



NOMBRE DEL ALUMNO: IZARI YISEL PEREZ CASTRO

**TEMA: ACCIÓN DE ENFERMERÍA Y FACTORES QUE
INTERVIENEN EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD
DEL ADULTO**

PARCIAL: I

MATERIA: DESARROLLO HUMANO

NOMBRE DEL PROFESOR: ERNESTO TRUJILLO LÓPEZ

LICENCIATURA: ENFERMERÍA

CUATRIMESTRE: 6ºA

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

Valoración del paciente

Enfermería

Necesita utilizar una forma de actuación ordenada

Sistemática

Encaminada a solucionar o minimizar los problemas relacionados con la salud

Piedra angular del trabajo enfermero es la valoración de enfermería

Método

Idóneo para recoger información e identificar problemas

Realiza

Intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas

Valoración debe hacerse de forma individualizada

Fases

De proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando

Valoración enfermera

Proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación

De datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes

Valoración enfermera

Es

Proceso

Constituye

La primera fase del proceso enfermero

Planificada

esta

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

Deliberada

Precisa de

Actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de la persona que la realiza

Utilización de la valoración enfermera

Utiliza

Continuamente, y no sólo como una parte del proceso enfermero, cuando la enfermera entra en contacto

Tipos de valoración

Valoración inicial

Base del plan de cuidados realiza en la primera consulta

Cual es recoger todo los datos necesarios

Valoración continua, posterior o focalizada

Realiza

Forma progresiva durante toda la atención

Sobre el estado de un problema real o potencial

Objetivo

Recoger datos a medida que se producen los cambios

Realizar revisiones y actuaciones del plan

Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud

Valoración se puede clasificar

En

Valoración general

Encaminada

Conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados

Objetivo de la valoración enfermera

Captar

Cada momento la situación de salud que están viviendo las personas

Valoración

Enfermera es un acto de gran importancia. Porque depende del éxito de nuestro trabajo

Recoger

Datos no sólo del aspecto biológico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales

Tener

En cuenta los signos y síntomas que validan los diagnósticos de enfermería

Valoración focalizada

enfermera

Centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema

Situación detectado o sugerido por la persona

Influir

Conocimientos, las habilidades, valores y creencias de quién lleve a cabo la valoración

Etapas de la valoración enfermera

Recogida de datos.

Evaluación de los datos recogidos y emisión de un juicio clínico

Fase

Fundamental que va a condicionar el éxito del resto del proceso

recoger

Toda la información necesaria para poder identificar el problema

sea

Causas, las posibles variables o interferencias, creencias, familia, situación social,

reunir

Información útil, necesaria y completa sobre la persona a que se está valorando

información

Debe estar ordenada de forma coherente y complementaria, facilitando el análisis

Tener en cuenta

Fuentes de datos

Primarias

Incluye

Paciente, la historia clínica, familiares o amigo

Secundarias

Revistas profesionales, textos de referencia

Objetivos

puede

Medir con una escala o instrumento.

Histórica- antecedentes

Hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas y comportamiento

Tipo de datos

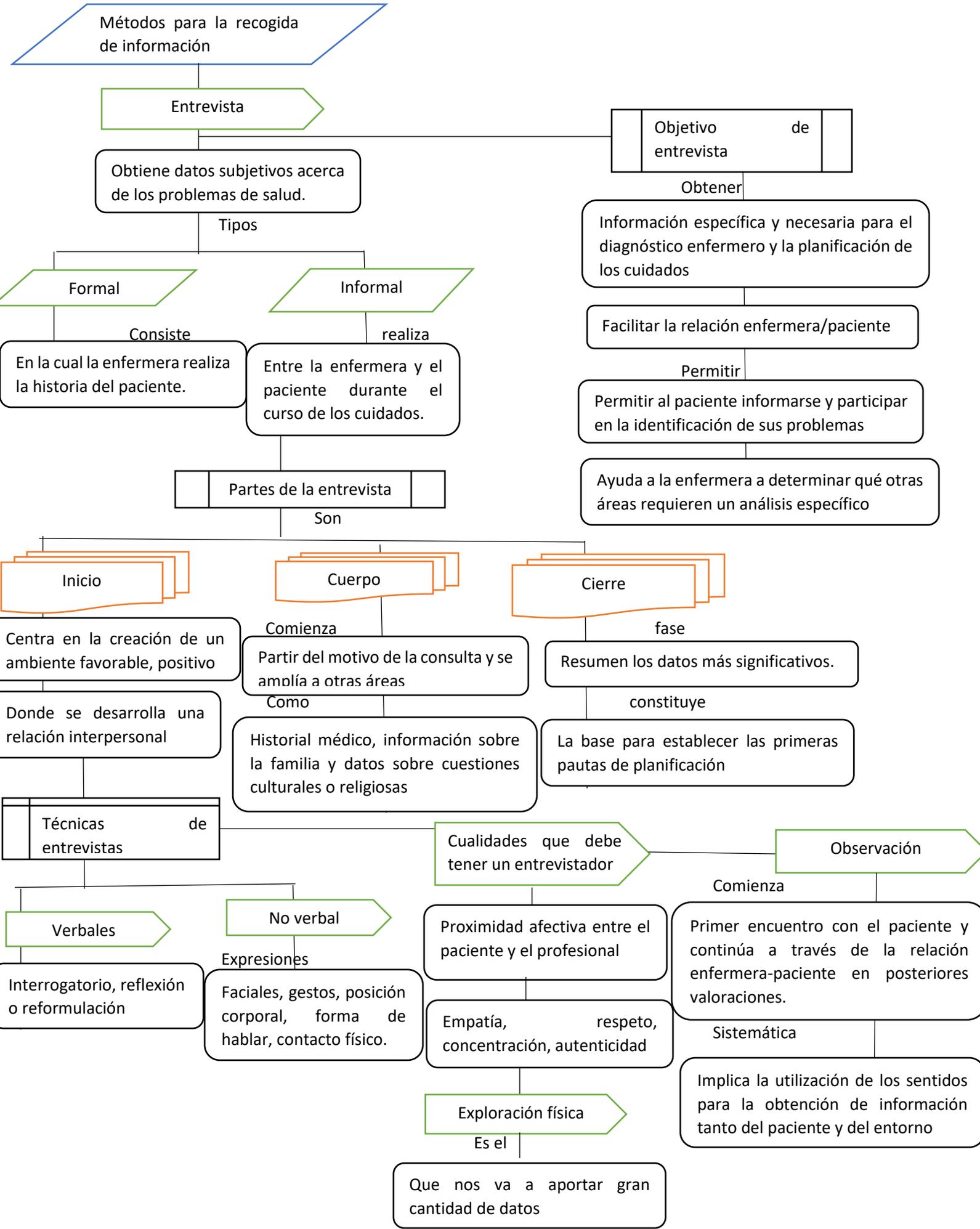
Subjetivos

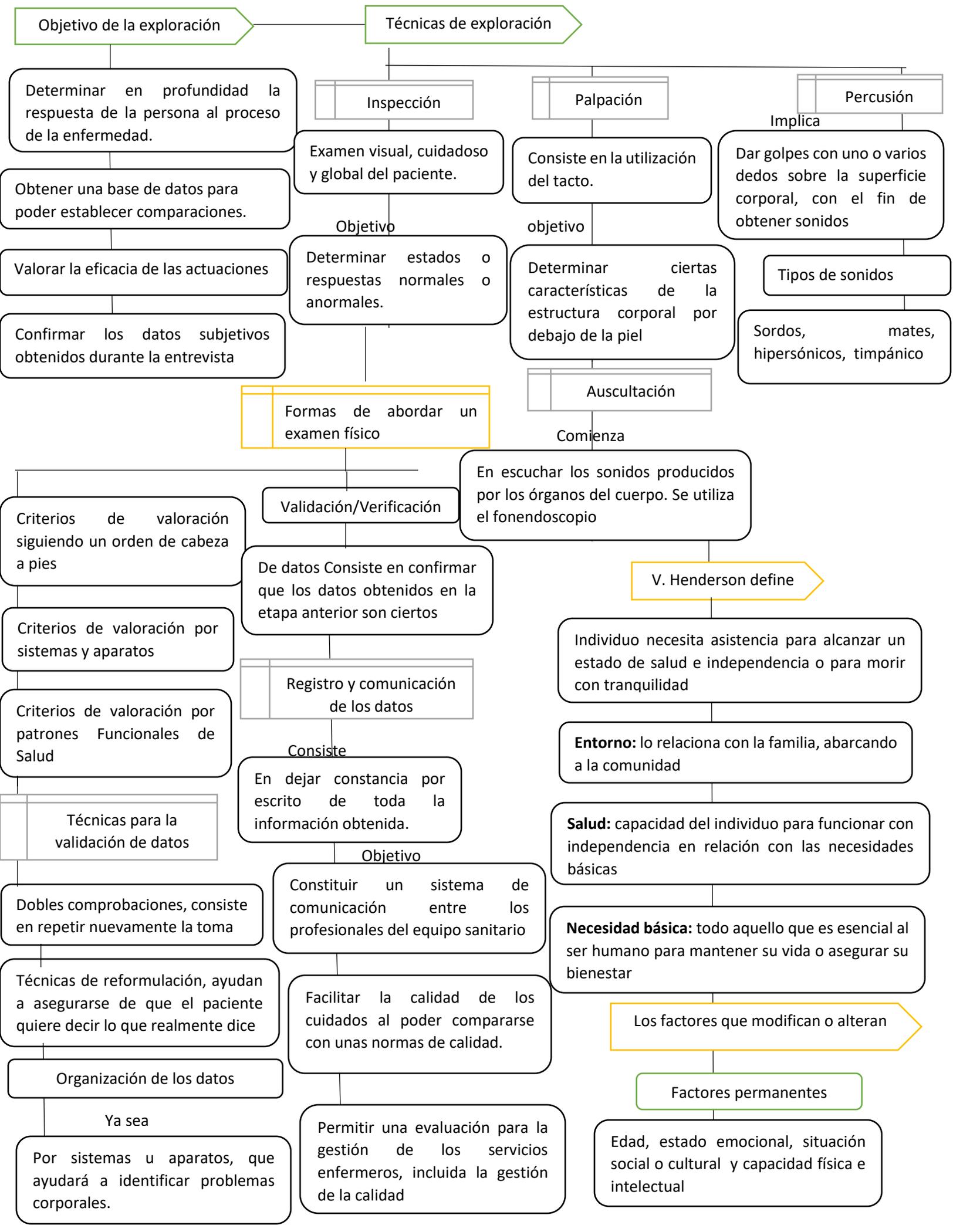
son

Los que la persona expresa. Son sentimientos y percepciones

Actuales

Datos sobre el problema de salud actual.





Objetivo de la exploración

- Determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad.
- Obtener una base de datos para poder establecer comparaciones.
- Valorar la eficacia de las actuaciones
- Confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista

Técnicas de exploración

- Inspección
- Palpación
- Percusión
- Auscultación

Examen visual, cuidadoso y global del paciente.

Consiste en la utilización del tacto.

Implica Dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos

Objetivo
Determinar estados o respuestas normales o anormales.

objetivo
Determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel

Tipos de sonidos
Sordos, mates, hipersónicos, timpánico

Formas de abordar un examen físico

Validación/Verificación

- Criterios de valoración siguiendo un orden de cabeza a pies
- Criterios de valoración por sistemas y aparatos
- Criterios de valoración por patrones Funcionales de Salud

De datos Consiste en confirmar que los datos obtenidos en la etapa anterior son ciertos

Registro y comunicación de los datos

Consiste
En dejar constancia por escrito de toda la información obtenida.

Objetivo

Constituir un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario

Facilitar la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.

Permitir una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad

Comienza
En escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el fonendoscopio

V. Henderson define

Individuo necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad

Entorno: lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad

Salud: capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las necesidades básicas

Necesidad básica: todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar

Los factores que modifican o alteran

Factores permanentes

Edad, estado emocional, situación social o cultural y capacidad física e intelectual

Técnicas para la validación de datos

- Dobles comprobaciones, consiste en repetir nuevamente la toma
- Técnicas de reformulación, ayudan a asegurarse de que el paciente quiere decir lo que realmente dice

Organización de los datos

Ya sea
Por sistemas u aparatos, que ayudará a identificar problemas corporales.

Por patrones funcionales (M. Gordon)

Por necesidades básicas (V. Henderson).

Correcta anotación de registros en la documentación

Valoración estandarizada enfermera

Modelo De valoración que utilicemos, el objetivo perseguido y los resultados que queremos obtener, deben ser los mismos

Factores variables

Marcados trastornos del equilibrio, de líquidos y electrolitos

Falta de oxígeno, estado de inconciencia, temperatura

Lesiones, dolor, estado preoperatorio y enfermedad transmisible

Valoración primaria

2. Estado circulatorio Valore los siguientes puntos

Respuesta

Paciente Determine si el paciente se encuentra consciente o inconsciente

Frecuencia y características del mismo. FC en el adulto: o Taquicardia: > 120 lpm o Normal: 60-80 lpm o Bradicardia: < 60 lpm

Medir

La escala AVDN alerta, (V) respuesta a estímulos verbales, (D) respuesta a estímulos dolorosos, (N) respuesta negativa, no hay respuesta.

ritmo

Regular e irregular, fuerza débil

Inconsciente Verifique

Estado de perfusión tisular del paciente mediante: o Tiempo de relleno capilar, que debe ser

Si el paciente tiene signos de respiración o garantice la permeabilidad de la vía aérea. Proporcionar O2 a alto flujo

Estado neurológico

Valore el nivel de consciencia y los posibles déficits neurológico

Paciente consciente

Continúe con la valoración del paciente.

VALORACIÓN SECUNDARIA

1. Estado respiración

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

Sólo en aquellos casos en que las funciones vitales del paciente lo permitan.

Características de la elaboración del informe

Concepto { 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

Tipo 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)
Objetivos { Llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado del paciente

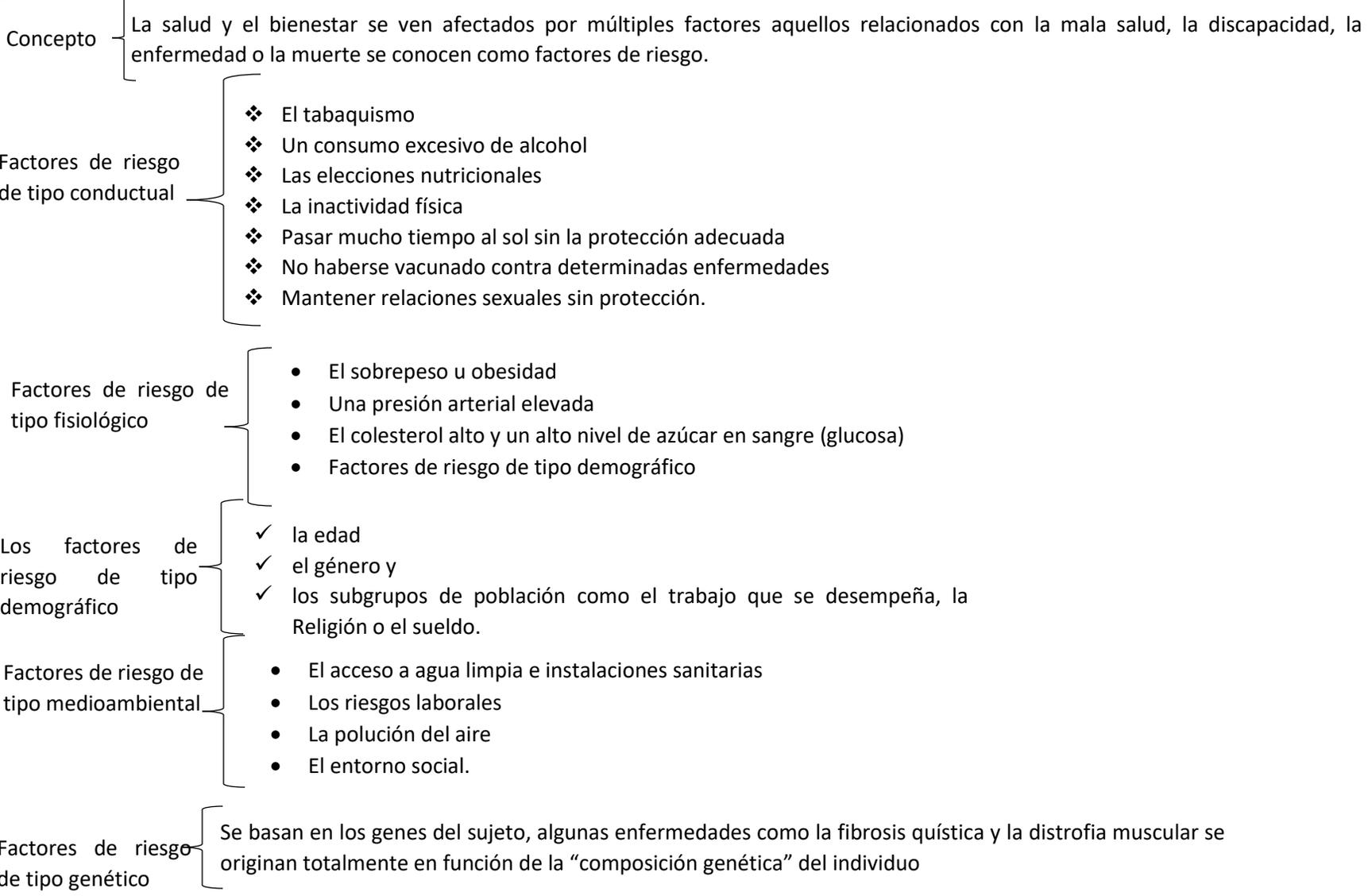
Importancia de la elaboración del informe alcance { Desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización hasta el egreso del mismo se valorar la evolución de la enfermedad del paciente, sirve de información al equipo de salud como documento científico y legal.

Componentes de la elaboración del informe {
✓ Fecha y Hora
✓ Sexo, edad, procedencia
✓ Contenido
✓ Firma

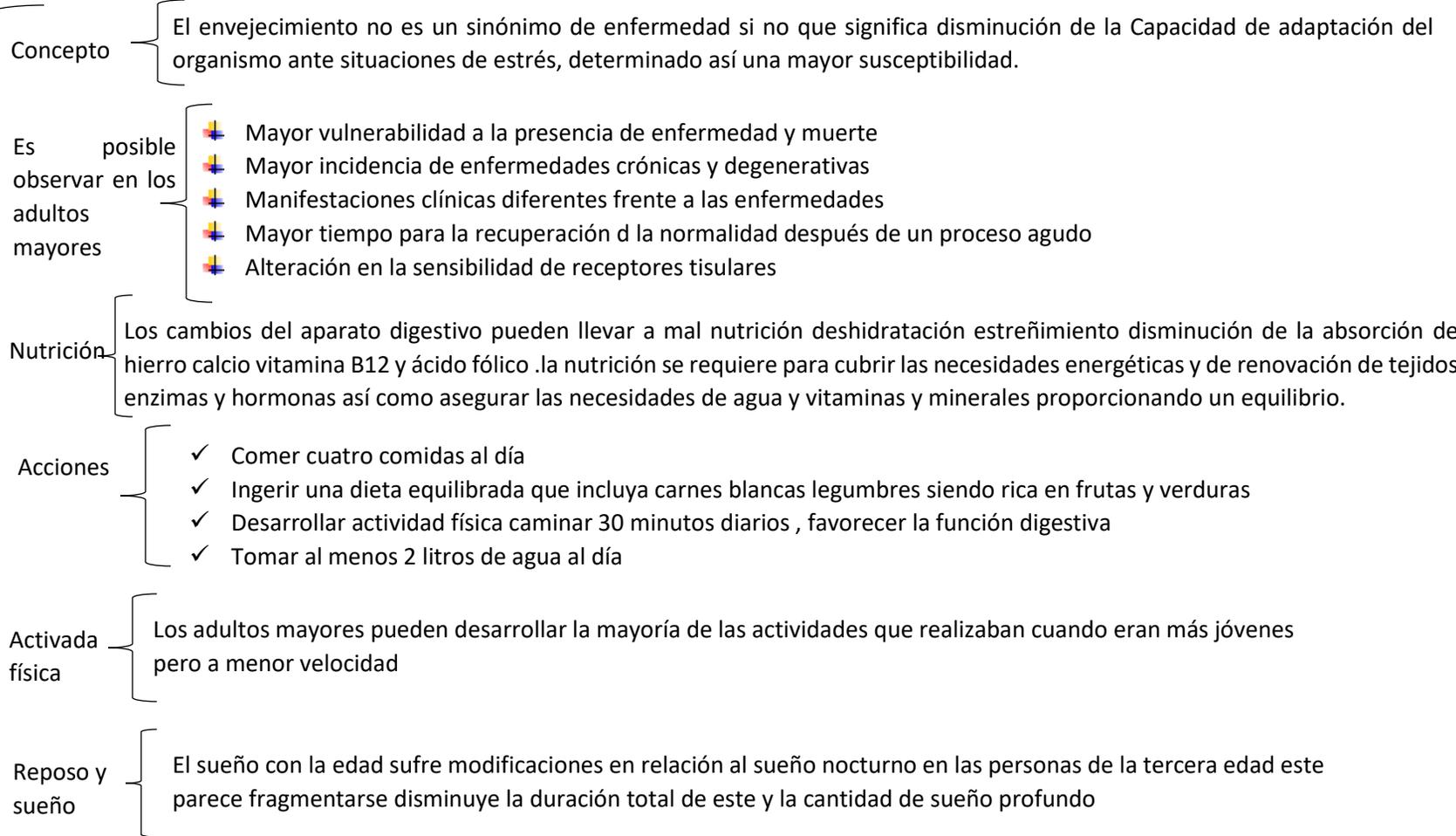
Componentes de la elaboración del informe {
✚ Fecha y Hora
✚ Sexo, edad, procedencia
✚ Contenido
✚ Firma { Cada registro de las notas de enfermería estará firmado por la enfermera que lo realiza.

Los aspectos que se evaluara en la redacción de información de enfermería { Que sean sistemáticas, lógicas, claras, concretas, precisas, objetivas, la narración con orden lógico, el vocabulario sea técnico, lenguaje claro y evitar abreviaturas

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



Atención de enfermería en la detección de factores de riesgo y Prevención del daño en la salud del adulto





a732d8794e5d400c7963c3d15fd33325-LC-

LEN605