 agregado. Tórax posterior movimientos de amplexión y amplexación disminuidos en hemitórax derecho.

Mamas: a la observación las mamas se encuentran integra sin signos o síntomas que puedan indicar problemas de salud mamaria.

Abdomen: a la observación se denota un abdomen convexo. A la auscultación se presenta motilidad intestinal adecuada, no se observa alteración de la piel, presenta marcas de estrías.

Vulva: no se realizó valoración de esta parte corporal, la paciente no dio su consentimiento.

Extremidades superiores: a la observación se denotan unas extremidades superiores integra y simétricas. Se palpan cada uno de los pulsos pertenecientes a esta área encontrándose con un ritmo normal.

Uñas: se observan uñas sanas son fuertes, lisas, de color rosado uniforme.

Extremidades inferiores: integra y simétricas sin compromiso vascular, se observan uñas cortas y limpias.

I.4 Valoración por necesidades básicas de Virginia Henderson.

I. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Valoración:

- T/A: 80/60.
- Pulso: 78 x min.
- Respiración: 30 rpm.
- Temperatura: 38.4° C.

Datos de dependencia:

Datos de dificultad respiratoria: aleteo nasal, disminución de movimientos respiratorios, tiraje intercostal y retracción esternal marcado, tos productiva. Dice sentir el pecho comprimido. La paciente se encuentra consciente y orientada, se observa leve agitación. No fuma.

Diagnóstico de enfermería.

- Patrón respiratorio ineficaz (00032). La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.
- Dolor agudo (00132).

Plan de cuidados.

Objetivo:

- Reforzar la técnica de respiración.

Intervención de enfermería.

- Colocar al paciente de forma que se alivie la disnea.
- Administrar medicación adecuada contra el dolor para evitar la hipoventilación.
- Fomentar una respiración lenta y profunda, cambios posturales y tos.

Evaluación:

- La paciente siguiendo las intervenciones de enfermería, se observa más relajada y tranquila, respira con menos dificultad y el dolor ha disminuido.

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Valoración:

- Lleva una dieta alta en grasas, son muy pocas las veces que incluye verduras en sus comidas, también consume ocasionalmente alimentos hechos de harina. La ingesta diaria de agua natural es de un litro pero podría ser beneficioso aumentar esta cantidad para mejorar la hidratación general. Además acompaña sus comidas con bebidas alcohólicas como el vino su ingesta es de 2 a 3 copas diarias. No tiene problemas de masticación y deglución. Generalmente no practica ninguna actividad física.

Datos de dependencia.

- Fue diagnosticada con diabetes e hipertensión lleva tratamiento.

Diagnóstico de enfermería:

- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002).
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028).

Plan de cuidados:

Objetivos:

- Mantener la ingesta adecuada de líquidos.
- Desarrollar un plan nutricional individualizado.

Intervención de enfermería.

- Determinar (en colaboración con la dietista, si procede) el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios.
- Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Vigilar el estado de hidratación, según sea el caso.

Evaluación.

- Se procura tener una alimentación saludable y la ingesta de líquido necesarios para su recuperación.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Valoración.

- La paciente reporta evacuación intestinal diaria. Sin embargo, menciona episodios ocasionales de estreñimiento. En la frecuencia urinaria es de aproximadamente cuatro a 6 veces al día. No presenta cambios en la sudoración. Presento su menopausia a los 40 años.

Datos de dependencia.

- Estreñimiento ocasional.

Diagnóstico de enfermería.

- Estreñimiento (00011) estreñimiento relacionado con malos hábitos alimentarios, aporte insuficiente de fibra y líquidos y actividad física.
- Estilo de vida sedentario (00168).

Plan de cuidados.

Objetivos:

- Se le dará un ejemplo de una dieta rica en fibra, evaluando el nivel actual de conocimientos de la paciente acerca de la dieta prescrita.

Intervención de enfermería.

- Establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.
- Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.
- Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

Evaluación.

- La paciente comprendió la importancia de realizar ejercicio diariamente y que la recomendación de seguir una dieta variada y equilibrada es clave para que evite volver a padecer los síntomas.

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Valoración.

- La paciente presenta temperatura de 38.4° C. Vive en un lugar donde constantemente hace calor.

Datos de dependencia.

- Presenta fiebre.

Diagnóstico de enfermería.

- Hipertermia (00007) exposición a ambientes excesivamente calientes, enfermedad, deshidratación, actividad vigorosa entre otros.
- Termorregulación ineficaz (00008).

Plan de cuidados.

Objetivos:

- Bajar temperatura corporal.

Intervención de enfermería.

- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda.
- Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.
- Administrar medicamentos o líquidos.

Evaluación.

- La paciente se observa relajada y tranquila su temperatura disminuyo ya no presenta fiebre.

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Valoración.

La paciente refiere que no tiene dificultad para realizar sus actividades cotidianas en el hogar, le gusta regar sus flores todas las tardes y después ver televisión. Mantiene su casa limpia y ordenada, no practica ejercicio pues simplemente no le gusta, sale a caminar al parque las mañanas en los días frescos. Conserva aun buena postura al sentarse y al caminar.

Datos de dependencia.

- Al momento de la valoración no presenta datos de dependencia.

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Valoración.

- La paciente acostumbra a descansar 8 horas y toma una siesta de una hora en las tardes luego de algunas actividades del hogar. En algunas ocasiones despierta entre noches o simplemente no pude conciliar el sueño.

Datos de dependencia.

- Padece ocasionalmente de insomnio y somnolencia durante el día.

Diagnóstico de enfermería.

- Insomnio (00095). Relacionado con factores ambientales, malestar físico, estrés, ansiedad entre otros.
- Deprivación del sueño (00096).

Plan de cuidados.

Objetivo:

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

Intervención de enfermería.

- Determinar el patrón de sueño/ vigilia del paciente.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama).
- Controlar la ingesta de alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama.

Evaluación.

- Al ajustar el ambiente y controlar la ingesta de alimentos y bebidas a ayudado a la paciente a dormir más cómodamente y mejoro la calidad del sueño.

7. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Valoración.

- Le gusta vestir de acorde a su edad, le gustan los colores fuertes como el color rojo.

Datos de dependencia.

Al momento de la valoración no se encuentra datos de dependencia ya que la paciente elige las prendas de su gusto y preferencia.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Valoración.

- La paciente tiene una buena higiene, se baña dos veces al día a veces tres dependiendo de cómo se encuentre la temperatura ambiente ya que mayormente vive en un lugar donde hace demasiado calor. Tiene uñas cortas y limpias, también tiene un buen cuidado dental. Mantiene limpio y ordenado el lugar donde vive. Para el cuidado de su piel se aplica protector solar a diario y se aplica cremas humectantes.

Datos de dependencia.

Al momento de la valoración no se muestra datos de dependencia, la paciente luce limpia.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Valoración.

- La paciente es una persona que trata de evitar los peligros.

Datos de dependencia.

- A la valoración la paciente ingiere bebidas alcohólicas sufre de hipertensión arterial y de diabetes lo cual la pone en propenso peligros.

Diagnóstico de enfermería.

- Riesgo de caídas en adultos (00303).
- Riesgo de lesión (00035).

Plan de cuidados.

Objetivos:

- Orientar al paciente sobre los posibles peligros del entorno.

Intervención de enfermería.

- Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.
- Realizar una evaluación del entorno del hogar para identificar peligros potenciales para caídas.
- Educar a la paciente y su familia sobre la importancia de mantener los pasillos despejados y utilizar zapatos antideslizantes.

Evaluación.

- La paciente esta informada sobre los posibles peligros en su entorno y a decidió cambiar un poco su estilo de vida.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Valoración.

- La paciente se expresa de manera verbal y coherente, además dice tener buena comunicación con sus familiares. Es viuda y tiene tres hijos, dos varones y una mujer. Sus hijos varones viven fuera del estado los cuales están casados con hijos vienen a verla en las vacaciones pero siempre están es constante comunicación, la única que esta con ella en casa es su hija. Tiene buena comunicación con sus vecinos. No presenta problemas de audición.

Datos de dependencia.

- Al momento de valoración la paciente no presenta datos de dependencia.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Valoración.

- La paciente práctica la religión católica, no cuenta con ninguna restricción por parte de su religión para seguir indicaciones médicas, su sistema de creencias le proporciona consuelo, fuerzas y fe en Dios y la Virgen de Guadalupe, ella comenta que lo que le da sentido a su vida es la fe en Dios, sus hijos y nietos, considera que lo más valioso en sus vida es que su familia siempre este unida y salud buena.

Datos de dependencia.

- No presenta datos de dependencia.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Valoración.

- Actualmente se dedica a las labores del hogar, y le gusta tejer vende lo que fabrica, esta pensionada por parte de su esposo y sus hijos le mandan dinero mensualmente por lo cual no tiene preocupación alguna.

Datos de dependencia.

- No se encontró datos de dependencia.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Valoración.

- La paciente es una persona enérgica en las actividades recreativas sobre todo sin son de la iglesia a la que asiste, común mente también se reúne con amigas y hermanas de la iglesia a desayunos.

Datos de dependencia.

- A la valoración no se encontró datos.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Valoración.

- Es una persona que tiene dudas al respecto de lo que le está aconteciendo en estos momentos ya que ella nunca se había sentido tan mal.

Datos de dependencia.

- Desconocimiento de la enfermedad y cuidados a tener sobre la enfermedad.

Diagnóstico de enfermería.

- Disposición para mejorar la autogestión de la salud (00293).
- Disposición para mejorar el autocuidado.

Plan de cuidados.

Objetivos.

- Orientar y proporcionar al paciente y familiar sobre las enfermedades, síntomas, tratamientos y cuidados que hay que llevar.

intervención de enfermería.

- Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado.
- Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.
- Enseñar al individuo el uso adecuado del equipo de control (p.ej., mecanismos de control de la glucosa, lancetas).

Evaluación.

- La paciente se muestra atenta a la información dada y realiza preguntas y así disipa dudas. Se observa tranquila .

CONCLUSION.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que representa un reto significativo para la salud pública a nivel mundial. A través del proceso de atención de enfermería, se ha evidenciado la importancia de un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado, así como la educación del paciente sobre la adherencia al tratamiento y las medidas de prevención.

Es fundamental implementar estrategias de seguimiento y apoyo emocional para asegurar el éxito terapéutico y minimizar el riesgo de recaídas o transmisión. El abordaje integral en el cuidado del paciente con tuberculosis no solo mejora los resultados clínicos, si no que también contribuye a la erradicación de esta enfermedad en nuestra comunidad.