

Nombre del alumno:

JOANA YULIBETH RODRIGUEZ DIAZ

Nombre del profesor:

LIC. LUDBI ISABEL ORTIZ PEREZ

Licenciatura:

ENFERMERIA

Materia:

ENFERMERIA DEL ADULTO

Nombre del trabajo: ENSAYO

ENSAYO DEL TEMA:

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

INTRODUCCION

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, la valoración no sólo requiere conocimientos y habilidades, además es importante que la persona que la realiza sea consciente de la finalidad que se quiere alcanzar y no caiga en el error de recoger datos sin llegar a valorar, 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. Veremos los cómo hacer nuestras historias clínicas, las tintas que obtienen, veremos la, los factores de riesgos que intervienen en el progreso de la salud en enfermería.

La recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico y espiritual al paciente llevada a cabo por el enfermero, la valoración se utiliza continuamente, no sólo como una parte del proceso enfermero, cuando la enfermera entra en contacto por primera vez con un paciente debe conocer sus condiciones, características y realizar una apertura de su historia, para ello debe valorar de forma programada, debemos conocer el estado de salud de los pacientes que estamos a cargo, por lo tanto debemos realizar valoraciones periódicas programadas, en los problemas interdisciplinarios y en general antes de realizar cualquier intervención, las enfermeras requieren utilizar la valoración. Existen dos tipos de valoración que son: la valoración inicial: se realiza con el primer contacto con el paciente, recogemos datos generales sobre los problemas de salud del paciente. La valoración continúa: recoger los datos a medida que se producen los cambios, observamos el progreso o retroceso de los problemas, realizar revisiones, obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud, la valoración se puede clasificar en valoración general: encaminada a conocer y detectar situaciones la apuesta en marcha de los planes de cuidado y valoración focalizada: en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos de la situación detectado o sugerido por el paciente, en la valoración tiene un objetivo principal es captar en cada momento de la situación que está viviendo los pacientes, también se desarrollan en dos fases que cuyo cumplimiento asegura garantizar la posibilidad de la puesta en marcha las cuales son recogida de datos: recogemos toda la información necesaria para poder identificar el problema, las causas, creencias, familia, etc. la evaluación de los datos recogidos y emisión de un juicio clínico, a su vez recogemos datos debemos clasificar para que sean efectiva, por último la información debe de estar ordenada de forma coherente y complementaria para que sea facilitado el análisis, a la hora de recoger información hay que tener en cuenta: las fuentes de los datos pueden ser primarias: incluye el paciente, la historia clínica, familiares o amigos, en la secundaria: revistas profesionales, texto de referencia, existe el método para la recogida de información a base de entrevista que es una técnica indispensable en la valoración, la entrevista formal consiste en una comunicación con propósito específico en la cual la enfermera o enfermero realiza la historia del paciente, la entrevista informal es la que se realiza entre enfermera y paciente durante el curso de cuidado, esto tiene como objetivo: obtener información específica para el diagnóstico enfermero y planificar los cuidados, facilitar la relación de enfermera a paciente; partes de la entrevista es el inicio: se centra en la creación de un ambiente favorable donde se desarrolla una relación interpersonal positiva, el cuerpo: comienza a partir del motivo de la consulta, se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos

sobre cuestiones culturales o religiosas, el cierre: es la fase final de la entrevista, se resumen los datos más significativos. Las cualidades que debe tener un entrevistador: es la empatía: ser capaz de ponerse en la situación de los demás, la proximidad afectiva entre el paciente y el profesional, el respeto: el profesional reconoce al paciente como persona, apreciando su dignidad y sus valores, la concreción: es la capacidad del enfermero para delimitar los objetivos que pretende buscar. Todos los seres humanos tienen las mismas necesidades comunes de satisfacer la situación en que se encuentre cada uno de ellos, puede variar el modo de satisfacerlas por cuestiones culturales, modos de vida, motivaciones, etc. se considera catorce necesidades: respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminar desechos del organismo, movimiento y mantenimiento de postura adecuada, dormir y descansar, usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, evitar los peligros del entorno, comunicarse con los demás expresando emociones, vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores, trabajar de forma que permita sentirse realizado, participar en actividades recreativas, aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud, normalmente por la persona cuando tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (persona independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud, estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas físicas, psicológicas, sociológicas o relacionadas a una falta de conocimientos, es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas, los factores que modifican o alteran alguna de las necesidades básicas pueden ser los factores permanentes: edad, temperamento: estado emocional o disposición de ánimo, normal, eufórico, ansiedad, temor, agitación o histeria, deprimido o hipoactivo, situación cultural y capacidad física e intelectual, podemos observar una similitud entre las 14 necesidades básicas que define Henderson y la escala de necesidades de Maslow las necesidades fisiológicas, necesidad de seguridad, necesidad de amor y pertenencia, siete están relacionadas con la fisiología que es la respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura, dos con la seguridad la higiene corporal y peligros ambientales, dos con el afecto y la pertenencia es comunicación y las creencias, tres con la autorrealización que es de trabajar, jugar y aprender, Henderson establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. Como nos decía la valoración primaria

verifica el nivel de conciencia mediante escala de AVDN (alerta, respuesta de estímulos verbales, respuestas a estímulos dolorosos y respuesta negativa (no hay respuesta), los paciente inconsciente de vemos que valorar signos de respiración, si el paciente no tiene signos de respiración, determine la existencia de pulso carotideo si encuentra pulso carotideo: garantice la permeabilidad de la vía aérea, realice ventilaciones efectivas con bolsa de resucitación conectada a reservorio de 2 a 10-12 min, para ello: coloque la mascarilla de la bolsa de resucitación con el canto estrecho hacia la nariz y el lado ancho hacia la boca debemos de sujetar la mascarilla poniendo el pulgar sobre el lado estrecho de la mascarilla y el índice sobre el ancho, presione la mascarilla sobre la boca y nariz, con los 3 dedos restantes enganche el mentón y tracciones, realice las compresiones de la bolsa con la otra mano de forma amplia y suave de un segundo de duración, con un volumen suficiente como para hacer que el tórax se mueva visiblemente, evite la hiperventilación, una ventilación excesiva en frecuencia, volumen o presión, además del peligro de hiperinsuflación gástrica y aspiración, produce también un descenso en el retorno venoso y también del gasto cardíaco, debemos comprobar que las ventilaciones son efectivas, viendo si el tórax se eleva como en una respiración normal, si encuentra dificultad para ventilar al paciente: vuelva a comprobar la permeabilidad de la vía aérea, reevaluando la maniobra de apertura de la vía aérea y buscando una posible obstrucción, continúe con las ventilaciones a un ritmo de 10-12 mn. (1 ventilación cada 5-6 sg). Paciente consciente: si el paciente se encuentra consciente, continúe con la valoración del paciente, estado respiratorio valore los siguientes puntos, la frecuencia rápida: más de 30 rpm (taquipnea), normal: 16-24 rpm, lenta: menos de 10 rpm (bradipnea) las características son las: profundidad (superficial, normal, profunda) regularidad (regular, irregular) y la valoración secundaria sólo en aquellos casos en que las funciones vitales del paciente lo permitan, ver el procedimiento técnico de 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, intérróguale 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 debemos observar los siguientes datos: localización de zonas dolorosas, alteraciones de sensibilidad, tiempo de inicio de los signos, síntomas y su duración, factores que los agravan o alivian, busque lesiones que no sean evidentes. Revisamos la historia del paciente con la información recibida y con los datos de la exploración, mecanismo lesional o motivo de consulta, alergias, medicamentos que estuviera

tomando, relacionadas o no con el incidente enfermedades significativas, crónicas o no, traumatismos recientes e intervenciones quirúrgicas, los componentes de la elaboración del informe es poner la fecha y hora, sexo, edad, procedencia, contenido y firma, la información esencial de un informe de enfermería comprende lo siguiente: indicaciones de emociones fuertes, como ansiedad o miedo, cambios importantes en el estado de ánimo, un cambio en el nivel de conciencia, cualquier cambio en el funcionamiento físico como: pérdida del equilibrio, pérdida de fuerza, dificultad auditiva o visual, hay que observar cualquier signo o síntoma físico como sea: grave, un dolor intenso, un aumento de la temperatura corporal, pérdida de peso gradual, dentro la enfermería tenemos el uso de la tinta todas las anotaciones de enfermería se realizan con tinta oscura, el color dependerá de las normas institucionales, por lo general se utiliza color azul para los turnos diurnos y color rojo para los turnos nocturnos, deben evitarse los borrones y los tachones, no utilizar corrector. Recuerde las notas que realice en el expediente tienen carácter legal por lo que deben ser claras y no manchadas, la exactitud es esencial que las anotaciones en los registros sean exactas y correctas; 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 el paciente rechazó la medicina, (hecho) que decir que el paciente no coopera. Las notas de ingreso debemos ponerle fecha y hora, sexo, edad, procedencia, como llega el paciente, quien lo conduce, tipo de ingreso, quien lo remite, porque lo remiten, diagnósticos, estado de conciencia, estado de ánimo, estado mental, estado higiénico y nutricional, signos vitales, firma, las notas de recibo de turno: fecha y hora, nombre, edad, recibo paciente, posición, diagnóstico de ingreso, estado de conciencia, estado de ánimo, líquidos endovenosos, signos vitales, firma, 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 Las notas de egreso se le pone la 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. Por lo general, los factores de riesgo pueden dividirse en los siguientes grupos: de conducta: 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, fisiológicos: el sobrepeso u obesidad, una presión arterial elevada, el colesterol alto y un alto nivel de azúcar en sangre (glucosa), demográficos: la edad y el género, genéticos: asma y diabetes. El envejecimiento no es un sinónimo de enfermedad si no que significa disminución de la

capacidad de adaptación del organismo ante situaciones de estrés, determinado así una mayor susceptibilidad, mayor vulnerabilidad a la presencia de enfermedad y muerte, la alimentación para las personas mayores de edad es: comer cuatro comidas al día, ingerir una dieta equilibrada que incluya carnes blancas legumbres siendo rica en frutas y verduras, desarrollar actividad física caminar 30 minutos diarios , favorecer la función digestiva y tomar al menos 2 litros de agua al día, la actividad física en adultos mayores las respuestas de los adultos se ve afectada por el factor tiempo alteración del equilibrio, deben tener reposo y sueño, con la edad sufren cambios en relación del sueño nocturnos en personas de tercera edad tiene el sueño profundo.

CONCLUSION

En este tema concluimos que nosotros como enfermeros debemos hacer las historias clínicas es decir, checar bien el paciente cuando ingresa, ver la hora, fecha y como viene, si nuestro paciente esta consiente le preguntamos directo a él si no al familiar que lo acompañe, como vimos nuestras tintas de lapiceros tienen sus significado, como nos decía el tema nuestra historia clínica debe de estar limpio y claro para que el doctor o nuestros compañeros los entienda si alguna ocasión pasa algo con nuestro paciente es nuestra evidencias, si el doctor nos dijo.

BIBLIOGRAFIA

Eckman M; Enfermería geriátrica. Manual Moderno. 2012

Mickey S; Enfermería geriátrica. MC GRAW HILL. 2009

Grif, A,J., Cuidados intensivos de enfermería en el adulto. MC GRAW HILL. 2006

http://www.ome.es/media/docs/G1-Doc.%20Valoraci%C3%B3n_enfermera.pdf

Guilén Llera F. Geriatría: definiciones y conceptos. En: Macías Núñez JF. Geriatría desde el principio. 2ªed..Barcelona: Glosa; 2005. p. 103-116.

Cardoso Muñoz A. Martín Colmenero A. Funciones y actividades de enfermería geriátrica. En: Macías Núñez JF. Geriatría desde el principio. 2ªed.. Barcelona: Glosa; 2005. p. 481-498