

Karla Cristell Pérez Hernández

Grado: 6to

Grupo: Q

Maestra: Gabriela Priego Jiménez

Materia: Práctica clínica de Enfermería



Introducción:

Aquí en este ensayo veremos las acciones de enfermería a realizar y los factores que intervienen en el proceso de la salud- enfermedad del paciente, así como la clasificación de los tipos de valoración, lo que podemos emplear para contribuir, objetivos de cada una, los datos importantes a recoger, cualidades para entrevistar a nuestro paciente, en si todo lo relacionado que nos lleve a obtener la información pertinente para poder ayudar y a contribuir a que se haga un tratamiento oportuno, así como las características de la elaboración del informe acerca de las observaciones del paciente de forma concreta, clara y concisa que nos ayudaran, veremos los principales factores de riesgo en un adulto, factor genético, ambiental, fisiológico, conductual y demográfico, así como la atención de enfermería en la detección de factores de riesgo y como prevenirla en un paciente de edad adulta y que acciones podemos realizar para colaborar a su mejora.

Ensayo valoración del paciente adulto:

Desarrollo:

Empezamos por saber que la enfermería es la que se encarga de solucionar o minimizar problemas relacionados con la salud, necesita un método de resolución de problemas a las situaciones que se pueden presentar, en la valoración podemos identificar los problemas y así poder realizar las intervenciones enfermeras, se hace de manera individual, y debe ser continua, y realizarse en todas y cada una de las fases del proceso de enfermería, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando. La valoración se identifica por ser continua, sistemática, planificada, por interpretación de datos sobre el estado del paciente a través de diversas fuentes, cuando eres enfermera y entras en primer contacto con el paciente se debe conocer las condiciones y características de su historia, para de ahí valorar, debemos de conocer el estado de salud del paciente y tener valoración programada para el paciente, la valoración desde un punto de vista funcional se puede clasificar en 2, en la valoración inicial: aquí es la base del plan de cuidados, la que se realiza en la 1ra consulta, recogemos sus datos generales sobre sus problemas de salud y los factores que influyen y la 2da es la valoración continua o focalizada: aquí se realiza de manera progresiva durante toda la atención, se recogen datos a medida que se producen cambios, se realizan revisiones y actualizaciones del plan y detectar nuevos problemas de salud.

Pero también hay que mencionar que la valoración se clasifica según su objetivo: como la valoración general en pocas palabras aquí se conocen y detectan situaciones que necesitan plan de cuidados en marcha, y la valoración focalizada, aquí la enfermera conocerá todos los aspectos específicos del problema. Es importante que al llevar a cabo el proceso de valoración se inicie desde el principio para toma de decisiones importantes pero deben estar influidas por conocimientos, habilidades, creencias de quien lleve a cabo la valoración. Y no solamente nos debemos de basar en la valoración hacia la salud sino también a otras problemáticas como, que están viviendo las personas, sino al modo de responder, de actuar o comportarse.

La valoración es un acto de gran importancia su objetivo es captar en cada momento la situación de salud que están viviendo las personas, así como su respuesta a la misma, es importante que todos absolutamente todos los datos que recojamos sean valorados, y no solo los biológicos, sino también sociales y psicológicos, como lo mencione la valoración es un proceso que se desarrolla en etapas: la 1ra es la recogida de datos aquí se obtiene toda la información necesaria para identificar el problema, causas, posibles variables o interferencias

del mismo y con qué marco de actuación contamos para solucionarlo, sabemos que el objetivo principal es reunir información útil, necesaria y completa sobre nuestro paciente, claramente

La recogida de datos debemos clasificarla para que sean efectivos, y entonces aparecerán los grupos de necesidades y, patrones funcionales de salud, o áreas de salud, hay que mencionar que la información debe ser coherente y complementaria para facilitar su análisis, hay que tener en cuenta las fuentes de donde obtuvimos los datos puede ser primaria (que nos dice el paciente, historia clínica, familiar o amigo) o secundaria (revista profesional o texto de referencia). El tipo de datos divididos en objetivos que se pueden medir como signos vitales y los subjetivos es lo que la persona expresa, sus sentimientos o percepción, también se puede dividir en dato histórico, es decir aquí son antecedentes que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones, enfermedades crónicas o pautas del comportamiento; y también está el dato actual que son los datos de salud que presente actualmente. Cabe mencionar que para recoger la información hay diversos métodos, como una entrevista, esta puede ser formal que es la comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente y la entrevista informal en la que es la que se realiza entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.

El objetivo principal es obtener la información necesaria para un diagnóstico enfermero y planificar cuidados, también facilita la relación entre el enfermero-paciente, permite que el paciente se informe e identifique sus problemas, la entrevista tiene un inicio, cuerpo y cierre, en pocas palabras el inicio se centra en la creación de un ambiente favorable, donde se desarrolla una relación interpersonal positiva, el cuerpo: se obtiene la información necesaria comienza a partir del motivo de la consulta y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Y el cierre: aquí se resumen los datos más significativos, se constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación. Para las técnicas de la entrevista pueden ser verbales o no verbales, cabe mencionar que el entrevistador debe mostrar empatía, sentir cómodo al entrevistado, debe haber una proximidad afectiva entre el paciente y profesional, respeto, apreciando su dignidad y valores, tener autenticidad, debemos observar bien al paciente sin que se sienta incomodo, realizar la exploración física puede entra la palpación: consiste en la utilización del tacto, así como se utiliza para la palpación de órganos en abdomen y los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración. El otro sería la percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos, o también la Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos

por los órganos del cuerpo y se utiliza el fonendoscopio para determinar características sonoras de pulmón, corazón e intestino.

Debe haber un criterio de valoración siguiendo un orden de pies a cabeza, de valoración de sistemas y aparatos, por valoración de patrones funcionales de salud, debe haber una validación de los datos, debe haber doble comprobación y técnica de reformulación que ayudan a asegurarse de que el paciente quiere decir lo que realmente dice, evitando las interpretaciones erróneas, para ello se pregunta por el dato en concreto de diferente manera.

Se deben organizar los datos por categorías, es importante la valoración mediante los patrones funcionales y por necesidades básicas ya que los diagnósticos de enfermería ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, confirmando la carencia de necesidades básicas, cuando organicemos los datos nos permitirá conocer los datos relevantes y cuáles no, para comprender mejor la situación del paciente y comenzar la formulación de posibles problemas o diagnósticos. Debe haber un registro y comunicación de los datos para constituir un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario, facilitar la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad, permitir una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad y también servir como prueba legal, debe haber una correcta anotación de registros sin prejuicios, que los datos objetivos se fundamente en pruebas, que los hallazgos encontrados en la exploración sean explicados meticulosamente, con letra legible.

Siempre debemos de tener esa confidencialidad de los datos y cuidar ante todo la intimidad de nuestro paciente, como enfermera se debe hacer un juicio profesional sobre la eficacia en el funcionamiento del área valorada, la valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras para llegar al diagnóstico enfermero. Para llevar a efecto esta valoración se puede optar por una herramienta que puede ser usada independientemente del modelo enfermero seguido que son los patrones de Marjory Gordon.

Se busca determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de alguno de ellos para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad, los patrones son: Patrón 1: Percepción de la salud, Patrón 2: Nutricional/metabólico, Patrón 3: Eliminación, Patrón 4: Actividad/ejercicio, Patrón 5: Sueño/descanso, Patrón 6: Cognitivo/perceptivo,

Patrón7:Autopercepción/autoconcepto,Patrón8:Rol/relaciones,Patrón9:Sexualidad/reproducción,Patrón10:Adaptación/tolerancia al estrés, Patrón11: Valores/creencias.

También está la valoración de Virginia Henderson mediante las necesidades humanas, debemos saber que un modelo enfermero es el ideal que se debe seguir, cada modelo enfermero tiene sus teorías, cada modelo aporta una visión aunque tengas los mismos componentes, por ejemplo el modelo de Henderson y Dorotea Orem la tendencia de suplencia o ayuda. Ambas conciben el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de su vida (niñez, ancianidad, enfermedad), fomentado, en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del paciente.

Algo que me llamo la atención es que Henderson define a la persona como un individuo que necesita de la asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad y que necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana. Al entorno no lo define como tal pero dijo que lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados ya que la salud puede verse afectada por factores físicos, o factores personales. La salud como capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las necesidades básicas. Y la necesidad básica como todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar; por eso considero las 14 necesidades básicas en nuestra vida como:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener una postura conveniente.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar ropa, vestirse y desvestirse apropiadamente.
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de límites normales.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y proteger el tejido cutáneo.
9. Evitar peligros del entorno e impedir que perjudiquen a otros.
10. Comunicarse y expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar según los valores y creencias.
12. Trabajar y realizarse.
13. Participar en actividades de ocio y recreo.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal.

Claramente podremos encontrar factores que alteren alguna de las necesidades básicas como la edad, temperamento, situación social o cultural, Marcados trastornos del equilibrio, de líquidos y electrolitos, incluidos los vómitos y diarrea, falta aguda de oxígeno, conmoción, estado de inconsciencia, enfermedad transmisible, estado pre o post operatorio, o algún dolor que no se permita tratamiento, etc.

Independientemente el modelo que utilicemos nuestra intención es elaborar un sistema que reúna y unifique todas las posibilidades de valoración existente, o al menos, las más conocidas; con la finalidad de conseguir un lenguaje unificado y estandarizado del que todos formemos parte tanto para su uso, como para su construcción.

Es importante la valoración primaria, la respuesta de nuestro paciente, determinaremos si el paciente está consciente o no, pero si el paciente esta inconsciente debemos de valorar los signos de respiración, garantizar permeabilidad de la vía aérea, reevaluar al paciente constantemente, por posibles cambios en el estado, colocar la mascarilla de bolsa de resucitación si es conveniente, evitemos la hiperventilación y reevaluar y encontrar el pulso carotideo. Pero si está consciente mencionare algunas de las más importantes que es valorar el estado respiratorio, los movimientos respiratorios, si sucediera alguna alteración , si hay ruidos anormales, también vigilar el estado circulatorio, de la misma manera que el anterior, se debe vigilar cualquier anomalía, en el estado neurológico valorar el nivel de consciencia y posible déficit. Ya en la valoración secundaria se evalúa en aquellos casos que los pacientes lo permitan, se reevalúa, funciones vitales, se vuelve a a explorar al paciente, alteraciones motoras, buscar lesiones que no sean evidentes a simple vista, alergias que presente nuestro paciente, saturación de oxígeno, medicamento que esté tomando y de vital importancia las enfermedades significativas.

Ensayo: Características de la elaboración del informe:

Desarrollo:

Sabemos que el registro es elaborado por nosotros el personal de enfermería, las observaciones que le hacemos a nuestro paciente, de manera clara y objetiva, sobre los hallazgos, actividades, decisiones y cuidados brindados a la persona familia o comunidad, inmediatamente después de su realización, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional, así como la evolución de la enfermedad y cuidados. Los tipos de datos pueden ser objetivos y subjetivos como lo mencione en el anterior ensayo pero recalco que los subjetivos es lo que nos dice el paciente y los objetivos son los que podemos medir, debemos dejar constancia de los problemas que presenta el paciente, los cambios, colaborar para el diagnóstico del paciente, se debe hacer desde el ingreso, estancia y el alta del paciente, valoraremos la evolución de la enfermedad, sirve como documento científico y legal, e identificaremos las necesidades del paciente.

Debe de constar de fecha/ hora, sexo, edad, precedencia, contenido y firma; como lo mencione anteriormente es importante anotar las observaciones hechas en el momento, su condición general y no solo física sino también emocional, la reacción al tratamiento o cierto medicamento, la condición de higiene y cuidados prestados, los datos objetivo y subjetivo, la efectividad de medicamentos el apoyo que brindemos y la evaluación del aprendizaje. Cada nota de enfermería debe llevar firma y eso todos lo sabemos, los informes de enfermería por lo general está la valoración del paciente por distinto personal, las intervenciones de enfermería a realizar, educación al paciente, intervención de enfermería dependiente que el medico indique, la evaluación de la eficacia de la intervención, medición realizada por el médico, visitas de otros miembros de salud, como un nutriólogo, debemos ajustar a los principios éticos de la verdad, privacidad, respeto al paciente y debe tener en cuenta todas las implicaciones legales que exige este documento.

La información es lo más esencial anotar cualquier otro cambio de conducta, cambio del funcionamiento físico, cualquier signo o síntoma físico, cualquier intervención de enfermería que se llegue a proporcionar, así como se deben evaluar que el informe este sistemático, que sea lógico, claro, concreto, conciso, breve, que tenga un orden cronológico, claramente no puedes escribir todo revuelto, que sea un vocabulario técnico y evitar abreviaturas que otros puedan confundir y en vez de ayudar pues estaremos perjudicando.

El uso de la tinta también es esencial, o sea depende la institución y además también el cambio de turno, sabemos que cada turno tiene su color de tinta. Las anotaciones exactas consisten en hechos u observaciones exactas, en lugar de opiniones o interpretaciones de una observación, por ejemplo: Es más exacto decir que nuestro paciente rechazó la medicina, (hecho) que decir que el paciente no coopera. Se deben hacer notas de ingreso con los datos esenciales, fecha/hora, sexo, edad, precedencia, como llega el paciente, quien lo lleva, tipo de ingreso, quien lo remite y por qué, diagnóstico, estado de conciencia, estado de ánimo, mental, higiénico, nutricional, descripción céfalo-caudal, las características especiales de actividades diarias, pendiente, signos vitales y firma.

En las notas de recibo de turno aquí es similar, fecha/hora, nombre, edad, recibo paciente, posición, diagnóstico de ingreso, estado de conciencia, ánimo, higiénico, nutricional, descripción céfalo-caudal, líquido endovenoso, signos vitales y forma. En las notas de entrega de turno: fecha y hora, nombre, edad, posición, diagnóstico de base, estado de conciencia, alimentación: tolerancia a la dieta, equipos con los que queda el paciente, ordenes, tratamientos, o laboratorios pendientes, si elimino o hizo deposición (características), signos vitales, firma. Y en las notas de egreso: fecha y hora, nombre, edad, diagnóstico, servicio del que egresa, médico quien ordena egreso, estado de conciencia y orientación, en compañía de quién, ordenes médicas, educación, signos vitales y por supuesto la firma. Considere bueno mencionarlos todos, aunque casi llevan los mismos datos, algunos si cambian.

En las notas de enfermería del traslado del paciente dentro del hospital, el servicio al que se traslada, sexo, edad y diagnósticos, personal de salud que efectúa el traslado, condiciones generales, estado de conciencia, condición física, forma de transporte, entre otros, el familiar y/o responsable, el nombre del médico que da al orden de traslado, documentos que se entregan en medio físico, tarjetas de medicamentos, medicamentos y dispositivos médicos, resultados de ayudas diagnósticas, los equipos de monitoria y/o soporte que tiene en funcionamiento, y procedimientos pendientes.

El único objetivo de todo esto es unir criterios para la elaboración de notas de enfermería y llevar registro de todos los procedimientos, intervenciones o situaciones presentadas durante el turno, como lo mencione anteriormente no solo para algo legal, sino para colaborar con la mejora del paciente.

Ensayo: Principales factores de riesgos y sus efectos en la salud del adulto

Desarrollo:

Bien aquí empezaremos por decir que la salud y el bienestar se ven afectados por múltiples factores; aquellos relacionados con la mala salud, la discapacidad, la enfermedad o la muerte se conocen como factores de riesgo y tiene como característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir una lesión. Claramente se presentan individualmente, sabemos que el envejecimiento de la población y la mayor expectativa de vida han conllevado un aumento en las enfermedades y discapacidades a largo plazo (crónicas), que resultan caras de tratar, en si los factores se pueden dividir en de conducta, fisiológicos, demográficos, medio ambientales, genéticos.

En el conductual aquí suele estar relacionado con las acciones que hacemos, pueden eliminarse o reducirla pero solo si uno propio quiere, ya que anide obliga a nada y la decisión está en uno mismo, por ejemplo el abuso de sustancias nocivas para nuestro organismo, la mala alimentación, no realizar ninguna actividad física, pasar mucho tiempo en el sol, no vacunarse, mantener relaciones sexuales sin protección.

En el factor de riesgo fisiológico pues aquí son los relacionados con nuestro organismo la biología de la persona, pueden verse influidos por una combinación de factores genéticos, de estilo de vida o de tipo más genera, por ejemplo si padece obesidad y es que México está en uno de los primeros lugares en sobre peso, si tiene su tensión arterial muy alta, un alto nivel de glucosa, factor de riesgo demográfico también entraría que son la edad, genero, y subgrupos de la población con el trabajo que se desempeña la religión o sueldo. En los factores de medio ambiental aquí abarca factores sociales, económicos, culturales y políticos; así como factores físicos, químicos y biológicos, por ejemplo el acceso a aguas limpias, riegos laborales, la polución del aire y nuestro entorno social. Ya en los factores genéticos aquí se basa en sus genes, algunas enfermedades como la fibrosis quística y la distrofia muscular se originan totalmente en función de la composición genética del individuo.

También en la lectura mencionaba y me llamo la atención como clasificaban los riesgos globales de mortandad y factores demográficos, donde entraba en 1er lugar la elevación de presión arterial, 2 tabaquismo, 3 nivel alto de glucosa, 4 inactividad física, 5 sobrepeso, 6 colesterol alto, 7 ingesta de alcohol alto, 8 peso insuficiente en la infancia, o sea nada más para que nos demos cuenta que cualquier factor que propiciemos y que tengamos en nuestras manos prevenir podemos hacerlo, con la cultura de prevenir pero eso ya está en cada uno.

Ensayo: Atención de enfermería en la detección de factores de riesgo y prevención del daño en la salud del adulto

Desarrollo:

Aquí empezare por decir que el envejecimiento no es un sinónimo de enfermedad o hacer sentir a la persona que no puede valerse por sí misma, si no que significa disminución de la capacidad de adaptación del organismo ante situaciones de estrés, determinado así una mayor susceptibilidad, sabemos que los adultos mayores son un grupo muy vulnerable y que necesitan atención un poco más especial y cuidados de alta calidad, puede haber una pérdida de una función que conlleva una respuesta diferente ante la enfermedad por ejemplo existe una mayor susceptibilidad a las infecciones a causa de reducción en la protección que da una composición de los tejidos conectivos de los pulmones y el tórax, la vida del paciente puede estar en peligro se no se da un tratamiento oportuno.

Como lo mencione son un grupo más vulnerable, hay mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, hay mayor manifestación clínica a frente de las enfermedades, su tiempo de recuperación puede ser largo, hay un alta alteración a la sensibilidad, debido a que en esta etapa su piel es más sensible, como si fuera un bebé, ya que se ha ido deteriorando, es muy importante una buena alimentación, ya que los cambios del aparato digestivo pueden llevar a una mal nutrición, causar estreñimiento, sabemos que la nutrición se requiere para cubrir las necesidades energéticas y renovación de tejidos así como asegurar las necesidades de agua, vitaminas y minerales que proporcionarán un equilibrio. Nuestro adulto mayor el requerimiento nutritivo se ven condicionados por: la reducción de los requerimientos fisiológicos como consecuencia de una disminución del metabolismo basal de carácter involutivo, mayor incidencia de enfermedades, factores psicológico, hábitos alimenticios, la soledad depresión ansiedad etc. determinan deterioro de la calidad de tipo de alimentación, ya que si presenta depresión no va a querer ni comer para nada. Ellos deben de comer sus 4 comidas al día, tener una dieta equilibrada del plato del buen comer, claramente si el medico prescribe, rico en frutas, verduras, carnes blancas y ricas en fibra, al menos realizar actividad física no necesariamente correr, pero si caminar al menos media hora, y tomar mucha agua al menos 2 litros diarios.

Claramente en la actividad física no va a hacer la misma cantidad que cuando estaba joven y si no puede modificarla y ser más lenta, ya que ayuda mucho al equilibrio, en lo que concierne al sueño- reposo también es muy importante ya que el sueño con la edad sufre modificaciones

en relación al sueño nocturno en las personas de la tercera edad este parece fragmentarse disminuye la duración total de este y la cantidad de sueño profundo, y si hay una afectación del sueño también perjudica la salud del paciente

Conclusión:

Pues bien me lleve un aprendizaje esperado ya que me ayudo a comprender de mejor manera varios temas, en el de valoración a nuestro paciente, todos los pasos a seguir, como valorarlo de manera adecuada y correcta, las técnicas a utilizar, como tener relación paciente-enfermero, siempre siendo éticos, los modelos del proceso de enfermería, los patrones funcionales de Marjory Gordon y Henderson que cualquiera de los modelos me llevaban con el fin de obtener datos para la valoración del paciente, lo importante que es organizar los datos de valoración, y que utilizando cualquier patrón debemos guardar confidencialidad y la privacidad del paciente, ya había visto esto en un semestre anterior pero siempre es bueno recalcar la importancia y que utilizaremos en un hospital, también analice el cómo elaborar un informe y todas las características que debe tener desde que ingresa, hasta que se va, y es que todo va de la mano, desde la valoración, exploración física, patrones que pueden verse afectados en un paciente por una enfermedad, todo se debe anotar y tener un registro para colaborar al tratamiento de esto y también para vía legal, también en las notas entra los factores de riesgo que puede presentar el paciente, porque hay factores que podemos prevenir y dejar de hacerlo por ejemplo fumar afecta nuestra salud a lo largo del tiempo y es un factor de riesgo pero está en uno dejar de hacerlo, conocí mas a fono los otros factores, que son ciertos que si nos afectan si no hay un equilibrio y en lo que concierne a la atención de enfermería en la identificación de factores de riesgo en un adulto mayor y como prevenirlo, también es de gran importancia ya que si no hay buena alimentación, ni actividad física, y no hay un sueño- reposo nuestro paciente puede hasta morir, tenemos que tener en cuenta todos los factores, analizarlos y más porque son un grupo muy vulnerable, nuestro trabajo es colaborar a la salud , brindar cuidados de calidad, valorar cada aspecto, todo tiene un fin y el de nosotros es promocionar, prevenir, seguir un tratamiento, pero para todo esto se lleva a cabo con técnicas, y nos podemos apoyar de taxonomías si es necesario.

Bibliografía

UDS. (Mayo- Agosto 2018). Enfermería del Adulto .