



Nombre del alumno:

Marlene Lucas González

Nombre del profesor:

Lic: Iubdi Isabel Ortiz Pérez

Carrera:

Enfermería

Materia:

Enfermería del adulto

Nombre del trabajo:

Ensayo del tema:

“acciones de enfermería y factores que intervienen en el proceso salud enfermedad del adulto”

ACCIONES DE ENFERMERIA Y FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD DEL ADULTO

El ámbito hospitalario siempre estará disponible para ayudar y atender a los pacientes que ingresan, sobre todo los pacientes geriátricos, la edad es un factor muy común para ingresar al hospital ya que las patologías son más frecuentes, para poder ayudar a los pacientes es necesario conocer perfectamente al paciente desde su aspecto físico hasta social, a toda esta entrevista se le conoce como valoración.

La valoración 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

Enfermería debe asumir la necesidad de realizar todas las actuaciones profesionales necesarias encaminadas a mejorar la calidad y efectividad de los cuidados prestados a los usuarios, y para ello, además de utilizar la metodología enfermera de forma sistemática en todas sus intervenciones, debe utilizar un lenguaje y unos registros estandarizados que favorezcan la continuidad de las actuaciones y la eficacia del trabajo multidisciplinar.

Esta valoración es un proceso planificado y sistemático y continuo, la valoración se utiliza continuamente para abrir la historia clínica del paciente, para ello la enfermera debe entrevistar al 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 interdisciplinares y en general antes de realizar cualquier intervención, la enfermera requiere utilizar la valoración.

Existen dos tipos de valoración la 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. La segunda es 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.

También la valoración se clasifica en: Valoración general, encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados. Y Valoración focalizada, en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona. El objetivo principal de la valoración enfermera es captar en cada momento la situación de salud que están viviendo las personas, así como su respuesta a la misma. La valoración enfermera es un acto de gran importancia. De ésta va a depender el éxito de nuestro trabajo ya que es la primera fase de un proceso cuyo objetivo es conseguir el bienestar de la persona sujeta a la intervención enfermera.

Para realizar la valoración se debe recoger datos no sólo del aspecto biológico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales. Existe un aspecto fundamental en la valoración enfermera, y es que como parte de un proceso, necesita coordinar su desarrollo con el resto de las 4 fases, y para ello debe tener en cuenta los signos y síntomas que validan los diagnósticos de enfermería.

Etapas de La valoración enfermera 1; 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 las mismas creencias, familia, situación social, y el marco de actuación que nos queda para solucionarlo. Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o a las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. A su vez está recogida de datos debemos clasificarla para que sean efectivos, y entonces aparecerán los grupos de necesidades, patrones funcionales de salud, áreas de salud.

Cuando recogemos información es necesario tener en cuenta .Las fuentes de los datos. Éstas pueden ser: Primarias, incluye al paciente, la historia clínica, familiares o amigos. Secundarias, revistas profesionales, textos de referencia. El tipo de datos. Objetivos, se pueden medir con una escala o instrumento. Ej.: TA, FC. Para realizar la entrevista es

necesario tener en cuenta que es necesario un orden un inicio, desarrollo y un final entrevistando adecuadamente y correctamente

En el inicio de la entrevista debe una fase de aproximación. Se centra en la creación de un ambiente favorable, donde se desarrolla una relación interpersonal positiva. En el desarrollo esta fase es necesario la obtención de 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. Existen modelos estructurados para la recogida sistemática y lógica de la información. Y al finalizamos con un cierre En esta fase se resumen los datos más significativos. Constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Para realizar la entrevista existen muchas técnicas puede ser verbal, Interrogatorio para verificar y aclarar datos, reflexión o reformulación, para confirmar lo que ha expresado el paciente, la otra es no verbal estas son expresiones faciales, gestos, posición corporal, forma de hablar, contacto físico. Para entrevistar se debe tener ciertas cualidades como son empatía, respeto, concreción, Autenticidad, y buena observación.

Dentro de la valoración la exploración física es muy importante así determinamos en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad. Las técnicas de la exploración son: Inspección: Es el examen visual, cuidadoso y global del paciente. Su objetivo es determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos. Palpación: Consiste en la utilización del tacto. Su objetivo es determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el fonendoscopio para determinar características sonoras de pulmón, corazón e intestino.

Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda. Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Al recoger la información siempre hay que tener en cuenta que la confidencialidad de los datos y la intimidad del paciente deben estar preservados.

El uso de la herramienta informática nos permite incluir este sistema en cualquier programa enfermero, ya que contamos con una codificación que nos lo facilita, así como los correspondientes enlaces con el resto de las fases del proceso enfermero.

Valoración primaria en esta etapa determinamos si el paciente se encuentra consciente o inconsciente. Para ello, verificamos el nivel de consciencia mediante la escala AVDN: tomamos en cuenta si el paciente está inconsciente solicite USVA, consiga un DESA y valore signos de respiración: Si el paciente tiene signos de respiración: o Solicitar USVA si no lo hizo con antelación. O Garantice la permeabilidad de la vía aérea. Paciente consciente Si el paciente se encuentra consciente, continúe con la valoración del paciente. 1. Estado respiratorio Valore los siguientes puntos: Frecuencia: Rápida, Normal o Lenta Características: Profundidad (superficial, normal, profunda). Regularidad (regular, irregular). Valoramos todo los parámetros del paciente.

Valoración secundaria: inicie la valoración secundaria, sólo en aquellos casos en que las funciones vitales del paciente lo permitan. Reevalúe de forma continua (ver procedimiento técnico 'Signos Vitales') . Si detecta compromiso de las funciones vitales, suspenda la valoración secundaria, solicite USVA, informando de la situación, e intente su estabilización. Si su estado lo permite, interróguele con el objetivo de identificar el motivo de demanda de asistencia, así como los signos y síntomas acompañantes. Si el paciente está inconsciente, pregunte a alguna persona que pueda proporcionar la información requerida. Explore al paciente desde la cabeza a los pies incluida la espalda. Obtenga los siguientes datos: o Localización de zonas dolorosas. O Alteraciones motoras o de sensibilidad. O Tiempo de inicio de los signos, síntomas y su duración. Y Factores que los agravan o alivian. Busque lesiones que no sean evidentes.

Como personal de enfermería debemos conocer todos estos procedimientos a la perfección para brindar y apoyar correctamente al paciente ya que la valoración es muy importante para iniciar su tratamiento.

Bibliografía:

Eckman M; Enfermería geriátrica. Manual Moderno. 2012 , Mickey S; Enfermería geriátrica. MC GRAW HILL. 2009

