

Nombre del alumno:

Cindi Fabiola Matias Bernardo

Nombre del profesor:

Lic. Lubdi Isabel Ortiz Pérez

Licenciatura:

Enfermería 6°A

Materia:

Enfermería del adulto

Nombre del trabajo:

Ensayo del tema:

**“ACCIONES DE ENFERMERIA Y FACTORES QUE
INTERVIENEN EN EL PROSESO SALUD ENFERMEDAD”**

ACCIONES DE ENFERMERIA Y FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL PROSESO SALUD ENFERMEDAD

La valoración de enfermería es un recurso que como enfermeros empleamos para obtener datos personales del paciente, al igual de poder identificar las enfermedades o complicaciones que lo afectan por lo tanto es de vital importancia efectuar una correcta valoración y así poder realizar la intervención necesaria para ayudar al paciente y que modifique su estilo de vida para disminuir riesgos de contraer enfermedades.

Este ensayo tiene como objetivo explicar y dar a conocer como se realiza una valoración, su clasificación, objetivos, los componentes de la misma, recursos, al igual que su importancia y así como los factores de riesgo que afectan la salud del paciente.

Valoración del paciente:

Como enfermeros necesitamos un método para solucionar los problemas ante las situaciones que se presenten en torno a la salud actuando de forma sistemática y ordenada.

Algo que nos distingue como enfermeros es la valoración, este es el método por el cual podemos obtener información asimismo identificar los problemas con el objetivo de intervenir para solucionarlo, la valoración se realiza de forma individualizada debido a que cada persona es diferente, con procesos adecuados de enfermería como son diagnóstico, planificación, intervención y finalizamos con la evaluación, dependiendo en qué situación se encuentre, esta valoración la realizaremos por primera vez cuando entramos en contacto con el usuario, se realiza de forma continua, para conocer la condición en la que se encuentra y sus características, además está a nuestro cargo igual conocer en qué estado de salud se encuentra. Existen dos tipos de valoración la valoración inicial que será la base del plan de cuidados, se realizara en la primera consulta permitiéndonos recoger datos generales de los problemas que tiene el paciente y los factores que influyen, la segunda es la valoración continua esta como su nombre lo dice se realizara en toda la atención para la recolección de los datos de los cambios que suceden, revisión y actuaciones del plan, dando paso a la marcha de autocuidados, la valoración de enfermería implica tomar decisiones importantes y las más relevantes del por qué es el enfoque de nuestra intervención, por lo tanto la valoración no es solo orientar la situación de la salud, si no que se fundamenta la

actuación de responder claramente y el comportamiento que debe generalizar en su área.

Los objetivos de la valoración de enfermería es captar cada momento preciso de la situación de la salud, para tener una respuesta clara de lo mencionado anteriormente, este es el acto de mayor importancia como enfermeros la cual nos traerá satisfacción en esta profesión, ya que se realiza de la forma más respetuosa y empática posible, por lo tanto debemos de brindar bienestar al paciente lo cual se fundamenta en entornos más congruentes caracterizados en fases de nuestra valoración sobre signos y síntomas que validan el diagnóstico, la valoración de enfermería se divide en fases:

- Fase 1: recolección de datos.
- Fase 2: evaluación de los datos, se tomara en la hoja de enfermería, estos datos son de manera indispensable para completar los datos de la hoja.

La fuente de los mismos puede ser tanto primaria es decir incluye al paciente en la historia clínica y secundarios incluyen revistas profesionales, los tipos de datos que esta contiene se puede medir mediante una escala como es la tensión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno, los métodos que podemos emplear para recoger información es la entrevista como sabemos existen dos tipos de entrevistas las formales que es en comunicación específica en la cual realizamos la historia clínica del paciente y la entrevista informal esta la podemos efectuar cuando realizamos los cuidados, el objetivo de la entrevista es diagnosticar y facilitar el cuidado del paciente informándole cada uno de las técnicas a realizar. Las partes que constituye la entrevista son inicio donde creamos un ambiente favorable para desarrollar una relación interpersonal, cuerpo en esta parte obtenemos la información necesaria, como el comienzo de una consulta, historia médica, información sobre la familia cuestiones tanto culturales como religiosas y cierre el cual es la fase final de la entrevista.

Las técnicas de la entrevista pueden ser tanto verbales al realizar un interrogatorio, como las no verbales es decir cuando el paciente se expresa con gestos, posición corporal, entonces la observación dará como pauta el enfoca miento habitual para la recuperación. La exploración física es un método de gran importancia para la obtención de datos, sin embargo se debe explicar tanto al paciente como al familiar que lo acompaña el procedimiento a realizar, manteniendo la privacidad con cada uno para

realizarlo de forma eficaz, esta se divide en inspección que es el estado de respuesta normal o anormal de tamaño, situación anatómica y color, palpación que se realiza mediante la utilización del tacto en zonas de estructura corporal, por debajo de la piel, temperatura y pulso, auscultación esta se realiza al escuchar los sonidos que se generan en los órganos de nuestro cuerpo como los latidos del corazón y los sonidos del pulmón e intestino entre otros.

La valoración como ya he mencionado se divide en primaria y secundaria:

-Valoración primaria:

Primeramente debemos identificar si el paciente se encuentra consciente o inconsciente, por lo tanto debemos verificar el nivel de conciencia empleando la escala AVDN, esta consiste en que este alerta, respuesta a estímulos verbales, dolorosos y en cierto caso si no hay respuesta, en el caso de que el paciente se encuentre inconsciente debemos solicitar USVA, conseguir un DESA y valorar los signos de respiración, si presenta estos signos debemos garantizar la permeabilidad de la vía aérea, proporcionar O₂ a alto flujo empleando una mascarilla con reservorio de 10 a 20 minutos a excepción de los pacientes que presenten EPOC, de igual forma debemos reevaluar al paciente por posibles cambios, sin embargo si el paciente no presenta signos de respiración debemos determinar la existencia de pulso carotideo si presenta pulso debemos garantizar la permeabilidad de esta vía.

En un paciente consciente debemos continuar con la valoración, esta se clasifica en dos estados:

1. Estado respiratorio, la valoración maneja distintos rangos: valoración normal: 60-80 lpm, bradicardia: <60 lpm, ritmo: regular e irregular y fuerza: lleno o débil.

-Estado de perfusión tisular del paciente mediante:

Tiempo de relleno capilar menor a 2 segundos, temperatura y coloración de la piel y presencia de sudoración, TAS aproximada con la toma de pulsos: radial >80mmHg, femoral >70 mmHg y carotideo >60 mmHg.

-Existencia de hemorragias severas.

-Alteraciones presentes del estado circulatorio, por ejemplo: taquicardia o bradicardia, pulso filiforme e irregular, relleno capilar retardado es decir mayor a 2 segundos, temperatura y coloración anormales, ausencia de pulsos distales y presencia de hemorragias severas como consecuencia corre el riesgo de presentar un shock hipovolémico. Por lo tanto debemos intervenir elevando los miembros inferiores y realizando un vendaje compresivo en los puntos sangrantes.

2. Estado neurológico: debemos valorar el estado de conciencia del paciente y posibles déficit neurológicos, realizando la escala de coma de Glasgow, valorar el tamaño y reactividad de las pupilas estas se presentan como midriasis, normales o miosis, además de vigilar el tamaño entre las dos pupilas es decir isocoria o anisocoria y por último la movilidad y sensibilidad en las extremidades.

-Valoración secundaria:

Esta valoración la realizaremos solo en el caso de que las funciones vitales del paciente lo permitan, reevaluarlo de forma continua, sin embargo se debe suspender si se detecta compromiso de signos vitales y además solicitar USVA para empezar reanimación, realizar la interrogación si el estado del paciente lo permite, además de una exploración completa es decir de cabeza a pies incluyendo la espalda, con el objetivo de localizar zonas dolorosas, alteraciones motoras, tiempo de inicio de los signos y síntomas así como su duración, los factores que lo agravan o lo alivian y buscar lesiones no visibles, de igual forma es muy importante monitorizar las constantes, realizar historia clínica y complementar informe de asistencia.

Un informe consiste en registrar por escrito las observaciones que adquirimos al observar al paciente, es muy importante que tomemos en cuenta el estado físico, mental y emocional, así como la evolución de la enfermedad y los cuidados, los tipos de datos que conforman este informe son subjetivos es decir síntomas y objetivos al realizar la medida de los signos vitales, el objetivo de realizar este informe es llevar un registro por escrito de los cambios efectuados en el estado del paciente, además de dejar la evidencia de los problemas que ha presentado y los cuidados de enfermería brindados, la importancia de realizar un informe es el alcance desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización hasta el egreso del mismo, el tipo de información

que podemos encontrar en este informe es la valoración del paciente por el personal de enfermería, las intervenciones independientes y dependientes, evaluar la eficacia de cada intervención de enfermería, las mediciones que realiza el médico y visitas de los miembros que integran el equipo de salud, en este informe es importante incluir los cambios de conducta que presenta el paciente, cambios en su funcionamiento físico al igual que en sus signos y síntomas físicos como la elevación de su temperatura corporal y la intervención que como enfermeros se realiza un ejemplo claro es la administración de medicamentos.

Otro punto muy importante es la de realizar notas de enfermería, estas se realizan cuando ingresa el paciente, cuando recibimos de turno, cuando entregamos de turno y al realizarse el traslado del paciente a otras áreas que conforman el hospital con el fin de registrar cada una de las intervenciones y valoraciones de enfermería.

Por ultimo les hablare de los factores de riesgo y su efectos en la salud del adulto: se conocen como factores de riesgo aquellos que están relacionados con la mala salud, discapacidad, enfermedad o muerte, es de igual forma conocido como una característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir una lesión, se clasifica en grupos:

-Conducta: aquellas acciones que el sujeto realiza, sin embargo son modificables, algunos ejemplos son el consumo de tabaco o alcohol, inactividad física.

-Fisiológicos: se relacionan con el organismo del individuo, como son sobrepeso u obesidad, presión arterial, colesterol y glucosa elevada.

-Medioambientales: de tipo sociales, culturales, políticos, físicos, entre otros, ejemplo de ellos son el acceso a la obtención de agua limpia e instalaciones sanitarias.

El adulto mayor es más vulnerable a presentar enfermedades tanto crónicas como degenerativas, además de que requiere un mayor tiempo para la recuperación de la normalidad después de un proceso agudo, he ahí la importancia de comer 4 veces al día, tener una dieta equilibrada, realizar actividad física y tomar dos litros de agua al día.

En conclusión la valoración es un recurso primordial para el personal de enfermería ya que a través de esta obtenemos los datos necesarios para realizar intervenciones con el objetivo de mejorar la salud del paciente, preservarla y modificar los hábitos necesarios, es importante conocer cómo realizar una valoración, las medidas que se aplicaran para obtener los datos necesarios y el proceso que conlleva.

Bibliografía:

Antología de enfermería del adulto.