

**Nombre del alumno:**

Yoni Oel Martínez López

**Nombre del profesor:**

Lic. Ludbi Isabel Ortiz Pérez

**Materia:**

Enfermería del Adulto

**Nombre del trabajo:**

Ensayo del tema:

“Acciones de Enfermería y Factores que Intervienen en el  
Proceso Salud Enfermedad del Adulto”

Frontera Comalapa, Chiapas a 28 de Junio del 2020

## **“Acciones de Enfermería y Factores que Intervienen en el Proceso Salud Enfermedad del Adulto”**

La salud y la enfermedad son parte integral de la vida de la persona ya que en si van juntas en cualquier momento, especialmente la enfermedad se refiere como perdida de la salud, es provoca por una alteración en el cuerpo u órgano. Cuando un paciente llega a la sale de urgencias, la labor de enfermería empieza desde que el paciente ingresa hasta lograr sus recuperación, por lo tanto podemos decir que durante ese proceso o ese intervalo las acciones de enfermería trabaja de manera colectiva para la evolución del ingreso.

Es de mucha importancia conocer el objetivo de valoración de enfermería hacia el paciente consiste es realizar planeaciones de cuidado, ya que el realizar una buena valoración inicial, posible detectar problemas de salud y así obtener un buen diagnóstico, por otra parte este proceso también se recogen datos del paciente e información o el motivo del por qué ingresa a la sala de urgencia. Los trabajosos de enfermaría deben de ser las más ordenada posible y así reducir los problemas del paciente. Realizar una valoración de enfermería hacia el paciente es de manera individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va interactuar con el ambiente de forma diferente y consiste en recoger datos e identificar la patología., una valoración es inicial y continua, es decir se realiza en todo proceso de enfermería, dentro de estos procesos son diagnósticos, planificación, intervención y evaluación y en cada una de ellas se hace la valoración. También se dice que una valoración es planificada no se improvisa, es sistemática, es continua (como ya se mencionó) y es deliberada. La valoración de enfermería se clasifica de la siguiente manera: se debe de realizar una valoración inicial, re realiza en la primera consulta, esto nos permite recoger datos generales sobre el problema de salud e identificar qué factores influyeron, esto nos facilita la ejecución de las intervenciones. Y la valoración continua se realiza de forma progresiva, es realizada sobre el estado de un problema renal o potencial. La valoración continua tiene como objetivo, recoger datos de la evolución se

ha obtenido desde que ingreso, realizar a cada momento una revisión general y atención a las actividades de enfermería.

Dependiendo del objetivo de la valoración continua, esta se clasifica en valoración general y valoración focalizada. No es solamente de recoger datos sino que también hay que saber cómo preguntar, responder, actuar, comportarse con el paciente, mostrar empatía con las personas, ser amables, darles confianza ya que son de base para la evolución psicológico del usuario.

El objetivo principal de enfermería es obtener la situación de salud de las personas, el trabajo de enfermería es conseguir el bienestar de las personas atendidas a las intervenciones necesarias para obtener mejoría, sabemos que al realizar una valoración es de tener conocimiento y habilidad para enfrentar el caso, también es importante que la persona que la realiza sea consciente de la finalidad que se requiere alcanzar y no caer en el error de recoger datos sin llegar a valora.

En la valoración de enfermería se desarrollar dos fases que van relacionadas entre sí: la primera es recoger datos como ya se viene mencionando, la segunda es evaluación de los datos de recogidos. En ellos identificamos el problema, las causas y el marco de actuación que nos queda para solucionarlo. En la recogida de datos se deben de tomar en cuenta las fuentes de los datos dentro de ellos se incluyen, historia clínica, familiares o amigos, el tipo de dato son los signos vitales que presenta el paciente como son: la presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura, frecuencia respiratoria saturación de oxígeno. Métodos para recoger la información las cuales pueden ser mediante entrevista, encontramos la entrevista formal consiste en que enfermería realiza la historia del paciente, entrevista informal en la que realiza durante los cuidados, el realizar esta entrevista nos facilita la relación de enfermera-paciente, permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas, ayuda a saber si no les está afectando otra parte del el cuerpo. Al realizar la entrevista, encontramos momentos para poder realizarla que pueden ser inicio, desarrollo y cierre. El inicio es realizar un ambiente favorable, para que el paciente se sienta confiable en otorgar sus datos. Desarrollo de la entrevista consiste en preguntar el motivo de su consulta y de ahí parte el historial médico, información sobre la familia y datos sobre

religión y estado civil. El cierre consiste en resumir datos importantes y significativos de la consulta.

La valoración primaria, esta determina si el paciente se encuentra consciente o inconsciente, para ello se utilizan la escala de AVDN, que significa; Alerta, (V) respuesta a estímulos verbales, (D) respuesta a estímulos dolorosos y (N) respuesta negativa se encuentra inconsciente. Si el paciente se encuentra inconsciente se solicita una USVA y posterior checar signos de frecuencia respiratoria, si el paciente tiene signos de respiración se solicitara una USVA, para ello debemos de garantizarle a usuario la espacio para que llegue aire a los pulmones posterior ponerle una mascarilla con reservorio a 10-12 l/min, no aplica para pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Si el paciente no tiene signos de respiración, es decir no respira, checar pulso y realizar ventilaciones efectivas con bolsa de resucitación conectada a reservorio y O<sub>2</sub> a 10-12 l/min. Para ello, colocar la mascarilla de la bolsa de resucitación con el canto estrecho hacia la nariz y el lado ancho hacia la boca, sujetar la mascarilla poniendo el pulgar sobre el lado estrecho de la mascarilla y el índice sobre el ancho y presione la mascarilla sobre la boca y nariz. Con los 3 dedos restantes enganche el mentón. Ahora en pacientes consciente se checa la frecuencia respiratoria con los siguientes rangos: respiración rápida, de 30 respiraciones por minuto, normal 16-24 respiraciones por minuto, respiración lenta de 10 respiraciones por minuto, si presenta de palidez o cianosis, ruidos durante la inspiración y la espiración, si la parte torácica no se eleva y descende con el mismo ritmo y profundidad que el otro durante el ciclo respiratorio y para ello se solicitara un USVA y Proporcionar O<sub>2</sub> a alto flujo (mascarilla con reservorio a 10-12 l/min), excepto en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, en los que se limitará la administración de O<sub>2</sub> hasta conseguir una SatO<sub>2</sub> entre 88-92%. En los Estado circulatorio se valora los siguiente; Taquicardia: > 120 lpm, Normal: 60-80 lpm, Bradicardia: < 60 lpm. Dentro del estado neurológico, hay que realizar la escala de coma de Glasgow, valorar el tamaño y reactividad pupilar: 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) y Anisocoria (pupilas de diferente tamaño)

En la valoración secundaria son aquellos en las que las funciones vitales del paciente lo permitan, checar signos vitales, explorar el paciente desde la cabeza a los pies incluida la espalda. Y de acuerdo a esto obtener los siguientes datos: localizar las zonas dolorosas. Factores que los agravan o alivian, buscar lesiones que no sean evidentes. Checar frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, tensión arterial, temperatura corporal y saturación de oxígeno, SatO2, si presenta alergias, medicaciones que estuviera tomando.

Una conociendo la valoración primaria y secundaria y de ahí parte para realizar el informe, la cual es un registro elaborado por el personal de enfermería, retomando todas las observadas del paciente, y que sea de forma clara y concreta ya que de eso dependerá de los cuidados brindados a la persona, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional, los únicos responsables son enfermeros y auxiliares de enfermería el objetivo de realizar el informe es registrar los cambios efectuados en el paciente, colaborar con el médico en el diagnóstico del paciente, desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización hasta el egreso del mismo, podemos valorar la evolución de la enfermedad del paciente. Los componentes que debe llevar un informe son: fecha y hora, sexo, edad, procedencia, contenido y firma, en el contenido debe de contener; observaciones hechas en el momento, condiciones general del paciente, reacción de medicamentos y en cuestión de la firma cada registro de las notas de enfermería estará firmado por la enfermera que lo realiza.

Realizar una valoración de enfermería permite conocer la efectividad de los cuidados de las persona y dar respuesta adecuada para la mejoraría del paciente. Siempre y cuando tengamos la información adecuada ya que eso depende de los cuidados que se le otorgara durante su evolución y después de darle de alta.

Nada más para recordar que los procesos de valoración son sistemático, es dinámico e interactivo y esto se realiza al inicio y durante la evolución dentro de lo hospitalario.

### Bibliografía

1.- Antología proporcionada por la Universidad.