

Nombre del alumno: Axel Froilán González Pérez

Nombre del profesor: Romelia De León Méndez

Licenciatura: Enfermería Escolarizado 6to cuatrimestre
“A”

Materia: Enfermería Del Adulto

Nombre del trabajo: Resumen

Tema:

“Atención De Enfermería En EL Adulto Mayor”

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Son las diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

INTERVENCIÓN DE CUIDADO DIRECTO

Es un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente y comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales.

INTERVENCIÓN DE CUIDADO INDIRECTO

Es un tratamiento realizado lejos del paciente, pero en beneficio del paciente o grupo de pacientes, e incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinar. Estas acciones apoyan la eficacia de las intervenciones de enfermería directas.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermería necesita utilizar una forma de actuación ordenada y sistemática encaminada a solucionar o minimizar los problemas relacionados con la salud, es decir, necesita un método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse. la piedra angular del trabajo enfermero es la valoración de enfermería, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas.

Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va a interactuar con el ambiente de forma diferente. debido a esto, la valoración debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero,

Diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente.

UTILIZACIÓN DE LA VALORACIÓN ENFERMERA

La valoración se utiliza continuamente, y no sólo como una parte del proceso enfermero. Cuando la enfermera entra en contacto (apertura de la hª clínica informatizada) por primera vez con un usuario debe conocer sus condiciones y características y realizar una apertura de su historia, para ello debe valorar. de forma programada debemos conocer el estado de salud de las personas a nuestro cargo, y por tanto debemos realizar

valoraciones periódicas programadas. en los problemas interdisciplinarios y en general antes de realizar cualquier intervención, la enfermera requiere utilizar la valoración.

TIPOS DE VALORACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA FUNCIONAL, EXISTEN 2 TIPOS DE VALORACIÓN:

Valoración inicial: es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona). Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos. Facilita la ejecución de las intervenciones.

-Valoración continua, posterior o focalizada. Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. Tiene como objetivo: - recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas. - realizar revisiones y actuaciones del plan. - obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud.

Valoración focalizada, en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona. aunque algunos criterios de valoración pueden coincidir en ambos tipos de valoraciones, existirán otros más específicos de situaciones concretas que no se recogerán en las valoraciones generales. Llevar a cabo el proceso de valoración enfermera implica, desde el inicio de éste, la toma de decisiones importantes: qué información es relevante, qué áreas son de nuestra competencia, cuál debe ser el enfoque de nuestra intervención.

Etapas de la valoración enfermera:

La valoración enfermera es un proceso que se desarrolla en dos fases o etapas interrelacionadas entre sí, cuyo cumplimiento asegura garantiza la posibilidad de la puesta en marcha de un proceso de planes de cuidados con las garantías necesarias. Estas fases son: 1.- recogida de datos. 2.- evaluación de los datos recogidos y emisión de un juicio clínico. La recogida de información es un proceso fundamental pero no suficiente para la completa realización de una valoración enfermera. Recogida de datos es una fase fundamental que va a condicionar el éxito del resto del proceso. En esta fase recogemos toda la información necesaria para poder identificar el problema, las causas, las posibles variables o interferencias en el mismo (creencias, familia, situación social,) y el se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o a las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

El objetivo de la recogida de datos es reunir información útil, necesaria y completa sobre la persona a que se está valorando, de nada nos va a marco de actuación que nos queda

para solucionarlo. Un dato es una información concreta, que servir la recogida extensa y anárquica de datos si no van enfocados y orientados al conocimiento de las situaciones que son necesarias para la enfermera. Además, esta información debe estar orientada a las posibilidades de actuación de la enfermera en el medio que trabaje. No será lo mismo el enfoque, las posibilidades y las necesidades de actuación de una enfermera en el medio hospitalario, que en el medio de atención primaria.

Tipos de factores de riesgo: factores de riesgo de tipo conductual

Los factores de riesgo de tipo conductual suelen estar relacionados con «acciones» que el sujeto ha elegido realizar. Por lo tanto, pueden eliminarse o reducirse mediante elecciones de estilo de vida o de conducta. Son, por ejemplo:

El tabaquismo, un consumo excesivo de alcohol, las elecciones nutricionales, la inactividad física, pasar mucho tiempo al sol sin la protección adecuada, no haberse vacunado contra determinadas enfermedades y mantener relaciones sexuales sin protección.

Factores de riesgo de tipo fisiológico: los factores de riesgo de tipo fisiológico son aquellos relacionados con el organismo o la biología del sujeto. Pueden verse influidos por una combinación de factores genéticos, de estilo de vida o de tipo más general. Son, por ejemplo: El sobrepeso u obesidad, una presión arterial elevada, el colesterol alto y un alto nivel de azúcar en sangre (glucosa).

Las personas a partir de los 65 años son más proclives a tener una o más problemas de salud crónicos (prolongados) además del cáncer. Algunos de ellos son: presión arterial alta, cardiopatía, enfermedad pulmonar, diabetes, enfermedad renal, artritis.

Los médicos denominan afecciones coexistentes a estos otros problemas de salud cuando también tienen cáncer. Otro nombre es afecciones crónicas.