

ENSAYO

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

ENFERMERIA DEL ADULTO
LIC. LUDBI ISABEL ORTIZ

PRESENTA EL ALUMNO:

ALEXIS MORALES PEREZ

GRUPO, SEMESTRE y MODALIDAD:

**6to. Cuatrimestre “B” Enfermeria
Semiescolarizado**

Frontera Comalapa, Chiapas

28 de junio de 2020.

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

Enfermería del adulto lleva a cabo una serie de procesos en el que el usuario será sometido para su futura rehabilitación y sana convivencia dentro del centro hospitalario, por ello debe ser valorado desde su inicio hasta su salida. Ya que en muchos casos existen algunos factores que pueden intervenir en la salud del adulto es por ello que se debe llevar a cabo una buena valoración inicial y continúa.

Valoración del paciente

La valoración del paciente es un proceso planificado (está pensada no improvisada), sistemático (requiere de un método), continuo (todo el tiempo que necesita de ellos) y deliberado (precisa de una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de la persona que la realiza) de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente.

Durante la valoración, la enfermera deberá utilizar una forma de actuación ordenada y sistematizada para poder llevar a cabo la solución o minimizar lo problema relacionadas con la salud, por ello se necesitan métodos para solucionar problemas y ante posibles situaciones que pueda presentar el paciente. Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada paciente interactúa de forma diferente.

Desde el punto de vista funcional existen 2 tipos de valoración el cual deben ser realizados correctamente

- Valoración inicial: se realiza en la primera consulta y nos permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente, también ver los factores que influyen sobre estos y poder facilitar la ejecución de las intervenciones.
- Valoración continua, posterior o focalizada: se realiza durante todo el proceso de atención, y nos permite recoger datos a del progreso o retroceso que paciente presenta, obtener nuevos datos o detectar nuevos problemas, y realizar revisiones y actuaciones del plan.

La valoración puede ser clasificada según el objetivo al que vaya dirigido:

- Valoración general: conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados
- Valoración focalizada: la enfermera centra su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona

El proceso de valoración de enfermería implica muchos factores desde que el paciente entra al centro hospitalario, por ende es importante tomar decisiones importantes para un buen enfoque de nuestras intervenciones que sin duda están influidas por los conocimientos, habilidades, valores y creencias de quien lleva a cabo la valoración.

La valoración enfermera es un proceso el cual consta de dos fases o etapas interrelacionadas entre sí, cuyo propósito es garantizar que los planes de cuidados se lleve a cabo:

Recogida de datos: en esta fase es fundamental para reunir información útil, necesaria y completa para poder identificar el problema, causa, y las posibles interferencias en el mismo (creencias, familia, situación social, etc.). La información obtenida debe estar ordenada de forma coherente y complementaria para poder facilitar el análisis del mismo, para recoger información hay que tener en cuenta:

- Registro y comunicación de los datos: consiste en dejar por escrito toda la información obtenida
 - objetivo: construir un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario, servir como prueba legal, permitir la investigación en enfermería, facilitar la calidad de los cuidados, evaluación para la gestión de los servicios enfermero
 - correcta anotación: deben estar escritos de forma objetiva, anotaciones claras y concisas, los hallazgos encontrados en la exploración física deben describirse de manera metódica, forma, tamaño, color, etc, anotar entre comillas la información subjetiva que aporta tanto el paciente y servicios sanitarios.
- Organización de los datos: agrupar los datos en categorías o conjuntos de información, ejemplo,
 - sistemas u aparatos, nos ayuda identificar problemas corporales
 - patrones funcionales, identifica problemas y diagnósticos enfermero
 - Necesidades básicas (V. Henderson), identificar problemas en las necesidades humanas.
- Validación/verificación: consiste en confirmar si los datos obtenidos son ciertos, con la finalidad de llegar a tener diagnósticos erróneos o afirmados.
 - doble comprobación, consiste en repetir nuevamente la toma
 - reformulación, asegura al paciente de decir lo que realmente dice.
- Métodos para la recogida de información:
 - Exploración física, es una técnica que nos aporta gran cantidad de datos y antes de proceder se le debe explicar al paciente el tipo de técnica que se le va a realizar.
 - observación, esta comienza desde el encuentro con el paciente e implica utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente y del entorno, la cual mediante técnicas se confirman o descartan posteriormente

- entrevista, técnica indispensables en la valoración, tipos.
 - o Formal: comunicación con un propósito específico
 - o Informal: es la que la enfermera realiza durante el curso de los cuidados
- Tipo de datos: se puede medir con una escala o instrumento
 - subjetivo, son sentimientos y percepciones
 - antecedentes históricos, hechos que ocurrieron anteriormente y comprende hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento.
 - actuales, son los datos sobre la salud actual
- Fuente de los datos:
 - primaria, incluye al paciente, historia clínica, familiares o amigos.
 - secundaria, revistas profesionales, textos de referencia.

Evaluación de los datos recogidos y emisión de un juicio clínico: Cuando la fase de recogida de datos es finalizada la enfermera deberá emitir un juicio profesional sobre la eficacia en el funcionamiento del área valorada. Este juicio clínico es muy fundamental por ello es necesario interpretar los datos recogidos, analizarlos y expresar la idoneidad en su funcionamiento.

La valoración mediante patrones funcionales son una configuración de comportamiento que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de manera secuencial a lo largo del tiempo, lo que nos permite una valoración sistemática y premeditada. Estos patrones surgen mediante la evolución entre el entorno, paciente y están influenciados por factores biológicos, culturales, sociales y espirituales.

La valoración mediante necesidades humanas según Virginia Henderson.

V. Henderson define:

- Persona como individuo que necesita de la asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad
- entorno: la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados, la cual puede afectarse por factores físicos como aire, temperatura, sol, etc. O factores personales como la edad, entorno, cultura, capacidad física e inteligencia.
- salud: es la capacidad en la que el individuo es independiente para realizar las necesidades básicas.
- Necesidad básica: es todo lo que el ser humano necesita para mantener su vida o asegurar su bienestar.

Todos los seres humanos tenemos las mismas necesidades para poder satisfacerlos, la cual puede variar según el modo por cuestiones personales como el estilo de vida, motivaciones, etc. Hay que considerar las 14 necesidades

1. respirar normalmente, 2. Comer y beber adecuadamente, 3. Eliminar desechos del organismo, 4. Movimiento y mantenimiento de postura adecuada, 5. Dormir y descansar, 6. Usar ropa adecuada, vestirse y desvestirse, 7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, 9. Evitar los peligros del entorno, 10. Comunicarse con los demás expresando emociones, 11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores, 12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado, 13. Participar en actividades recreativas, 14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad que produce a un desarrollo normal de la salud.

Estas necesidades están satisfechas por personas cuando tienen el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrir las (personas independientes). O de lo contrario podría surgir problemas de salud (persona dependiente).

Los factores que alteran o modifican las necesidades básicas son:

Factores permanentes:

- Edad
- Temperamento
- Eufórico
- Ansiedad, temor, agitación o histeria
- Deprimido o hipoactivo
- Situación social o cultural
- Capacidad física e intelectual

Factores variables:

- Falta aguda de oxígeno
- Conmoción
- Estados de inconciencia
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales
- Estados febriles agudos
- Lesión local, herida o infección
- Una enfermedad transmisible
- Estado preoperatorio
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento
- Dolores persistentes

Las actividades que las enfermeras realizan se denominan cuidados básicos de enfermería que se aplican a través de un plan de cuidados, hecho de acuerdo a las necesidades del paciente.

En la Valoración primaria se determina el estado del paciente consciente o inconsciente, pues para ello se necesita el nivel de conciencia mediante la escala de AVDN

- ❖ ALERTA
- ❖ (V) Respuesta a estímulos verbales
- ❖ (D) Respuesta a estímulos dolorosos
- ❖ (N) Respuesta negativa, no hay respuesta

Valore si el paciente respira y simultáneamente si tiene pulso.

Si el paciente no tiene signos de respiración, (no respira o presenta respiraciones agónicas), y si tiene pulso carotídeo:

- Garantice la permeabilidad de la vía aérea, si no lo ha realizado antes
- Realice ventilaciones efectivas con bolsa de resucitación conectada a reservorio y O₂ a 10-12 l/min con una frecuencia de 1 ventilación cada 6 segundo (10 vent/min).
- Coloque pulsioxímetro y prepare DEA, si no lo ha realizado antes.
- Informe a la Central de los cambios encontrados.
- Siga valoración del estado circulatorio.

Si el paciente NO tiene signos de respiración, (no respira o presenta respiraciones agónicas) y NO tiene pulso carotídeo:

- Informe a la central de la existencia de PCR.
- Filie la hora.
- Comience con maniobras de reanimación.

Si el paciente tiene signos de respiración, valore los siguientes puntos:

Frecuencia respiratoria:

- Rápida: más de 30 rpm (taquipnea)
- Normal: 16-24 rpm
- Lenta: menos de 10 rpm (bradipnea)

Características de la respiración

- Profundidad (superficial, normal, profunda)
- Regularidad (regular, irregular)
- Ruidos durante la inspiración y la espiración.

Movimientos respiratorios

- Simetría de los movimientos torácicos.
- Esfuerzo respiratorio: utilización de músculos no habituales en la respiración durante la inspiración (los del cuello, clavículas y abdominales).
- Saturación de O₂: Normal 90-100% (Paciente con EPOC entre 88-92%).
- Integridad del tórax: existencia de deformidades, heridas penetrantes, etc.
- Presencia de palidez o cianosis.

En los casos en que el paciente presente las siguientes alteraciones del estado respiratorio:

- Taquipnea o bradipnea y/o irregularidad, superficialidad o excesiva profundidad.
- Asimetría de los movimientos torácicos:
 - Un hemitórax no se eleva y desciende con el mismo ritmo y profundidad que el otro durante el ciclo respiratorio,
 - Existencia de una zona en un hemitórax que presenta movimientos contrarios con respecto al resto del mismo.
- Esfuerzo respiratorio utilizando músculos accesorios.
- Ruidos respiratorios anormales.
- Traumatismos que comprometan la integridad del tórax.
- Hemoptisis con impresión de gravedad
- Saturación de Oxígeno:
 - SatO₂ < 90% mantenida sin oxígeno suplementario.
 - SatO₂ < 92% que no remonta con la administración de oxígeno suplementario, excepto EPOC.
 - Paciente EPOC: no alcanza valores del 88-92% pese a oxigenoterapia según procedimiento específico.

Proceda a:

Solicitar USVA si no lo ha solicitado ya.

- Proporcionar O₂ a alto flujo (mascarilla con reservorio a 10-12 l/min), excepto en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en los que se limitará la administración de O₂ hasta conseguir una SatO₂ entre 88-92%.
- Coloque al paciente en la posición más adecuada, según procedimiento específico.
- Si el paciente NO respira o presenta una bradipnea extrema, ventile con bolsa de resucitación conectada a reservorio, O₂ a 10-12 l/min y cánula Orofaringea de Guedel si tolera a 10 respiraciones por minuto, una cada 6 segundos.

Estado circulatorio

Valore la presencia de pulso carotídeo si no lo ha hecho antes y la existencia de hemorragias externas severas. si no encuentra pulso carotídeo: Informe a la central de la existencia de PCR, filie la hora y comience con maniobras de reanimación. Ver procedimiento de SVB Instrumental en adultos

Si tiene pulso carotideo: Valore los siguientes puntos:

- Frecuencia y características del mismo. FC en el adulto:
 - Taquicardia: > 120 lpm
 - Normal: 60-80 lpm
 - Bradicardia: < 60 lpm
 - Ritmo: regular, irregular.
 - Fuerza: lleno, débil (filiforme).
- Estado de perfusión tisular del paciente mediante:
 - Tiempo de relleno capilar, que debe ser menor de 2 sg.

- Temperatura y coloración de la piel (sonrosada, pálida, azulada -cianosis-) y presencia de sudoración.
- TAS aproximada con la toma de pulsos:
 - Pulso radial: TAS mayor de 80 mmHg.
 - Pulso femoral: TAS mayor de 70 mmHg.
 - Pulso carotídeo: TAS mayor de 60 mmHg.
- En cuanto sea posible, determine la tensión arterial:
 - Normal: 139/89.
 - HTA: tensión arterial sistólica ≥ 140 , o presión arterial diastólica ≥ 90 .
 - Hipotensión: $< 90/60$ con sintomatología asociada.

En los casos en que el paciente presente alteraciones del estado circulatorio tales como:

- Presencia de hemorragias severas con imagen de shock clínico (palidez, frialdad, relleno capilar retrasado o ausente).
- Taquicardia > 120 mantenida con impresión de gravedad
- Bradicardia < 60 mantenida no habitual en el paciente y que impresione de gravedad y < 50 en deportistas habituales con otras alteraciones.
- Temperatura y coloración anormales (frialdad, palidez, sudoración o cianosis).
- Ausencia de pulsos distales (radiales o femorales).
- Tensión arterial:
 - TAS > 180 mmHg / TAS < 80 mmHg / TAD > 120 mmHg
 - Con focalidad neurológica.
 - Si el paciente no impresiona de gravedad, considere como cifra de TA la obtenida tras dos tomas seriadas, dejando entre ellas cinco minutos en reposo, y consulte con el Jefe de la Guardia o, en su defecto, el Delta, la oportunidad de la solicitud de USVA.

Proceda a:

- Solicitar USVA si no lo ha solicitado ya.
- Si hay hemorragia exanguinante en miembros, aplique torniquete directamente sobre la piel a 5-10 cm por encima de la herida sangrante si se visualiza. Si no se visualiza, colóquelo en la parte proximal del miembro dejando hueco para poder poner un segundo torniquete por encima si no se controla la hemorragia. Valore la aplicación agentes hemostáticos y realice vendaje compresivo de los puntos sangrantes.(ver procedimiento técnico 'Control de hemorragias')
- Si no se realizó con anterioridad, proporcione oxígeno a alto flujo (mascarilla con reservorio a 10-12 l/min), salvo indicación distinta en función de patología específica.
- Eleve los miembros inferiores del paciente ligeramente (15-30°).
- Evite pérdidas de calor corporal cubriendo a la víctima con una manta.
- Según patología detectada, coloque al paciente en la posición más adecuada (semifowler, tumbado con elevación de miembros inferiores, etc.), según procedimiento específico

Estado neurológico

Valore los posibles déficits neurológicos:

- Compruebe la orientación temporo-espacial y personal, mediante preguntas breves y obvias.
- Realice la Escala de coma de Glasgow.

Valore el tamaño y reactividad pupilar:

- Tamaño:
 - Midriasis (dilatadas en exceso).
 - Normales o medias.
 - Miosis (empequeñecidas), puntiformes (miosis extrema).
- Simetría entre las dos pupilas:
 - Isocoria (pupilas de igual forma y tamaño).
 - Anisocoria (pupilas de diferente tamaño).
- Reactividad:
 - Normal.
 - Lenta.
 - Arreactivas.
- No valorables: Tenga en cuenta la imposibilidad de valoración por intervenciones quirúrgicas, enfermedades oftalmológicas, etc.)

Valore existencia de asimetrías faciales, parálisis, etc, y alteraciones en el lenguaje como disartria, afasia, etc.

Valore movilidad y sensibilidad en las extremidades observando posibles asimetrías a nivel motor o sensitivo.

En los casos en que el paciente presente:

- Alteraciones de la consciencia o niveles de respuesta distintos al de alerta.
- Se tenga constancia de que haya sufrido una pérdida de conocimiento o pérdidas de memoria con trauma previo o presente signos de gravedad.
- Presente déficits neurológicos.
- Sospecha de convulsión en paciente no epiléptico conocido o paciente epiléptico si la convulsión se repite o no recupera la situación normal tras 10 minutos.

Proceda a:

- Solicitar USVA si no lo ha solicitado ya.
- Si no se realizó con anterioridad, proporcione O2 a alto flujo mediante mascarilla con reservorio (salvo indicación distinta en función de patología específica).
- Coloque al paciente en posición semifowler con la cabeza alineada si fuera posible.
- En el caso en que las alteraciones puedan comprometer las funciones vitales del paciente proceda en consecuencia (ver procedimiento SVB 'Instrumental en adultos')

Exposición

Ponga al descubierto, de forma rápida, el cuerpo o la parte del cuerpo que desee valorar para localizar signos de lesiones o enfermedades que pudieran comprometer las funciones vitales del paciente. Mantenga la privacidad del paciente en la medida de lo posible. Abríguele después.

VALORACIÓN SECUNDARIA

Inicie la valoración secundaria, sólo en aquellos casos en que las funciones vitales del paciente lo permitan. Si detecta compromiso, suspenda la valoración secundaria, solicite USVA, informando de la situación, e intente su estabilización. Reevalúe de forma continua

Monitoree las constantes del paciente registrándolas en el informe.

- FR (rpm)
- FC (lpm)
- TAS y TAD
- Temperatura corporal.
- Saturación de oxígeno.
- Cooximetría, en los casos necesarios, según procedimiento específico.

Explore al paciente desde la cabeza a los pies incluida la espalda. Obtenga los siguientes datos:

- Explore al paciente desde la cabeza a los pies incluida la espalda. Obtenga los siguientes datos:
- Localización de zonas dolorosas.
- Alteraciones motoras o de sensibilidad.
- Tiempo de inicio de los signos, síntomas y su duración.
- Factores que los agravan o alivian.
- Busque lesiones que no sean evidentes.
- Recabe información 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.
- Realice breve historia del paciente con la información recibida y con los datos de la exploración.
- Mecanismo lesional o motivo de consulta.
- Alergias.
- Medicaciones que estuviera tomando, relacionadas o no con el incidente.
- Enfermedades significativas, crónicas o no, traumatismos recientes e intervenciones quirúrgicas previas.
- Enfermedades significativas, crónicas o no, traumatismos recientes e intervenciones quirúrgicas previas.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD DEL ADULTO

La salud y el bienestar se ven afectados por múltiples factores que a menudo se presentan individualmente, que son relacionados con mala salud, discapacidad, enfermedad o la muerte. Un factor de riesgo es una característica, condición o

comportamiento que aumenta la posibilidad de contraer una enfermedad o sufrir algún tipo de caos.

El envejecimiento es una de los factores en la que la población ha afectado ya que ha conllevado un aumento en las enfermedades y discapacidades a largo plazo que resultan caras de tratar.

Los factores de riesgo pueden dividirse en los siguientes grupos:

De conducta: estos factores están relacionados con las acciones que tomamos que por lo tanto puede ser eliminadas o reducidas si el paciente lo desea

- tabaquismo
- exceso de alcohol
- elecciones nutricionales
- inactividad física
- pasar mucho tiempo en el sol
- no vacunarse
- Relaciones sexuales sin protección
- Fisiológico
- Demográfico
- Medioambientales
- Genéticos

Fisiológico: son factores relacionados con el organismo quiere decir que pueden ser en algunos casos genético o del estilo de vida que cada persona lleva.

Sobrepeso u obesidad

- TA elevada
- Colesterol alto
- Glucosa alta
- Factores tipo demográfico

Medioambientales: estos factores tienen que ver con el entorno que abarca ya que pueden ser factores físicos, químicos y biológicos

- Riesgos laborales
- Acceso a agua limpia e instalaciones sanitarias
- Polución del aire
- Entorno social

Genético: los factores genéticos se basan en los genes algunas de las enfermedades como la fibrosis quística y muscular se originan totalmente en la función del individuo, o muchas otras como el asma y la diabetes.

Demográficos: son factores representada mediante una gráfica que han causado una gran parte de muertes a nivel global conforme a la OMS

- TA elevada
- Tabaquismo
- Glucosa alta
- Inactividad física

- Sobrepeso u obesidad
- Colesterol alto
- Ingesta del alcohol
- Desnutrición infantil

Para concluir, las acciones que el centro hospitalario toma son una serie de actividades tales como la valoración y su ejecución de cada una de ellas, ya que muy importante tanto del paciente para su futura rehabilitación y como de enfermera para tener mas conocimiento como profesional de la salud.

Bibliografía:

Enfermería del adulto, acciones de enfermería y factores que intervienen en el proceso salud enfermedad del adulto. UDS.