



Mi Universidad

NOMBRE DEL ALUMNO: Rubí González Rodríguez

TEMA: Acciones de enfermería y factores que intervienen en el proceso salud enfermedad del adulto

PARCIAL: 1°

MATERIA: Enfermería del adulto

NOMBRE DEL PROFESOR: Ernesto Trujillo López

LICENCIATURA: Enfermería

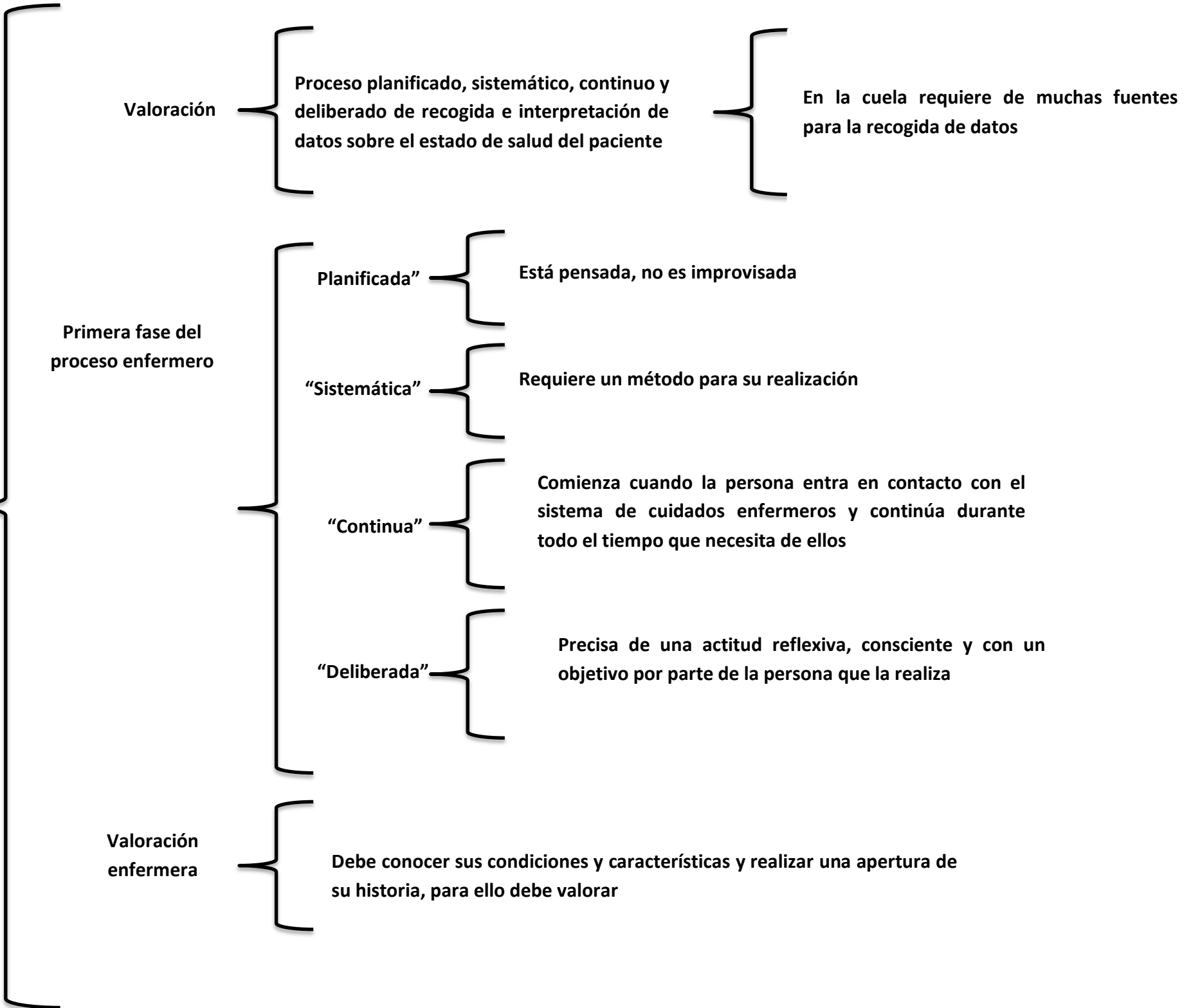
CUATRIMESTRE: 6°

GRUPO: "A"

FECHA DE ENTREGA: 21/05/23

CUADRO SINOPTICO

VALORACIÓN DEL PACIENTE



VALORACIÓN DEL PACIENTE

Tipos de valoración

Valoración inicial

Se realiza en la primera consulta

Permite recoger datos generales

Facilita la ejecución de las intervenciones

Valoración continua,
posterior o focalizada

Recoger datos a medida que se producen los cambios

Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud

Valoración continua, posterior o focalizada

Valoración general

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

Valoración focalizada

Centrará su valoración en conocer aspectos
específicos del problema o situación detectado
o sugerido por la persona

Situación de salud, problemática o
no, que estén viviendo las personas

Objetivos de la valoración enfermera

Conseguir el bienestar de
la persona sujeta a la
intervención enfermera

Debe recoger datos no sólo del aspecto biológico, sino
también de los aspectos psicológicos y sociales

VALORACIÓN DEL PACIENTE

Etapas de la valoración enfermera

Asegura garantiza la posibilidad de la puesta en marcha de un proceso de planes de cuidados con las garantías necesarias

Recogida de datos.

Evaluación de los datos recogidos y emisión de un juicio clínico

Etapas de la valoración enfermera

Recogida de datos.

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

La información debe estar ordenada de forma coherente y complementaria, facilitando el análisis de los mismos

Las fuentes de los datos

- Primarias, incluye al paciente, la historia clínica, familiares o amigos
- Secundarias, revistas profesionales, textos de referencia

Tipo de datos

- Objetivos
- Subjetivos
- Históricos – antecedentes
- Actuales

Métodos para la recogida de información

- Formal
- Informal

- Obtener información específica
- Facilitar la relación enfermera/paciente
- Permitir al paciente informarse
- Ayudar a la enfermera a determinar qué otras áreas requieren un análisis específico

VALORACIÓN DEL PACIENTE

Partes de la entrevista

Inicio

Se centra en la creación de un ambiente favorable, donde se desarrolla una relación interpersonal positiva

Cuerpo

Obtención de la información necesaria.

Cierre

Se resumen los datos más significativos

Técnicas de la entrevista

Verbales

No verbales

Empatía

Proximidad afectiva entre el paciente y el profesional

Observación

Primer encuentro con el paciente y continúa a través de la relación enfermera-paciente en posteriores valoraciones.

Habilidad que precisa práctica y disciplina

Exploración física

Aporta gran cantidad de datos

Inspección

Examen visual, cuidadoso y global del paciente

Palpación

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

Dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, para obtener sonidos

Sordos, mates, hipersonoros, timpánicos

Auscultación

Escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo

"cabeza a pies", "sistemas y aparatos", "patrones Funcionales de Salud"

VALORACIÓN DEL PACIENTE

Validación/Verificación de los datos

Dobles comprobaciones

Consiste en repetir nuevamente la toma, bien con otro instrumento o bien realizándolo otra persona

Técnicas de reformulación

Ayudan a asegurarse de que el paciente quiere decir lo que realmente dice, evitando las interpretaciones erróneas

Organización de los datos

Agrupar datos en categorías o conjuntos de información, de tal forma que nos ayude a la identificación de problemas

Registro y comunicación de los datos

Consiste en dejar constancia por escrito de toda la información obtenida

Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon

Son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas

Permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes del paciente

11 patrones funcionales

Factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales

Determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de alguno de ellos

Persona

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

Entorno

Se relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados

Valoración mediante Necesidades Humanas de Virginia Henderson

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”

VALORACIÓN DEL PACIENTE

Paciente consciente

Valoración primaria

Estado respiratorio

Frecuencia, profundidad, regularidad, simetría de los movimientos torácicos, esfuerzo respiratorio

Estado circulatorio

Frecuencia y características del mismo, ritmo, estado de perfusión tisular del paciente mediante

Estado neurológico

Valore el nivel de consciencia y los posibles déficits neurológicos, tamaño, solicitar USVA

Valoración secundaria

Reevaluar, exploración de cabeza y pies, monitorización de constantes, realizar historia clínica, cumplimentar informe de asistencia.

CARACTERÍSTICAS DE LA ELABORACIÓN DEL INFORME

Tipos de datos

Objetivos

Síntomas

Subjetivos

Signos vitales

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

**Importancia de la elaboración del informe
Alcance**

Podemos valorar la evolución de la enfermedad del paciente.

Sirve de información al equipo de salud como documento científico y legal.

Se puede identificar las necesidades del paciente

**Importancia de la elaboración del informe
Alcance**

Fecha y Hora

Sexo, edad, procedencia

Contenido

Firma

Objetivos

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**

Factor de riesgo

Es una característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir una lesión

Inactividad física, con el tiempo, acaba causando aumento de peso, presión arterial elevada y un alto nivel de colesterol

De conducta

Suelen estar relacionados con "acciones" que el sujeto ha elegido realizar

Fisiológica

Son aquellos relacionados con el organismo o la biología del sujeto.

Medioambientales

Abarcan un amplio abanico de temas como factores sociales, económicos, culturales y políticos; así como factores físicos, químicos y biológicos

Genéticos

Algunas enfermedades como la fibrosis quística y la distrofia muscular se originan totalmente en función de la "composición genética" del individuo

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

Alimentación

Los cambios del aparato digestivo pueden llevar a mal nutrición deshidratación estreñimiento disminución de la absorción de hierro calcio vitamina B12 y ácido

Acciones

- Comer cuatro comidas al día
- Desarrollar actividad física caminar 30 minutos diarios
- Tomar al menos 2 litros de agua al día

Actividad física

La calidad de las respuestas de los adultos mayores se ve afectada por el factor tiempo y por alteraciones a nivel del centro del equilibrio.

Reposos y sueño

Con la edad sufre modificaciones en relación al sueño nocturno en las personas de la tercera edad este parece fragmentarse disminuye la duración total

BIBLIOGRAFÍA

Antología proporcionada por universidad UDS