



Nombre del alumno:

SONIA SUYEVI GARCIA PEREZ

Nombre del profesor:

Ludbi Ortiz perez

Licenciatura:

ENFERMERIA

Materia:

Enfermería del adulto

Nombre del trabajo:

Ensayo del tema:

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

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

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.

- Un "proceso". Constituye la primera fase del proceso enfermero.
- —Planificadall. Está pensada, no es improvisada.
- —Sistemáticall. Requiere un método para su realización.
- —Continuall. Comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros y continúa durante todo el tiempo que necesita de ellos.
- —Deliberadall. Precisa de una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de la persona que la realiza.

- 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 h^a 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

Según el objetivo al que vaya dirigido, la valoración se puede clasificar en:

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

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.

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 el mismo (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. 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 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. No será lo mismo en un determinado servicio hospitalario (geriátrica) que en una U.V.I. A su vez esta recogida de datos debemos clasificarla para que sean efectivos, y entonces aparecerán los grupos de —necesidades, —patrones funcionales de salud, —áreas de salud, etc. Por último, dentro de cada grupo de recogida de datos, la información debe estar ordenada de forma coherente y complementaria, facilitando el análisis de los mismos Su objetivo es determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

- **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). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- **Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son:
 - Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos.
 - Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo.
 - Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire.
 - Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire.
- **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. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Formas de abordar un examen físico:

- **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. Entre los posibles sistemas de valoración existentes, hemos elegido los dos más empleados en nuestro medio de trabajo, para a partir de ellos desarrollar un sistema de valoración estandarizado de carácter —universalll dentro de nuestro entorno. A continuación describimos los Patrones Funcionales de Gordon y las Necesidades Básicas de Henderson. Evaluación de los datos recogidos y emisión de un juicio clínico. Una vez finalizada la fase de recogida de datos. La enfermera debe emitir un juicio profesional sobre la eficacia en el funcionamiento del área valorada (patrón, necesidad, etc.). La emisión de este juicio clínico es fundamental y va a diferenciar una recogida de datos de una valoración profesional. Para ello es necesario interpretar los datos recogidos, analizarlos y expresar la idoneidad en su funcionamiento. La existencia de una valoración enfermera alterada o ineficaz es síntoma claro de la necesidad de intervención de la enfermera en su mejora a través de los diagnósticos de enfermería. Sin embargo, la existencia de una valoración eficaz no quiere decir que en algunos casos la enfermera no deba actuar de forma planificada mediante los diagnósticos de salud o de riesgo. • Valoración mediante Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras para llegar al diagnóstico enfermero. Para llevar a efecto esta valoración se puede optar por una herramienta que puede ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Esta herramienta es la valoración por patrones funcionales de M. Gordon . Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta 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 (persona dependiente). 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:

- Factores permanentes:
 - Edad
 - Temperamento: estado emocional o disposición de ánimo
 - Normal
 - Eufórico
 - Ansiedad, temor, agitación o histeria
 - Deprimido o hipoactivo
 - Situación social o cultural
 - Capacidad física e intelectual
- Factores variables:
 - Marcados trastornos del equilibrio, de líquidos y electrolitos, incluidos los vómitos y diarrea.
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.

- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio.
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Se puede observar una similitud entre las 14 necesidades básicas que define V. Henderson y la escala de necesidades de Maslow (necesidades fisiológicas, necesidad de seguridad, necesidad de amor y pertenencia, necesidad de estima y necesidad de autorrealización):

- Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).
- Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).
- Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).
- Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

V. 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. Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

- Valoración enfermera estandarizada Independientemente del modelo de

valoración que utilizemos, el objetivo perseguido y los resultados que queremos obtener, deben ser los mismos. Por ello, nuestra intención es elaborar un sistema que reúna y unifique todas las posibilidades de valoración existente, o al menos, las más conocidas; con la finalidad de conseguir un lenguaje unificado y estandarizado del que todos formemos parte tanto para su uso, como para su construcción. 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. Los factores de riesgo a menudo se presentan individualmente. Sin embargo, en la práctica, no suelen darse de forma aislada. A menudo coexisten e interactúan entre sí. Por ejemplo, la inactividad física, con el tiempo, acaba causando aumento de peso, presión arterial elevada y un alto nivel de colesterol. Esta combinación aumenta significativamente la probabilidad de desarrollar enfermedades cardíacas crónicas y otros problemas relacionados con la salud.

El envejecimiento de la población y la mayor expectativa de vida han conllevado un aumento en las enfermedades y discapacidades a largo plazo (crónicas), que resultan caras de tratar. 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). Factores de riesgo de tipo demográfico.

Alimentación. Los cambios del aparato digestivo pueden llevar a mal nutrición, deshidratación, estreñimiento, disminución de la absorción de hierro, calcio, vitamina B12 y ácido fólico. La nutrición se requiere para cubrir las necesidades energéticas y de renovación de tejidos, enzimas y hormonas, así como asegurar las necesidades de agua y vitaminas y minerales proporcionando un equilibrio.