



UDS

Mi Universidad

NOMBRE DEL ALUMNO: Yarenis Marilin Rodriguez Diaz

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

PARCIAL: I

MATERIA: Enfermería del adulto

NOMBRE DEL PROFESOR: Alfonso Velázquez

LICENCIATURA: LIC. Enfermería

CUATRIMESTRE: 6

Frontera Comalapa, Chiapas a 17 de mayo del 2022.

VALORACION DEL PACIENTE

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. El 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.

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

• ¿Qué es la valoración enfermera? Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes. Esto quiere decir que la valoración enfermera es:

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

Llevar a cabo el proceso de valoración enfermera implica, desde el inicio de éste, la toma de decisiones importantes: 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 y creencias de quién lleve a cabo la valoración, además, la valoración no sólo debe estar orientada a la determinación de la situación de salud, problemática o no, que estén viviendo las personas, sino al modo de responder, de actuar.

- Objetivo de la valoración enfermera

El objetivo principal de la valoración enfermera es “captar en cada momento la situación de salud que están viviendo las personas, así como su respuesta a la misma” 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. Debido a esto, 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.

- 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 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

2. Las fuentes de los datos. Éstas pueden ser: - Primarias, incluye al paciente, la historia clínica, familiares o amigos.

- Secundarias, revistas profesionales, textos de referencia.

- El tipo de datos. - Objetivos, se pueden medir con una escala o instrumento.
- Métodos para la recogida de información: - Entrevista. Es una técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella se obtiene datos subjetivos acerca de los problemas de salud. Tipos de entrevista:
 - Formal, consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.
 - Informal, es la que se realiza entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados. Objetivos de la entrevista:
 - Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
 - Facilitar la relación enfermera/paciente
 - Cuerpo: La finalidad de la conversación se centra en esta fase en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas.
 - Cierre: Es la fase final de la entrevista. En esta fase se resumen los datos más significativos. Constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.
- Técnicas de la entrevista:
 - Verbales: Interrogatorio (para verificar y aclarar datos), reflexión o reformulación (para confirmar lo que ha expresado el paciente).
 - No verbales: Expresiones faciales, gestos, posición corporal, forma de hablar, contacto físico. Cualidades que debe tener un entrevistador

- Empatía: Sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra.

Paciente consciente

Si el paciente se encuentra consciente, continúe con la valoración del paciente.

1. Estado respiratorio Valore los siguientes puntos: Frecuencia: • Rápida: más de 30 rpm (taquipnea) • Normal: 16-24 rpm • Lenta: menos de 10 rpm (bradipnea)
Características: • Profundidad (superficial, normal, profunda) • Regularidad (regular, irregular) 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). • Ruidos durante la inspiración y la espiración.
2. Estado circulatorio Valore los siguientes puntos:
 - Frecuencia y características del mismo. FC en el adulto: o Taquicardia: > 120 lpm o Normal: 60-80 lpm o Bradicardia: < 60 lpm • Ritmo: regular, irregular • Fuerza: lleno, débil (filiforme). • Estado de perfusión tisular del paciente mediante: o Tiempo de relleno capilar, que debe ser menor de 2 sg. o Temperatura y coloración de la piel (sonrosada, pálida, azulada -cianosis-) y la presencia de sudoración. • TAS aproximada con la toma de pulsos. La presencia de pulso radial generalmente indica una TAS mayor de 80 mmHg; de pulso femoral, una TAS mayor de 70 mmHg y de pulso carotideo, una TAS mayor de 60 mmHg. • Valore la existencia de hemorragias externas severas (ver procedimiento técnico 'Control de hemorragias') • En los casos en que el paciente presente alteraciones del estado circulatorio tales como: o Taquicardia o bradicardia.
3. Estado neurológico
 - Valore el nivel de consciencia y los posibles déficits neurológicos: • Compruebe la orientación témporo-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). • Vigile las diferencias de tamaño entre las dos pupilas: • Isocoria (pupilas de igual forma y tamaño) • Anisocoria (pupilas de diferente tamaño) • Reactividad: normal, lenta, pupilas

arreactivas. • No valorables: Tenga en cuenta la imposibilidad de valoración por intervenciones quirúrgicas, enfermedades oftalmológicas, etc.) • Compruebe movilidad y sensibilidad en las extremidades.

VALORACIÓN SECUNDARIA

• Inicie la valoración secundaria, sólo en aquellos casos en que las funciones vitales del paciente lo permitan. • Reevalúe de forma continua (ver procedimiento técnico '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, interróguele 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. Obtenga los siguientes datos: Localización de zonas dolorosas. Alteraciones motoras o de sensibilidad.

Características de la elaboración del informe

Es un registro escrito elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente, se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona familia o comunidad, inmediatamente después de su realización, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional, así como la evolución de la enfermedad y cuidados.

Tipos de datos:

SUBJETIVOS: nos dicen lo que el paciente siente y el modo en que lo expresa.

(SINTOMAS) OBJETIVOS: estos datos comprenden como las medidas de lo signos vitales, (diarrea, PA, T, P, etc.) Objetivos

• Llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado del paciente. • Dejar constancia de los problemas presentados por el paciente y los cuidados de enfermería brindados • Colaborar con el médico en el diagnóstico del paciente. • Servir como

instrumento de información en el campo de la salud como documento científico legal. • Estudios de investigación. • Unificar criterios para la elaboración de notas de enfermería y llevar registro de todos los procedimientos, intervenciones o situaciones presentadas durante el turno.

Principales factores de riesgos y sus efectos en la salud del adulto

La salud y el bienestar se ven afectados por múltiples factores; aquellos relacionados con la mala salud, la discapacidad, la enfermedad o la muerte se conocen como factores de riesgo. Un factor de riesgo es una característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir una lesión. Los factores de riesgo a menudo se presentan individualmente. Sin embargo, en la práctica, no suelen darse de forma aislada.

Por lo general, los factores de riesgo pueden dividirse en los siguientes grupos:

- De conducta; • Fisiológicos; • Demográficos; • Medioambientales • Genéticos. Factores de riesgo de tipo conductual Los factores de riesgo de tipo conductual suelen estar relacionados con “acciones” que el sujeto ha elegido realizar.

Por lo tanto, pueden eliminarse o reducirse mediante elecciones de estilo de vida o de conducta. Son, por ejemplo:

- 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.

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

Factores de riesgo de tipo medioambiental Los factores de riesgo de tipo medioambiental abarcan un amplio abanico de temas como factores sociales, económicos, culturales y políticos; así como factores físicos, químicos y biológicos. Son, por ejemplo:

- El acceso a agua limpia e instalaciones sanitarias.
 - Los riesgos laborales;
 - La polución del aire y
 - El entorno social.
- Factores de riesgo de tipo genético Los factores de riesgo de tipo genético se basan en los genes del sujeto. Algunas enfermedades como la fibrosis quística y la distrofia muscular se originan totalmente en función de la “composición genética” del individuo. Muchas otras como el asma y la diabetes reflejan la interacción entre los genes del individuo y factores medioambientales.

Riesgos globales de mortandad y factores demográficos

La tabla muestra los ocho factores de riesgo más comunes que causaron una gran parte del total de las muertes globales en 2004 conforme a la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Conclusión

Debemos de hacer la valoración de nuestros pacientes correctamente para poder saber bien sus patologías y así darle una mejor atención conocer cada uno de nuestros puntos importantes que debemos de hacer como personal de salud y ayudar al paciente en una mejor recuperación y sus factores son de mayor importancia porque a veces no sabemos qué riesgo puede tener nuestro paciente.