

UNIVERSIDAD DEL SURESTE.



ALUMNA:

Lorena del Carmen Gómez Zacarias

ASIGNATURA:

ENFERMERÍA GERONTOGERIATRICA

LICENCIATURA:

Lic. En enfermería

6° CUATRIMESTRE

ACTIVIDAD:

Caso clínico

DOCENTE:

L.E. Leidy Diana Estrada García

LUGAR:

Pichucalco Chiapas.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

1.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: Josefa P.G.

SEXO: Femenina.

EDAD: 53 años.

FECHA DE NACIMIENTO: abril de 1988.

ESTADO CIVIL: Casada.

RELIGIÓN: Evangélica.

ESCOLARIDAD: Primaria.

OCUPACIÓN: Ama de casa.

PROCEDENCIA: Tabasco.

PERSONA/ S CON LAS QUE CONVIVE: Con su pareja y, hija

ALERGIAS: Al polvo (rinorrea)

FUENTE DE INFORMACIÓN: Entrevista directa y familiar hija.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Síndrome medular.

1.2 PRESENTACIÓN DEL CASO.

La paciente femenina J.P.G. de 53 años con temperatura normal de 36° manifiesta haber tenido una cirugía de síndrome medular hace 4 meses. Hasta la fecha, no presenta antecedentes familiares significativos que puedan influir en su salud actual. Durante su recuperación postquirúrgica, ha seguido las indicaciones médicas, asistiendo a sus controles regulares y manteniendo un seguimiento adecuado de su estado de salud.

HISTORIA DE ENFERMERÍA.

Realizada a las 08 hrs. La paciente se muestra tranquila y colaboradora, comenta que se encuentra más tranquila que el día de su ingreso; tiene la cama en posición semifowler. Le acompaña su hija, en todo momento se observa atenta a las necesidades de la paciente. y responden a las preguntas.

En la valoración de hoy, la paciente se muestra estable y sin signos de complicaciones postoperatorias. Sin embargo, refiere cierta preocupación por su proceso de recuperación y cómo ha afectado su calidad de vida. Además, menciona que ha experimentado episodios ocasionales de depresión relacionados con su estado de salud.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Inicia su padecimiento el 15 de mayo del 2024, cuando al realizarse la auto exploración física se pudo dar cuenta que sus movimientos no concordaba a su motricidad motora, sin ponerle mucha atención ya que le dio pena y miedo en ese momento sin acudir al médico y sin comentar a sus hijos de la problemática.

Para 01 febrero del 2025 la movilidad de sus extremidades fue descendiendo aún más la cual ya tenía complicaciones para realizar sus tareas del hogar, y sus necesidades personales, posterior acudieron a su hospital de grandes especialidades, DR. JUAMGRAN CASUS le solicitan a realizar los estudios, radiografías, TAC, posteriormente le solicitan resonancia magnética manifestando síndrome medular.

La cual es programada para cirugía 04 de abril del 2025, el cual se realiza neurocirugía en las cervicales. Para el día 09 de mayo es programada para sus primeras valoraciones físicas en el hospital de grandes especialidades DR. JUANGRAN CASASUS. Informa que después de ser intervenida quirúrgicamente del procedimiento de la neurocirugía sufrió episodios depresión manifestando tener miedo al no tener resultado de la cirugía.

Posteriormente recibió apoyo psicológico del personal profesional y estuvo en contacto con mujeres que pasaron por este mismo padecimiento y que fue positivo para su recuperación poco a poco, hoy se muestra más tranquila.

Miércoles 10 de junio ingresa al hospital al servicio de medicina interna Para la valoración física y psicológica, ingreso por su propio pie sin observar alteraciones en la marcha, consciente y orientada en lugar y espacio.

1.3 Valoración Física Focalizada a la Persona.

Signos Vitales:

Temperatura: 36.7°C, T/A: 115/80, Pulso: 72 por minuto, Respiración: 20 por minuto.

Peso: 72 kg Talla: 158 IMC: 28 observándose desviación del rango normal sobrepeso.

Cabeza: Normal, simétrica.

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

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

Ojos: El color de los ojos marrones 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. No utiliza placas dentales.

Presenta higiene adecuada a la observación. Su mucosa oral y lengua se observan hidratadas e íntegras.

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 un poco rígida, además de una tráquea central y desplazable. Presencia de glándula tiroides sin alteración, no presenta alteraciones en cuanto a la piel.

Oídos: La paciente menciona que no presenta dificultades para oír, careciendo de síntomas como zumbidos, vértigo o dolor. A la inspección se encuentran permeables y se observa la membrana timpánica de color perla sin alteraciones.

Tórax: Aparentemente normal presenta una forma simétrica y bien definida. La piel que lo recubre es de color uniforme, sin lesiones ni anomalías visibles. Al observar el tórax desde el frente, las clavículas están a la misma altura y los espacios intercostales son visibles y simétricos. La respiración es tranquila y rítmica, con un movimiento armónico de la pared torácica.

Mamas: Se observan con un color de piel normal lisa sin alteraciones, se observa una mama péndula, de abundante tamaño, de consistencia adecuada inspección 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 la paciente presenta abdomen un poco inflamado manifestado un hábito intestinal que se caracteriza por la dificultad para evacuar. Actualmente, refiere que realiza el acto de defecar aproximadamente dos veces al día, pero describe las características de heces duras, lo que indica la presencia de estreñimiento. Para manejar esta situación, la paciente ha estado utilizando laxantes.

Vulva: Normal sin alteraciones que afecten a la paciente su calidad de vida.

Extremidades superiores: A la observación se denota unas extremidades entregadas 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 y limpias que garantiza la higiene de la misma, sin presencia de micosis que pueda afectar su estabilidad.

Extremidades inferiores: A la inspección se denota unas extremidades inferiores integra y simétricas. Se palpan cada uno de los pulsos pertenecientes a esta área encontrándose con ritmo un poco tenso en los músculos, se observa la presencia de varices.

1.4 valoración por necesidades básicas de Virginia Henerson..

1.NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Valoración.

T/A: 115/80

Pulso: 72 X min

Respiración: 20 x min

Temperatura: 36.7°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.

- ❖ Intolerancia a la actividad relacionada con la fatiga y la falta de oxigenación adecuada durante el ejercicio físico.

Plan de cuidados.

Objetivo:

Reforzar la técnica de la entrada y salida de aire.

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 sigue las intervenciones de enfermería, se observa más relajada y tranquila, respirando por nariz y exhalando por boca. La cual se observa respondiendo adecuadamente.

2.NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION.

Valoración.

Dieta Blanda que incluye frutas, verduras, cereales, leguminosas y carnes blancas y en poca cantidad las rojas. No usa prótesis dental, mucosas orales hidratadas sin alteraciones, hace tres dietas al día.

Datos de dependencia.

La gestión del dolor es crucial en la recuperación de la paciente, puede necesitar medicamentos para controlar el dolor postoperatorio, lo que puede influir en su capacidad de ingesta de alimentos.

Diagnóstico de enfermería.

- ❖ Pérdida de apetito relacionado con el dolor postoperatoria
- ❖ Manejo del dolor para evitar deshidratación
- ❖ Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con el bajo aporte de líquidos.

Plan de cuidados.

Objetivo:

Mantener la ingesta de líquidos adecuado.

Intervención de enfermería.

- ❖ Facilitar los medios que puedan minimizar los efectos de riesgo de caídas
- ❖ Crear un ambiente placentero durante la comida (colocar cómodos, orinales y el equipo de succión fuera de la vista)

Evaluación.

La paciente se encuentra con una hidratación adecuada, lo que con frecuencia se denomina normohidratación, es importante para la salud y el bienestar. Incluso pequeñas pérdidas de agua corporal pueden afectar de forma negativa al músculo en cuanto a la fuerza, la resistencia y la captación máxima de oxígeno. se procura tener su unidad ventilada para evitar la acumulación de olores y el cómodo se retira al baño.

3.NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Valoración.

El proceso de la recuperación se ha observado cambios en patrón de eliminación en la paciente, de dos veces al día disminuyendo la capacidad para evacuar con dificultad a la defecación describe heces duras.

Datos de dependencia.

Estreñimiento.

Diagnóstico de enfermería.

Estreñimiento relacionado con la falta de ingesta adecuada de líquidos y fibra, y la falta de actividad física, manifestado por evacuaciones infrecuentes (menos de tres

veces por semana), esfuerzo durante la defecación y sensación de evacuación incompleta.

Plan de cuidados.

Objetivo:

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

Intervención de enfermería.

- ❖ Evaluar los hábitos dietéticos y de fluidos del paciente.
- ❖ Fomentar el aumento en la ingesta de líquidos (al menos 2 litros al día si no hay contraindicaciones).
- ❖ Promover una dieta rica en fibra (frutas, verduras, granos enteros).
- ❖ Recomendar actividad física regular según la capacidad del paciente.
- ❖ Educar sobre la importancia de establecer un horario para ir al baño.

Evaluación.

Su dieta incluye [descripción general de alimentos consumidos, baja en fibra, alimentos procesados]. Se observa distensión leve en el abdomen. No doloroso lo que la paciente le da tranquilidad al defecar.

4.NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Valoración.

Al momento de la valoración no se encontraron datos que manifestaran dependencia.

La paciente se encuentra su entorno ventilado, para mayor comodidad ya que el lugar de donde vive en una zona calorosa.

Datos de dependencia.

Al momento de la valoración no presenta datos de dependencia.

5.NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Valoración

La paciente presenta limitaciones en la movilidad debido a [factores como debilidad muscular, dolor o fatiga]. Se observa que puede realizar movimientos pasivos con asistencia, pero tiene dificultad para iniciar movimientos activos.

Datos de dependencia:

La mayor parte del tiempo se la pasa en cama en posición semifowler, y en su casa no realiza ninguna actividad física. Solo ejercicios recomendados.

Diagnóstico de enfermería.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la movilidad reducida y la incapacidad para cambiar de posición de manera independiente.

Plan de Cuidado.

Objetivo:

Mantener la integridad de la piel y prevenir úlceras por presión durante el proceso de recuperación.

Intervenciones de Enfermería.

- ❖ Evaluar el estado general de la piel al ingreso y diariamente, prestando atención a áreas con mayor riesgo (sacro, codos, talones).
- ❖ Incluir a la familia/ cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
- ❖ Proporcionar dispositivos de asistencia como andadores o bastones según sea necesario.
- ❖ Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- ❖ Proporcionar apoyo emocional y motivacional para ayudar a la paciente a manejar su ansiedad o frustración relacionada con su recuperación.

Evolución

A la observación se denota la paciente un poco de resistencia, cansada, con dolores leves en sus extremidades por los ejercicios que se están llevando para mejorar la movilidad, y mantiene el apoyo familiar.

6.NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Valoración:

La paciente reporta un promedio de siete horas de sueño nocturno, alcanzando un total de aproximadamente ocho horas en un horario que va desde las 9 p.m. hasta las 4 a.m. Durante el día, menciona que ocasionalmente toma siestas que duran alrededor de una hora, generalmente motivadas por el cansancio acumulado.

Datos de dependencia:

Durante la noche despierta continuamente por estar pendiente del sistema de venoclisis se encuentre en buen estado y no realizar un movimiento brusco y des canalizarse accidentalmente.

Diagnóstico de enfermería.

- ❖ Trastorno del patrón de sueño relacionado con interrupciones (de administración de medicamentos y, cambios de venoclisis)

Plan de cuidados.

Objetivo:

Mejorar el bienestar emocional y físico del paciente, promoviendo la recuperación y la estabilidad a través de un enfoque integral que incluya descanso, sueño y apoyo psicosocial.

Intervención de enfermería:

- ❖ Enseñar al paciente técnicas de relajación como la respiración profunda, meditación para reducir la ansiedad y mejorar el estado mental antes de dormir.

- ❖ Evaluar el progreso y ajustar las intervenciones según sea necesario.
- ❖ Proporcionar un espacio seguro para que el paciente exprese sus sentimientos y preocupaciones. Fomentar la comunicación abierta.
- ❖ Disminuir los niveles de ansiedad y facilitar un mejor inicio del sueño.

Evaluación.

Las técnicas de relajación y el apoyo emocional, de sus familiares han ido mejorando a la paciente a conciliar un el sueño se observa dormir más horas sin interrupciones.

7.NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Valoración:

La paciente se viste de manera adecuada para promover su comodidad, seguridad y recuperación postoperatoria. utiliza prendas que no friccione ni presione sobre la herida de igual manera manifiesta tener pena.

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. Facilitando su estilo de vida social.

8.NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

Valoración:

Por el proceso de recuperación y las indicaciones medicas se le hace baños de esponja a la paciente para prevenir infecciones cutáneas. Que Pueda complicar su estado de salud.

Datos de dependencia:

Se observa facies de preocupación ya que le produce dificultad al bañarse necesita asistencia para moverse o alcanzarse áreas del cuerpo que requieren limpieza o aplicación del producto.

Diagnóstico de enfermería.

- ❖ Riesgo de infección relacionado con la falta de higiene y protección inadecuada de la piel, manifestado por la presencia de lesiones cutáneas y falta de cuidado en la higiene personal."

Plan de cuidados.

Objetivo:

- ❖ Mantener la integridad de la piel del paciente.
- ❖ Promover prácticas adecuadas de higiene personal.
- ❖ Prevenir infecciones cutáneas.

Intervención de enfermería.

- ❖ Evaluar el estado de la piel del paciente regularmente para identificar cualquier cambio o lesión.
- ❖ Educar al paciente sobre la importancia de mantener una buena higiene personal y el cuidado adecuado de la piel.
- ❖ Implementar un plan de baño diario o según sea necesario, utilizando productos suaves y adecuados para el tipo de piel del paciente.
- ❖ Aplicar cremas hidratantes o protectoras según las necesidades específicas del paciente para prevenir irritaciones o lesiones.

Evaluación.

A la observación se muestra la paciente relajada, tranquila, colabora en todo momento con la higiene personal, mantiene uñas cortas y limpias para prevención de infección por una mala técnica de lavado de manos se evalúa como un aprendizaje significativo.

9.NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Evaluación.

Es una persona que siempre mide el peligro o trata de evitarlos, su hija permanece con ella para apoyar en sus necesidades.

Datos de dependencia:

A la valoración la paciente depende parcialmente de apoyo para la deambulaci3n la hija siempre permanece con la se1ora.

Diagn3stico de enfermería:

- ❖ Riesgo de caída relacionado por decesos de la movilidad de las extremidades inferiores.

Plan de cuidados.

Objetivo:

- ❖ Orientar al paciente y familiar para evitar riesgo de caídas en superficies de altura y, suelos resbaladizos.

Intervenci3n de enfermería:

- ❖ Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelo resbaladizo, y escaleras sin barandales).
- ❖ Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- ❖ Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos.

Evaluaci3n:

Se observa a la paciente colaborando se ve m1s motivada realizando sus movimientos se presencia un poco de molestia al bajarse, su hija le da apoyo en todo momento siguen las indicaciones de enfermería la cual se les dio la educaci3n para evitar riesgo de caídas.

10.NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Valoración:

Se expresa de manera verbal, es coherente en su comunicación y congruente con sus expresiones, además de que refiere tener comunicación adecuada con sus familiares, manifiesta tener zumbidos de oídos.

Datos de dependencia:

Se observó ala paciente con problemas de la presión arterial relacionado con zumbidos de oídos.

Diagnóstico de enfermería:

- ❖ Alteración de la presión arteria

Plan de cuidados:

Objetivo:

- ❖ Tomo de signos vitales las veces que se han necesario
- ❖ Ofrecer apoyo emocional valida sus sentimientos y preocupaciones. A veces, simplemente saber que hay alguien dispuesto a escuchar puede aliviar parte del estrés que siente.
- ❖ Practicar la escucha activa, mostrando empatía y comprensión. Haciendo preguntas abiertas para fomentar la conversación y permitir que la paciente exprese sus preocupaciones sobre los zumbidos y su salud en general.

Evaluación:

A la observación la paciente se muestra tranquila expresa sus emociones y necesidades con el personal de salud y familiares que la acompaña lo que facilita la comunicación y la escucha activa.

11.NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Valoración:

Se observa la paciente orando en su cama dándole gracias adiós, pidiéndole Fortaleza ya que ella manifiesta que son pruebas lo que está atravesando más sin embargo ella confía grandemente en dios que se recupera pronto, observando a la paciente que le da calma la oración.

Datos de independencia:

Al momento de la valoración no presenta datos de dependencia.

12.NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Valoración:

La paciente es ama de casa sus ingresos económicos provienen de su pareja sentimental, y menciona que su hijo de igual manera la poya económicamente para sus medicamentos y sus citas medicas

Datos de independencia:

A la valoración no se encuentra datos de dependencia.

13.NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Valoración:

Es una persona que realiza caminata sin hacer mucho esfuerzo físico, en este momento ejercita su memoria leyendo la biblia. O cantando algunas alabanzas.

Datos de dependencia:

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

Diagnóstico de enfermería:

- ❖ Disminución de la participación en actividades recreativas evidenciado por la falta de interés en actividades lúdicas y la expresión de frustración por los síntomas.

Intervención de enfermería:

Objetivo.

Mejorar la participación de la paciente en actividades recreativas y lúdicas, promoviendo su bienestar emocional y físico.

- ❖ Involucrar otros pacientes en sus actividades recreativas.
- ❖ Realiza ajustes al plan según sea necesario, basándote en sus comentarios y experiencias.
- ❖ Enseña técnicas de relajación y respiración que pueda utilizar antes o durante las actividades recreativas para ayudar a controlar los zumbidos.

Evaluación:

Se muestra más motivada hay relaciones afectivas con otros pacientes, se muestra más participativa para mantenerse en actividades recreativas su hija y familia continúan con el apoyo familiar lo que ayuda mucho en la paciente.

14.NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Valoración:

La paciente comente que desconoce la procedencia de su patología y cuál es su procedimiento menciona que ha investigado en internet así aclarando sus dudas cuáles son sus causas, procedimientos y cuidados.

Datos de dependencia:

Desconocimiento sobre su patología, procedimientos, y cuidados postoperatorios.

Diagnóstico de enfermería:

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

Plan de cuidados.

Objetivo:

Orientar y educar al paciente y familiar proporcionándole materiales ilustrativos sobre la patología, cuáles son sus procesos, cuidados postoperatorios, y posibles complicaciones.

Intervención de enfermería.

- ❖ Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognoscitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente.
- ❖ Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.
- ❖ Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.
- ❖ Mantener la escucha activa de apaciente a enfermeros (a)
- ❖ Orientar a familiar con la información adecuada y precisa

Evaluación.

Se observa la paciente un poco más tranquila ha evolucionado aparentemente bien durante el proceso de observación, responde adecuadamente a las actividades físicas y cognitivas se muestra orientada sobre la patología y su familiar la sigue apoyando en todo momento le clara algunas dudas que no logra comprender de igual manera se le proporciona un manual de enfermería para más información en el auto cuidado.

