



Mi Universidad

NOMBRE DEL ALUMNO: MARIA DHALAI CRUZ TORRES

TRABAJO: CUADRO SINÓPTICO UNIDAD I ACCIONES DE ENFERMERÍA Y FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD DEL ADULTO

PARCIAL: I°

MATERIA: ENFERMERÍA DEL ADULTO

NOMBRE DEL PROFESOR: ERNESTO TRUJILLO LOPEZ

LICENCIATURA: ENFERMERÍA

CUATRIMESTRE: SEXTO CUATRIMESTRE

VALORACIÓN DEL PACIENTE

DEFINICIÓN

Proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente

PROCESO

Constituye la primera fase del proceso enfermero

PLANIFICADA

Está pensada, no es improvisada

SISTEMÁTICA

Requiere un método para su realización

CONTINÚA

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

TIPOS

PUNTO DE VISTA FUNCIONAL

VALORACIÓN INICIAL

Realizada en la primera consulta. Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos.

VALORACIÓN CONTINUA

Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.

SEGÚN SU OBJETIVO

VALORACIÓN GENERAL

Encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados

VALORACIÓN FOCALIZADA

La enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona

OBJETIVO

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 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

VALORACIÓN DEL PACIENTE

ETAPAS

RECOGIDA DE DATOS

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

EVALUACIÓN DE LOS DATOS

La enfermera debe emitir un juicio profesional sobre la eficacia en el funcionamiento del área valorada

RECOGIDA DE DATOS

FUENTE DE DATOS

FUENTES PRIMARIAS

La información brindada por el propio paciente

FUENTES SECUNDARIAS

Información por familiares, amigos cercanos o persona que se encuentre con el paciente, historia clínica, entre otros

TIPOS DE DATOS

OBJETIVOS

Se pueden medir con una escala o instrumento

SUBJETIVOS

Son los que la persona expresa, sentimientos y percepciones

HISTORICOS

Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, entre otros.

ACTUALES

Son datos sobre el problema de salud actual

MÉTODOS DE RECOLECCION

ENTREVISTA

Técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella se obtiene datos subjetivos

Existen dos tipos de entrevista: formal e informal

OBSERVACIÓN

Método comienza en el momento del primer encuentro con el paciente y continúa a través de la relación enfermera-paciente en posteriores valoraciones.

Es una habilidad que precisa práctica y disciplina

EXPLORACIÓN FISICA

Técnica que nos va a aportar gran cantidad de datos. Antes de proceder a la exploración debe explicarse al paciente la técnica que se le va a realizar.

Consta de 4 pasos:

Inspección, palpación, percusión y auscultación

VALORACIÓN DEL PACIENTE

EVALUACIÓN DE LOS DATOS

VALORACIÓN MEDIANTE PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON

Enfoca su atención sobre 11 patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Estos patrones surgen de la evolución entre el paciente y su entorno y están influenciados por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales

El juicio sobre si un patrón es funcional o disfuncional se hace comparando los datos obtenidos en la valoración con datos de referencia del individuo, normas establecidas según la edad del individuo, normas sociales o culturales

VALORACIÓN MEDIANTE NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON

Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto de enfermería. Son 14 necesidades

Todos los seres humanos tienen las mismas necesidades comunes de satisfacer, independiente de la situación en que se encuentre cada uno de ellos

VALORACIÓN ENFERMERA ESTANDARIZADA

Independientemente del modelo de valoración que utilizemos, el objetivo perseguido y los resultados que queremos obtener, deben ser los mismos.

VALORACIÓN PRIMARIA

Respuesta del paciente Determine si el paciente se encuentra consciente o inconsciente. Para ello, verifique el nivel de consciencia mediante la escala AVDN

VALORACIÓN SECUNDARIA

Inicie la valoración secundaria, sólo en aquellos casos en que las funciones vitales del paciente lo permitan, reevaluar de forma continua, entre otros

CARACTERÍSTICAS DE LA ELABORACIÓN DEL INFORME

DEFINICIÓN

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

Responsable: Enfermeras y auxiliares de enfermería del servicio de urgencia de sala, entre otros

TIPOS DE DATOS

OBJETIVOS

Estos datos comprenden como las medidas de los signos vitales, (diarrea, PA, T, P, etc.)

Llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado del paciente, Colaborar con el médico en el diagnóstico del paciente, estudios de investigación, etc.

SUBJETIVOS

Nos dicen lo que el paciente siente y el modo en que lo expresa. (SINTOMAS)

IMPORTANCIA

ALCANCE

Desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización hasta el egreso del mismo

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

COMPONENTES

Fecha y hora, sexo, edad, procedencia, contenido y firma

ASPECTOS DEL INFORME

Sistemáticas, claras, lógicas, concretas, precisas, breves, objetivas, entre otros.

USO DE TINTAS

Todas las anotaciones de enfermería se realizan con tinta oscura, el color dependerá de las normas institucionales, por lo general se utiliza color azul para los turnos diurnos y color rojo para los turnos nocturnos. Deben evitarse los borrones y los tachones, no utilizar

EXACTITUD

Es esencial que las anotaciones en los registros sean exactas y correctas. Las anotaciones exactas consisten en hechos u observaciones exactas, en lugar de opiniones o interpretaciones de una observación

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGOS Y SUS EFECTOS EN LA SALUD DEL ADULTO

CONDUCTUALES

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

- Tabaquismo
- Consumo excesivo de alcohol
- Inactividad física
- No haberse aplicado las vacunas
- Mantener relaciones sexuales sin protección

FISIOLÓGICOS

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

- Sobrepeso y obesidad
- Hipertensión arterial
- Colesterol y glucosa en sangre altos

DEMÓGRAFICOS

Son los que están relacionados con la población en general

- Edad
- Género
- Subgrupos de población como el trabajo que se desempeña
- Religión

MEDIOAMBIENTAL

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

- El acceso a agua limpia e instalaciones sanitarias
- Riesgos laborales
- Polución del aire
- Entorno social

GÉNÉTICOS

Se basan en los genes del sujeto

- Composición genética
- Interacción entre los genes y los factores medioambientales

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DEL DAÑO EN LA SALUD DEL ADULTO

ENVEJECIMIENTO

No es un sinónimo de enfermedad si no que significa disminución de la capacidad de adaptación del organismo ante situaciones de estrés, determinado así una mayor susceptibilidad

La pérdida de función conlleva una respuesta diferente ante la enfermedad por ejemplo existe una mayor susceptibilidad a las infecciones a causa de reducción en la protección, entre otros

ALIMENTACIÓN

La nutrición se requiere para cubrir las necesidades energéticas así como asegurar las necesidades de agua y vitaminas y minerales proporcionando un equilibrio

- Comer 4 comidas al día
- Ingerir una dieta equilibrada que incluya carnes blancas legumbres siendo rica en frutas y verduras
- Desarrollar actividad física caminar 30 minutos diarios
- Beber por los menos 2 litros de agua al día

ACTIVIDAD FISICA

Los adultos mayores pueden desarrollar la mayoría de las actividades que realizaban cuando eran más jóvenes pero a menor velocidad

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

REPOSO Y SUEÑO

El 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 de este y la cantidad de sueño profundo

BIBLIOGRAFÍA

1- ENFERMERÍA DEL ADULTO (ANTOLOGÍA UDS, PROPORCIONADA POR LA UNIVERSIDAD)