



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: Olivar Pérez Santizo

TEMA: 1.1 Valoración del paciente/1.2 características de la elaboración del informe.

PARCIAL: I

MATERIA: Enfermería del adulto

NOMBRE DEL PROFESOR: Lic. Alfonso Velásquez Pérez

LICENCIATURA: Lic. en enfermería

CUATRIMESTRE: 6°

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS. A 20 DE MAYO DEL 2022

Introducción

En este presente trabajo se abordará temas de gran interés para la formación en enfermería principalmente en la rama de la enfermería en la atención del adulto mayor, ya que se enfoca en un tema básico que como su nombre indica hablaremos a cerca de la valoración del estado de salud del paciente y como los datos obtenidos se plasmas para realizar un informe. Bueno, entonces, durante el desarrollo se estudiará lo que es la enfermería y su objetivo en el cuidado de la persona, se hablara sobre valoración del paciente, como se realiza esta, los criterios que debemos de tomar al momento de realizarlo y de qué manera lo hacemos, es decir, que orden seguir para obtener buena información. Así mismo, debemos de identificar cuales son los tipos de valoración y que datos se obtienen de estas.

Para el segundo tema hablare a cerca de lo que es un informe de enfermería, como debe redactarse, y que puntos debemos de considerar para plasmarlo, de igual manera identificaremos los datos que debe de llevar, la forma de escritura y los tipos de informe que existen y en qué casos se realizan.

Por otro lado, se dice que los objetivos son aquellos puntos importantes que debemos de tomar para visualizar el panorama al que queremos llegar, es por ello que me he permitido desarrollar algunos.

Objetivo general de la actividad:

- Presentar información clara, precisa y concisa de acuerdo al tema principal para desarrollar una lectura fácil y comprensible.

Objetivos específicos:

- conocer los factores de riesgo que afectan la salud del adulto y tener la posibilidad de proponer y suministrar acciones para fomentar la salud individual y colectiva.
- Identificar datos importantes en una valoración y elaboración de un informe.

Para continuar se desarrollarán los temas principales.

VALORACION DEL PACIENTE

Para iniciar con el desarrollo del tema menciona que la enfermera o enfermero y la enfermería como tal, debe utilizar una forma de organización que sea sistemática para poder atender las necesidades del individuo y ayudar a minimizar o solucionar los problemas de salud que atacan. Se dice que la base para la actuación de la enfermería en la atención a la salud es la valoración, la cual es un buen método para recoger información acerca del estado de salud de la persona e identificar si ocurre algún problema en esta, así entonces la valoración nos ayudara a implementar intervenciones para solucionar o hacer que la enfermedad no sea tan perjudicial.

La valoración deberá hacerse de manera individual tomando en cuenta que cada persona es autónoma y que interactúa con el ambiente de forma diferente. Así también deberá realizarse de manera continua y en todas y cada una de las fases del proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de la situación en la que se presente la persona. Pero en sí, ¿Qué es la valoración enfermera? Nos dice que este es un proceso el cual se hace de manera planificada, sistemática, continua y deliberada en el cual se recoge y posteriormente se interpreta datos sobre el estado de salud del paciente, así mismo para este proceso se hace uso de diversas fuentes y se aplicara a la persona la que más se adecue a ella.

UTILIZACION DE LA VALORACION ENFERMERA: aquí la valoración se hace de manera continua y no solo se aplica o forma parte del proceso enfermero, si no que esta debe estar presente siempre para identificar la evolución de la persona con respecto a la enfermedad, es decir, la enfermera deberá realizar la valoración para poder planificar y actuar de manera correcta.

TIPOS DE VALORACION (existen 2 tipos de valoración): 1) valoración inicial: podemos decir que es la de primer contacto ya que se lleva a cabo en la primera consulta, en esta podemos recoger datos generales del paciente, desde su nombre, fecha de nacimiento (datos personales) hasta la sintomatología del estado actual para poder llegar a una conclusión. 2) valoración continua: es la que se aplica cuando se ha llegado a una conclusión, es decir, cuando ya se sabe la problemática o el diagnóstico y solo se aplica de manera específica o regional, dependiendo cual es la parte afectada del paciente y así ver la evolución que mantiene durante la atención. Este último tipo de valoración 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 y obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud.

Por otra parte, el llevar a cabo la valoración enfermera implica la toma de decisiones desde el inicio: por ejemplo, debemos identificar qué información es relevante, qué áreas son de nuestra competencia, cuál debe ser el enfoque de nuestra intervención, etc.; decisiones que, sin duda, están influidas por los conocimientos, las habilidades, valores, creencias y sin dejar a tras la experiencia de quién lleve a cabo la valoración. Además, la valoración no solo va estar destinada a saber la problemática de la persona si no que también vamos a ver como reacciona ante esta parte, es decir, la forma en la que responde la persona, la forma en la que actúa y se comporta, ya que como sabemos las personas adultas o incluso jóvenes presentan alteraciones psicológicas que también son problemas de salud.

OBJETIVO DE LA VALORACION ENFERMERA: su principal objetivo es identificar la situación por la que pasa la persona y como responde a esta. Algo que me precio sumamente increíble e interesante es que, “la valoración deberá hacerse de forma completa, organizada y correcta, puesto que de esta dependerá el éxito de nuestro trabajo”, es decir, mientras mejor sea nuestra valoración el proceso de atención tendrá mejores resultados para el paciente y para nosotros como enfermeros, pero cuando la valoración no se hace de manera adecuada, el trabajo de enfermería tampoco será correcto. Menciona que el valorar demanda mucho, ya que la persona que ocupa este rol, deberá estar atento a todo dato que el paciente brinde, deberá de tener habilidades y virtudes para hacer que la persona se sienta confiado o hasta protegido.

ETAPAS DE LA VALORACION ENFERMERA. Estas son dos: 1) recogida de datos y 2) evaluación de los datos recogidos y emisión de un juicio clínico, estas fases están relacionadas entre sí, puesto que son esenciales para la actuación de enfermería con respecto a la atención.

1) En la primera etapa nos dice que la recogida de datos es el inicio de todo y que el éxito de todo el proceso dependerá de esta parte, aquí, como mencione al inicio, se deberá de recoger datos generales de la persona y de su estado de salud, así como las posibles interferencias para su atención como la familia o las creencias, así mismo el objetivo de la recogida de datos es reunir información útil, necesaria y completa sobre la persona a que se está valorando. Por último, en la recogida de datos, la información que se obtenga deberá de plasmarse de forma coherente y complementaria, con el fin de que a la hora de analizarlos se nos facilite su análisis

A la hora de recoger los datos se deberá de tomar en cuenta que existen dos fuentes que nos brindan información. 1) la fuente primaria y 2) la fuente secundaria así mismo debemos ver qué tipo de datos son. Estos pueden ser objetivos (los que se pueden medir con una escala o instrumento. Ej.: TA, Tª, FC), subjetivos (lo que la persona expresa, sentimientos y percepciones), antecedentes históricos (Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas,

enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento), actuales (son datos de la situación actual).

METODOS PARA LA RECOGIDA DE INFORMACION. Existen varios métodos o herramientas que nos ayudan a recoger información, una de ellas y la más usada es la entrevista, aquí se establece una conversación enfermera-paciente, se aplican preguntas para obtener la información adecuada; puede ser de manera formal o informal y nos ayudara a obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados., nos facilitara la relación enfermera/paciente y permite al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.

La entrevista se forma de 3 partes: un inicio, un cuerpo y el cierre. En el inicio se opta un ambiente favorable sin distracciones y adecuado para la enfermera y el paciente, En el cuerpo se realizará una serie de preguntas destinadas a obtener información adecuada y se aplica para que el paciente responda de manera libre; el cierre es el final de la entrevista y es donde se resume los datos más significativos. Constituye la base para iniciar la planificación.

TECNICAS DE LA ENTREVISTA. La literatura nos menciona que puede haber varias técnicas por las cuales podemos recoger datos, algunos son por la forma verbal (es todo lo que expresa y reflexiona), forma no verbal (son las expresiones faciales, gestos, posición corporal, forma de hablar, contacto físico, e.tc), empatía (es ponerse en el lugar del paciente y analizar lo que nos quiere decir), respeto (el profesional ve a la persona como un todo y aprecia la dignidad y los valores).

Otro método para recoger datos es la observación, este método comienza desde el primer contacto con la persona y continua a lo largo de la atención. La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para obtener información del paciente y del entorno, este método implica habilidad que precisa practica y disciplina.

Exploración física es otro de los métodos usados para obtener gran cantidad de datos. Antes de realizarlo debemos de explicar al paciente lo que se le hará y con que finalidad se hace. Los objetivos de este método son que: Determinan en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, nos ayuda a obtener una base de datos para poder establecer comparaciones, así mismo, ayuda a confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

Para este parte se pondrán en práctica las técnicas de la exploración: 1) inspección (es un examen visual, cuidadoso y de manera general con e cual determinamos estados o respuestas normales o anormales, se centra en la observación de características físicas). 2) Palpación (consiste en la utilización del tacto/manos, se usa principalmente para valorar abdomen y su objetivo es determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel como tamaño, forma y textura, entre otros). 3) Percusión (implica dar pequeños golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal

con el fin de obtener sonidos. Los sonidos pueden ser sordos, mates, hipersonoros, o timpánicos). 4) Auscultación (consiste en escuchar los sonidos que emiten algunos órganos del cuerpo como el corazón, los pulmones y los intestinos con ayuda del estetoscopio).

FORMAS DE ABORDAR UN EXAMEN FISICO

Este puede hacerse de varias formas, puede seguir un orden cefalocaudal (de cabeza a pies), es decir, se analizará al paciente iniciando de la cabeza hasta llegar a las extremidades dejando la espalda al final. Así también puede ser por sistemas y aparatos, aquí menciona que 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. O por patrones funcionales de salud.

2) validación y verificación de los datos es otra etapa de la valoración enfermera que consiste en confirmar que los datos obtenidos en la etapa anterior sean ciertos, con el fin de evitar conclusiones precipitadas que puedan llevar a un error en el diagnóstico. Los datos verdaderos son los datos objetivos, es decir, aquellos datos susceptibles los que son evaluados con una escala de medida precisa. (por ejemplo, el peso, la talla, etc.).

Luego de haber validado los datos se deberán de organizar de tal manera que podamos ver qué datos son relevantes y cuáles no, si es preciso obtener más información, o información de otro tipo, con el fin de comprender mejor la situación del paciente y comenzar con la formulación de posibles problemas y/o diagnósticos de enfermería.

Por otra parte, se menciona que la organización de los datos se podrá hacer de las siguientes maneras y nos servirá para poder encontrar el problema y en donde afecta; 1) se podrá organizar por aparatos y sistemas, ahí se van a ver que órganos son los afectados, el 2) es por patrones funcionales de Marjory Gordon, los patrones funcionales son 11 y se clasifican en (Patrón 1: Percepción de la salud, patrón 2: Nutricional/metabólico, patrón 3: Eliminación, patrón 4: Actividad/ejercicio, patrón 5: Sueño/descanso, patrón 6: Cognitivo/perceptivo, patrón 7: Autopercepción/autoconcepto, patrón 8: Rol/relaciones, patrón 9: Sexualidad/reproducción, patrón 10: adaptación/tolerancia al estrés y patrón 11: valores/creencias), entonces, teniendo las patrones se podrá valorar detenidamente cada uno de ellos con la finalidad de encontrar alguna alteración.

Otra forma de organizar la información es por las necesidades de virginia Henderson (14): 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 ropas adecuadas, 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, I1: vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores, I2: trabajar de forma que permita sentirse realizado y I3: participar en actividades recreativas, I4: aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad. Aquí de igual manera se deberá detectar posibles problemáticas de la salud del paciente. De igual manera nos menciona la literatura que estas necesidades de la persona estarán satisfechas siempre y cuando lo haga por su propio merito, es decir, que la persona sea independiente, sin embargo, cuando la persona no es capaz de hacerlo por si solo (dependiente) es cuando aparecen los problemas de salud y aquí entra la enfermera y la atención de los servicios de salud para suplir alguna de estas actividades.

Para finalizar con este tema, se menciona que la valoración también puede ser de tipo primaria y secundaria aquí se identificara principalmente la respuesta de la persona y estado neurológico que presenta (consciente o inconsciente).

Nos dice que para valorar de forma primaria el estado de consciencia podemos hacer uso de la escala AVDN. Esta escala consiste en que se valorara lo siguiente: (A) Alerta, (V) Respuesta a estímulos verbales, (D) Respuesta a estímulos dolorosos y (N) Respuesta negativa, no hay respuesta. Entonces, cuando el paciente este consciente, menciona la literatura que se valorara los siguientes los tres puntos: 1) estado respiratorio (aquí se vigilara la frecuencia, características, movimientos, esfuerzo y ruidos respiratorios), 2) en lo segundo se va a valorar el estado circulatorio (frecuencia, ritmo, fuerza y perfusión tisular) y el ultimo punto a valorar es el estado neurológico en general (si esta orientado, se hace uso de la escala Glasgow, si presenta vértigo, etc.).

Ahora bien, si el paciente esta inconsciente los puntos a evaluar son dos: 1) la respiración; es muy importante vigilar que tenga permeabilidad de la vía aérea, así como dar soporte de oxigeno si lo necesita y se reevaluará cada 2 minutos, por su parte, si el paciente no respira deberá de iniciarse la reanimación. 2) la circulación, igual es muy importante checar el pulso de la persona ya que nos indica el estado en el que se encuentra, al igual que los puntos anteriores. Sin embargo, la valoración secundaria se realiza a aquellos pacientes que tienen algún problema con alguno de sus factores, es por ello que se deberá de preguntar a otra persona, ya sea familiar o cuidador, para obtener información y así tener una buena valoración. Aquí se deberá de reevaluar al paciente cada determinado tiempo, la valoración deberá de ser cefalocaudal, mantenerlo en monitorización continua, se realizará la historia clínica y al finalizar se iniciará con la asistencia del enfermo.

CARACTERISTICAS DE LA ELABORACION DEL INFORME

Como introducción nos menciona que es un informe, por lo cual nos dice que es un registro escrito elaborado por el personal enfermero a cerca de la atención que se le brinda al paciente, por lo tanto,

la información que se plasma en este formato es claro, concreto, comprensible y sigue una organización para el mejor entendimiento. Aquí se registra toda aquella actividad, observación, decisión y cuidado que se otorga, sin olvidar anotar la evolución que presenta el paciente ante su tratamiento.

TIPOS DE DATOS

Los datos que se registran pueden ser subjetivos (lo que siente el paciente y lo expresa/síntomas) y los datos objetivos son aquellos que son concretos como las mediciones de peso, talla, etc.

Los objetivos de este registro son: que nos ayudan a llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado del paciente, aquí podemos identificar los problemas presentados por el paciente y los cuidados de enfermería brindados, ayuda a colaborar con el médico en el diagnóstico del paciente, nos sirve como instrumento de información en el campo de la salud como documento científico legal y forma parte del estudio de investigación.

¿Cuál es la importancia de la elaboración del informe? La importancia es que aquí podemos plasmar la valoración y evolución de la enfermedad, sirve como documento científico y legal en caso de algún problema y a través de él podemos conocer las necesidades del paciente.

COMPONENTES DEL INFORME

El informe para que este bien estructurado contara con: la fecha y hora de elaboración, el sexo, edad y procedencia del paciente, un contenido (aquí se plasmara todo lo que se observe, se realice o no se realice al paciente) y lo último y más importante, la firma del responsable, es decir, de quien realiza el informe.

En general los informes de enfermería registran los siguientes tipos de información

- Valoración del paciente por el distinto personal de enfermería.
- Intervenciones de enfermería independientes (cuidados generales de enfermería sin intervención médica).
- Intervención de enfermería dependiente, como medicamentos o tratamientos prescritos por el médico.
- Evaluación de la eficacia de cada intervención de enfermería.
- Mediciones realizadas por el médico.
- Visitas de los miembros del equipo de salud.

Sin embargo, en el informe también se expresará la información esencial del paciente como:

Cualquier cambio de conducta (estado de ánimo, nivel de consciencia)

Cualquier cambio en el funcionamiento físico como (dificultad de movilizarse, falta de actividad, etc.).

Cualquier signo o síntoma que altere el diagnóstico y por tanto, también el tratamiento.

Cualquier intervención o actividad de enfermería que se realice (cuidado de heridas, administración de medicamentos, etc.).

ESCRITURA

Para redactar el informe se deberá de usar un color de tinta oscuro, pero eso dependerá de la normativa del hospital o unidad de salud en la que se este, así mismo, menciona que no se permiten rayones, tachas o uso de corrector para corregir algún dato, ya que debemos de recordar que este documento tiene función legal.

TIPOS DE INFORMES

Existen varios tipos de informes, por ejemplo: los de ingreso, egreso, recibo y entrega de turno, etc. A continuación, se describe los datos que deben de contener para que sean correctos.

Notas de ingreso, contara con: Fecha y hora, sexo, edad, procedencia, datos de cómo llega el paciente, así como quien lo conduce, el tipo de ingreso, quien lo remite, porque lo remiten, los diagnósticos, El estado de conciencia, estado de ánimo, estado mental, estado higiénico y nutricional, descripción céfalo-caudal, las características especiales de las actividades realizadas, los pendientes y registro de signos vitales.

Notas de recibo de turno, deberá contar con fecha y hora, nombre, Edad, recibo paciente, posición, diagnóstico de ingreso, estado de conciencia, estado de ánimo, estado higiénico y nutricional, descripción céfalo-caudal, líquidos endovenosos, signos vitales y la firma del personal.

Notas de entrega de turno, contara con: Fecha y hora, nombre, Edad, posición, diagnóstico de base, estado de conciencia, alimentación: tolerancia a la dieta, equipos con los que queda el paciente, ordenes, tratamientos, o laboratorios pendientes, si elimino o hizo deposición (características), signos vitales y la firma.

Notas de egreso: Fecha y hora, nombre, Edad, diagnostico, servicio del que egresa, medico quien ordena egreso, el estado de conciencia y orientación, en compañía de quién egresa, las ordenes médicas, los signos vitales, la firma.

Notas de enfermería del traslado del paciente dentro del hospital: se deberá anotar el servicio al que se traslada, el sexo, edad y diagnósticos, el personal de salud que efectúa el traslado, las condiciones generales, estado de conciencia, condición física, forma de transporte, entre otros, quien es el familiar y/o responsable, el nombre del médico que da al orden de traslado, los documentos que se entregan en medio físico, tarjetas de medicamentos, medicamentos y dispositivos médicos, resultados de ayudas diagnósticas, los equipos de monitoria y/o soporte que tiene en funcionamiento y cuáles son los procedimientos pendientes.

En conclusión, se puede mencionar que este trabajo es sumamente importante ya que a través de él puedo presentar y analizar la información de una manera más generalizada y a su vez me permite mejorar el entendimiento del tema. El conocer este tipo de información es vital por que como personal aun en formación podemos identificar conceptos generales de la enfermería medico quirúrgica que nos ayudan a adentrarnos más al campo hospitalario. En cuestión de los temas puedo concluir que es muy importante conocerlo ya que por ejemplo, en el tema de valoración del paciente, nos ayuda a que podamos tener mas en claro que es una valoración, cuantos tipos de valoración hay y de que forma podemos realizarlo, así como también identificamos cuales son las complicaciones o impedimentos para realizarlos, de igual manera nos mencionaba que una valoración no solamente es de preguntar, si no que también de escuchar y observar detenidamente cada parte, sentimiento y expresión de la persona ya que de ahí podemos obtener datos importantes que nos llevaran a un posible o concreto diagnostico y posteriormente a su tratamiento.

En el segundo tema (elaboración del informe) me pareció muy llamativo la forma en como lo explica la literatura, y al hacer esta actividad me queda más que claro que los informes son documentaciones muy importantes ya que si lo vemos desde un punto profesional, nos avala o protege de situaciones difíciles si se llegan a presentar. Mencionaba que el informe deberá de ser escrito con letra clara y concreta, así también con una idea exacta de lo que se quiere dar a entender. Para finalizar los tipos de informes y sus datos que lo integran es muy importante saberlo, ya que, así al momento de realizar uno ya podemos hacerlo con más facilidad.