



Ensayo

Nombre del Alumno: José Luis de la Cruz Villamil.

Nombre del tema: Aplicación del proceso de atención de enfermería.

Parcial: Único.

Nombre de la Materia: Enfermería Gerontogeriatrica.

Nombre del profesor: L. E. Leidy Diana Estrada García.

Nombre de la Licenciatura: Lic. Enfermería.

Cuatrimestre: 6to cuatrimestre.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

I. Ficha de identificación.

NOMBRE: Jairo Monet de la Torre Pinto.

SEXO: Masculino.

EDAD: 25 años.

FECHA DE NACIMIENTO: 4 de Mayo de 2000.

ESTADO CIVIL: Soltero.

RELIGIÓN: Islámica.

ESCOLARIDAD: Universidad.

OCUPACIÓN: Contador.

PROCEDENCIA: Chicago, Estados Unidos.

PERSONA/S CON LAS QUE CONVIVE: Ninguna.

ALERGIAS: Ninguno.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Entrevista directa.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Neumonía.

II. Presentación del caso.

Paciente maculino de 25 años de edad, estatura de 1.70 m, peso de 74 kg, soltero, ocupación: contador, religión islámica, afirma tener el hábito de fumar, su dieta se basa en comida hecha en casa, en su defecto comida rápida de vez en cuando. Vive en el centro, Chicago, EE. UU.

2.1. Historia de enfermería.

Realizada a las 0800 hr. El paciente muestra malestar en general (fiebre), el dolor torácico disminuyó; la administración de líquidos por vía intravenosa muestra resultados positivos en su nivel de hidratación. El día de su ingreso fue necesario colocar mascarilla debido a su dificultad para respirar, actualmente se muestra más estabilizado. El paciente se encuentra en posición Semifowler. Su estado anímico resulta un poco ansioso, debido a su condición o falta de oxígeno que mostró en un inicio. Su madre que viajó para visitarlo, se encuentra en la sala de espera, llegó un día después de su ingreso, un tanto consternada. Se muestra curiosa ante la situación de su hijo. Parece estar más tranquila después de recibir la noticia de que su hijo responde bien al tratamiento.

2.2. Antecedentes patológicos.

Los síntomas empezaron el 3 de Marzo de 2025 con una tos recurrente acompañada de un dolor pleurítico, con fiebre seguido días después de una dificultad respiratoria. Al principio no acudió al médico debido a la creencia de que pudiera ser el inicio de un resfriado común. Fue llevado al hospital por un amigo y compañero de trabajo cuando empezó a notar una dificultad para respirar. Empezó con el hábito del tabaquismo en la secundaria como una actividad de integración al grupo que después lo siguió hasta la actualidad fumando una cajetilla de cigarros a la semana. Practicava gimnasia como hábito de 3 a 5 días a la semana antes de mostrar los

síntomas. Frecuentaba mucho los lugares encerrados o encruzijados debido a su trabajo en el que se pudo topa con personas que mostraban signos de alguna gripe o resfriado. El humo era algo habitual en su actividad diaria ya que vive en el centro de la ciudad y el paso del tráfico es recurrente.

Fue ingresado al hospital el 13 de Marzo del 2025 a las 0900 hr, en la cama 3705, se le administran líquidos por vía intravenosa y se le realizó oxigenoterapia por presentar bajos niveles de oxígeno en sangre.

III. Valoración física focalizada a la persona.

-Signos vitales:

Temperatura: 40°C, T/A: 100/80 mmHg, Pulso: 100 latidos por minuto, F/R: 23 respiraciones por minuto.

-Peso: 74 kg,

-IMC: 22.7

-Cabeza: Normal y simétrica

-Cara: Con forma de cuadro y quijada pronunciada.

-Ojos: Café oscuro, tamaño regular.

-Oídos: Son de tamaño normal, no presenta acumulación de cerumen o alguna infección.

-Nariz: A la observación se muestra con una nariz pronunciada hacia abajo en forma curvada, la inspección presenta una mucosa no tan abundante ni espesa como se esperaría, es de color verdosa.

-Boca: A la observación muestra una boca con labios un tanto gruesos. Tiene dientes amarillentos con encías un tanto retraídas. A la inspección presenta un poco de tos con flema un tanto amarillenta.

-Cuello: A la observación muestra una ligera tensión en los músculos del cuello que le provoca dolor, presenta irritación de las amígdalas.

-Tórax: Presenta un poco de dolor al inspirar y toser. Con inspiraciones un tanto rápidas.

-Pulmones: A la inspección se presenta una opacidad pulmonar, de distribución lobar. Muestran signos de inflamación, los alveolos muestran signos de pus lo que dificulta su respiración.

-Corazón: Muestra un ligero aumento en su frecuencia cardíaca debido a la falta oxígeno presentada con anterioridad.

-Abdomen: A la observación no muestra signos de alarma. A la auscultación no presenta irritabilidad en el diafragma, ni signos de diarrea.

-Riñones: A la percusión no presente síntomas y signos graves.

-Aparato genital: No se realizó examen en esta zona por no tener el consentimiento del paciente.

-Extremidades inferiores: A la observación no presenta síntomas y signos graves o de alarma, son de tamaño normal, sin presentar alguna deformidad.

-Espalda: A la inspección no muestra un signo grave de alarma, sin embargo, presenta dolor debido a la inflamación causada por la tos.

IV. Valoración por necesidades básicas de Virginia Hederson.

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

-Valoración:

T/A: 100/80

Pulso: 100 latidos por minuto.

F/R: 23 respiraciones por minuto.

Temperatura: 40°C

-Datos de dependencia:

Presenta disnea con taquipnea aparentemente, no presenta sibilancias al respirar. Presenta un poco de tos con expectoración de mucosidad leve.

-Diagnóstico de enfermería:

1. Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con la inflamación pulmonar manifestado por dificultad respiratoria, tos y niveles bajos de oxígeno en sangre.

2. Patrón de deterioro ineficaz ya que el paciente tiene dificultad para respirar adecuadamente debido a la inflamación y el dolor.

-Plan de cuidados:

Objetivo: Aliviar los síntomas de neumonía (Dolor torácico, tos, dificultad para respirar...)

-Intervención de enfermería:

1. Fomentar el reposo en un ambiente ameno para el paciente evitando actividades que el resulten extenuantes.
2. Administrar líquidos por vía intravenosa para una buena hidratación y para aliviar los síntomas de la fiebre.
3. Administrar medicamentos con prescripción de un profesional de la salud para erradicar la bacteria que ocasiona los síntomas.

-Evaluación:

El dolor torácico ha empezado a disminuir, la tos continúa, pero con menos agresividad y el paciente responde a los medicamentos administrados. Se muestra menos ansioso.

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

-Valoración:

Consumir alimentos ricos en magnesio como son las nueces, cereales, semillas, zanahorias para relajar el músculo liso de las vías respiratorias y, con ello, ayuda a que trabajen de mejor manera el uso de antibióticos.

Datos de dependencia: No muestra signos de resistencia al antibiótico, los síntomas de malestar empiezan a disminuir con ello el malestar en general. El paciente se muestra un poco más receptivo.

-Diagnóstico de enfermería:

1. La inflamación de la garganta dificulta la hora de alimentar al paciente por lo que puede que no trate de satisfacer esa necesidad.

2. Muestra dificultad para ingerir líquidos por vía oral.

-Plan de cuidados:

Objetivo: Mantener y fomentar la buena nutrición del paciente.

-Intervención de enfermería:

1. Ingesta abundante líquidos (agua, caldos) para fluidificar las secreciones.

2. Dieta rica en nutrientes para fortalecer el sistema inmunológico con alimentos de fácil deglución.

3. Concientizar al paciente y a sus cercanos del uso de irritantes (tabaco) que agravan con la situación y mejora del paciente.

-Evaluación:

Se cambió a una dieta que incluya alimentos que puedan saciar al paciente y a su vez hidratarlo y que sea de fácil deglución para el paciente. Presenta una mayor disposición al alimentarse.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

-Valoración:

La fiebre provoca la sudoración que a su vez incita a la deshidratación del paciente lo cual puede afectar a la eliminación.

Datos de dependencia: Dolor de cabeza y sensación de fatiga.

-Diagnóstico de enfermería:

1. Dolor de cabeza relacionado con la deshidratación.
2. La fatiga o malestar ocasionado por la fiebre hace que su estado anímico oscile entre receptivo y no colaborador.

-Plan de cuidados:

Objetivo: Minimizar la temperatura corporal del paciente.

-Intervención de enfermería:

1. Monitorizar constantemente los signos vitales al paciente.
2. Administrar medicamentos de venta libre como paracetamol e ibuprofeno para controlar la fiebre.
3. Seguir con la administración de líquidos adicional al paciente para evitar complicaciones que puedan llegar a darse (diarrea).

-Evaluación:

Parece ser que la fiebre a empezado a disminuir debido al uso de la medicación a favor de la hidratación adicional propiciada. Pasó de tener un cuadro de fiebre a febrícula.

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

-Valoración:

El paciente muestra buena disponibilidad a la hidratación y a la alimentación rica en nutrientes y de fácil deglución, sin embargo, aún presenta febrícula.

Datos de dependencia: Se muestra positivo a los estímulos externos a su condición.

-Diagnóstico de enfermería:

1. Presenta febrícula a pesar de responder bien a los tratamientos.
2. El ambiente de la estancia del paciente no es aceptable debido a la poca climatización del lugar.

-Plan de cuidados:

Objetivo: Regular la temperatura del paciente.

-Intervención de enfermería.

1. Aplicar compresas frías en el paciente, así como asegurar un ambiente fresco.
2. Propiciar baños de agua tibia.
3. Seguir con la medicación recomendada para la febrícula.

-Evaluación:

El paciente se mantiene estable, la febrícula empieza a estabilizarse y responde positivamente a los baños de agua tibia.

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

-Valoración:

Se le dificulta un poco realizar alguna actividad debido a la enfermedad.

Datos de dependencia: La dificultad para respirar y relación con la fatiga después de salir de un cuadro de febrícula.

-Diagnóstico de enfermería:

1. La dificultad respiratoria se a la inflamación de los pulmones.
2. La respiración del paciente afecta a su estado activo e incrementa la fatiga de este.

-Plan de cuidados:

Objetivo: Mejorar la disposición del paciente para ser más activo.

-Intervención de enfermería:

1. Ayudar al paciente a mantener una postura adecuada.
2. Variar en los cambios posturales según la necesidad del paciente en caso de irritabilidad y evitar una trombosis venosa.
3. Ayudar al paciente a realizar otras actividades que haría por sí mismo, de a poco sin forzarlo demasiado.

-Evaluación:

La movilidad limitada del paciente impedía la expansión pulmonar y la buena oxigenación. Presenta una mayor facilidad para respirar y drenaje de secreciones.

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

-Valoración:

La fatiga acumulada provocó una recuperación escasa durante el sueño, por ende, el descanso era casi nulo.

Datos de dependencia: Aunque ya se corrigieron las posturas que provocaron dolor, aún presenta un cierto matiz de incomodidad.

-Diagnóstico de enfermería:

1. Mostraba interrupciones a la hora del querer descansar. Comunica quejas sobre su malestar de espalda y entumecimiento en extremidades.

2. Mostraba preocupación por su situación de salud y sus días faltando a sus labores diarias.

-Plan de cuidados:

Objetivo: Aliviar el dolor muscular del paciente.

-Intervención de enfermería:

1. Regular e implementar horas de sueño e incitar a realizar actividades de relajación antes de dormir.

2. Los fármacos para la relajación deberán de administrarse en caso de ser necesario.

3. Colocar al paciente en una posición semisentada cuando sienta entumecimiento.

-Evaluación:

El paciente se muestra un poco más relajado y las interrupciones dejan de ser tan recurrentes. Los cambios de posición favorecen a su estabilidad psicológica.

7. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

-Valoración:

No presenta problema con la ropa de vestir del hospital. Dice sentir frescura con la ropa implementada lo que ayuda a su comodidad y hace transe más llevadero en la estancia hospitalaria. Le provoca un poco de comezón.

Datos de dependencia: El paciente se siente cómo con la ropa puesta aunque de vez en cuando quiere cambiarla debido a la sudoración que aparece con menos frecuencia.

-Diagnóstico de enfermería:

1. El sudor se debe a que la ropa usada es un poco acaparante.
2. El material usado para la bata hospitalaria le provoca comezón.

-Plan de cuidados.

Objetivo: Asegurar la comodidad del paciente.

-Intervención de enfermería:

1. Colocar ropa que sea fácil de cambiar y limpiar, que sea de un material suave.
2. Si el paciente siente frío o calor se deberá de adaptar la ropa conforme a sus necesidades.
3. Promover la elección de ropa para promover su autonomía de elección y pueda opinar con seguridad.

-Evaluación:

El paciente se muestra más contento con la elección de ropa lo que ayuda a regular mejor su estado de sueño y se siente más cómodo al optar por ropa que le resulta más ligera.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

-Valoración:

Los baños con agua tibia mejoran la termorregulación del paciente y no presenta alguna afección o incomodidad con respecto a sentirse sucio o sudado a comparación del inicio de su estancia.

Datos de dependencia: A la observación no parece haber algún cúmulo de suciedad extracorpórea en alguna de sus extremidades, aunque presenta enrojecimiento en brazos debido a la comezón que le afectaba la ropa anterior.

-Diagnóstico de enfermería:

1. La autonomía para la movilidad del paciente aún se ve afectada a la hora de realizar actividades como su aseo personal.
2. Debido a la comezón de la ropa presenta enrojecimiento.

-Plan de cuidados:

Objetivo: Facilitar el aseo personal del paciente.

-Intervención de enfermería:

1. Realizar baños de agua tibia con jabón neutro y tener énfasis en zonas donde pudiera haber humedad.

2. Aplicar cremas rehidratantes para aliviar la irritación en la piel.

3. Realizar masajes en las zonas de presión e implementar protectores de talón y codo.

-Evaluación:

El paciente se muestra positivo a la atención brindada. A pesar de su estancia en el hospital, las ganas de fumar se ven interrumpidas ya sea por su dolencia o bien por el cuidado brindado. El enrojecimiento en la piel desapareció.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

-Valoración:

El paciente cuando tiene la necesidad de hacer algún movimiento de mayor dificultad pide ayuda de las enfermeras a cargo de su cuidado, muestra confianza a la hora de querer o necesitar de una necesidad ya sea la de ingerir líquidos o ir al baño.

Datos de dependencia: A la observación se ve que el paciente aún tiene alguna dificultad para moverse libremente para ir a cubrir sus necesidades o asearse.

-Diagnóstico de enfermería:

1. El suelo puede producir una caída abrupta del paciente.

2. Puede pedir ayuda para ir al baño pero a la hora de querer hacer sus necesidades tiene que recurrir a la ayuda de alguna enfermera.

-Plan de cuidados:

Objetivo: Evitar riesgos que compliquen la situación del paciente y al personal.

-Intervención de enfermería:

1. Se deben identificar y eliminar los riesgos en el entorno del paciente, como superficies resbaladizas, cables sueltos, o falta de iluminación adecuada, para prevenir caídas y lesiones.
2. A pesar de la limitación física, se debe fomentar la movilización temprana y segura para prevenir complicaciones como la trombosis venosa profunda y la rigidez articular.
3. Mantener una buena higiene personal y del entorno es fundamental para prevenir infecciones nosocomiales, que pueden complicar la neumonía.

-Evaluación:

El paciente se mantiene atento y en confianza para pedir ayuda cuando lo necesita.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

-Valoración:

Los analgésicos y medicamentos prescritos ayudan a aliviar el dolor de garganta presentado anteriormente. Se comunica claramente de forma verbal pero no suele levantar la voz para no agravar su dolencia.

Datos de dependencia: El paciente muestra dificultad para alzar la voz aunque ya hay una mejor respuesta por parte del tratamiento.

-Diagnóstico de enfermería:

1. El dolor de garganta disminuye, aunque aún es persistente.
2. El paciente quiere comunicarse más con su madre y compañeros de trabajo.

-Plan de cuidados:

Objetivo: Facilitar la comunicación con su entorno.

-Intervención de enfermería:

1. Hidratar al paciente de forma oral para aliviar la resequedad que presenta.
2. Escuchar atentamente las necesidades que le abruman al paciente.
3. Tratar de que el paciente no esfuerce su voz a la hora de querer hablar para pedir una intervención.

-Evaluación:

El paciente muestra un tanto de impotencia por no poder comunicarse libremente, pero muestra una mejoría a la hora de formular las oraciones sin tener que ser interrumpidas por unos tos persistente.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

-Valoración:

Ha tenido un notorio avance en cuanto a su hábito tóxico se infiere, no muestra impulsividad de querer fumar y su estado anímico parece que recupera su estabilidad. Es un paciente joven y aunque la patología no muestra indicios de ser no más que solo una bacteria, el paciente trata de mantenerse firme y se propone no volver a fumar.

Datos de dependencia: El paciente no presenta datos de dependencia.

-Diagnóstico de enfermería:

1. El paciente no tenía una conciencia clara sobre cómo el uso del tabaco puede afectar alguna patología de origen externo.

2. El constante entorno en el que divagaba pudiera ser que afectara su situación y de allí es que resultó contagiarse.

-Plan de cuidados:

Objetivo: Hacer conciencia al paciente sobre el dañino hábito de fumar.

-Intervención de enfermería:

1. Explicar la causa de su enfermedad y su complicación con empatía.
2. Ayudar a buscar ayuda para apaciguar su hábito tóxico.
3. Fomentar a su familiar (madre) el uso de medidas preventivas y apoyo emocional durante este trance.

-Evaluación:

El paciente muestra una mirada de decepción hacia su persona, pero muestra agradecimiento a Dios que no le halla permitido desperdiciar su vida.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

-Valoración:

El paciente quiere continuar con su trabajo y aspirar a abrir su propio despacho para independizarse y tener algo propio.

Datos de dependencia: No muestra datos de dependencia.

-Diagnóstico de enfermería:

1. El paciente ansía el poder salir del hospital para poder continuar con su carrera.
2. Se le dificulta la autodependencia, aunque con menor frecuencia.

-Plan de cuidados:

Objetivo: Ayudar a recuperar su independencia.

-Intervención de enfermería:

1. Ayudar al paciente a cubrir sus necesidades con paciencia y dejar que él se movilice en acciones que involucren un alto riesgo (ir al baño).
2. Mantener el suelo libre de agua o algo que pudiera obstruir el paso del paciente durante su estancia.
3. Realizar actividad física de vez en cuando y monitorear sus signos vitales después de dicha actividad (Caminar unos pasos).

-Evaluación:

El paciente muestra mayor fuerza a la hora de realizar sus actividades independientes, no ha habido un desequilibrio brusco en sus signos vitales y el malestar parece estar bajando la intensidad.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

-Valoración:

El paciente sigue con su ejercicio regular de caminar unos cuantos pasos de manera autónoma, puede acudir al baño sin necesidad de la intervención de enfermería. Muestra una mayor disposición a la hora de alimentarse.

Datos de dependencia: La tos ya ha disminuido, pero sigue tosiendo de vez en vez.

-Diagnóstico de enfermería:

1. La tos sigue un tanto afectiva, pero disminuyó el esputo.
2. Puede regular su sueño, pero su cuerpo aún no responde como el de un adulto autónomo.

-Plan de cuidados:

Objetivo: Fomentar el ejercicio en su vida como una reinviación a su situación.

-Intervención de enfermería:

1. Puede comunicarse a distancia con sus amigos y familia a través del acceso a la tecnología.
2. Seguir con los ejercicios habituales, haciendo hincapié en su desempeño.
3. Fomentar actividades de óseo para mantener activa su imaginación (leer, ver documentales, etc.)

-Evaluación:

El paciente se muestra receptivo a las indicaciones, ha mostrado mejoría en su condición física y en su estado anímico. No presenta alguna dolencia externa a las ya tratadas. Ha adquirido el hábito de leer de vez en vez.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

-Valoración:

El paciente necesita saber más acerca de la respiración profunda y comprender la relación entre la fiebre y neumonía y cómo el hábito de fumar puede agravar más su situación.

Datos de dependencia: Desconcierto sobre los síntomas padecidos y sobre cómo su entorno influye en su salud.

-Diagnóstico de enfermería:

1. Fomentar la educación sobre su enfermedad y cómo puede prevenirla.
2. Educar a sus familiares sobre el apoyo emocional y el tratamiento de la enfermedad en casa.

-Plan de cuidados:

Objetivo: Orientar al paciente a sus familiares sobre el correcto manejo y control de un paciente con neumonía, así como también ofrecer prevenciones en caso de necesitarlo.

-Intervención de enfermería:

1. Aprender sobre los factores de riesgo de la neumonía, como la exposición a ambientes fríos o contaminados, y cómo protegerse.
2. Mantener una buena higiene bucal y corporal para prevenir infecciones secundarias.
3. Información sobre signos de empeoramiento y la importancia de buscar atención médica temprana.

-Evaluación:

El paciente se muestra atento a las indicaciones y quiere saber más acerca de sus cuidados para poder llevar una vida más autónoma después de ser dado de alta.

V. Referencias

1. Albores. (2019). *Enfermería gerontogeríátrica*. Comitán de Domínguez. .
2. Cortéz, M. I., & Cano, V. L. (27 de Mayo de 2020). *rua.ua.es*. Obtenido de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/107184/1/Cuidados_de_enfermeria_del_paciente_con_neumonia_nosocomi_Lloret_Cano_Victor.pdf
3. Josué, C. L. (17 de Abril de 2019). *Universidad señor de sipan*. Obtenido de repositorio.uss.edu.pe:
[https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6311/Chapo%C3%B1an%20Lopez%20Jhonatan%20Josue.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=\(2\)%20Page%2012%2012%20Siendo,Dormir%20y%20descansar%2C%20Necesidad%2006](https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6311/Chapo%C3%B1an%20Lopez%20Jhonatan%20Josue.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=(2)%20Page%2012%2012%20Siendo,Dormir%20y%20descansar%2C%20Necesidad%2006):