

**Nombre del alumno:**

Edali Yuvicza Lorenzo Hernández

**Nombre del profesor:**

Ludbi Isabel Ortiz

**Grado, Grupo y Modalidad:**

6° “C” semiescolarizado

**Materia:**

Enfermería del adulto

**Nombre del trabajo:**

Ensayo del tema:

“Acciones de enfermería y factores que intervienen en el proceso salud enfermedad del adulto”

PASIÓN POR EDUCAR

Frontera Comalapa Chiapas, Chiapas a 28 junio del 2020

## INTRODUCCION

Los enfermos del área de los cuidados de personas adultas son personas capacitadas para darle los mejores cuidados que requieran, existen dos tipos de valoración que son: valoración inicial que como lo dice es lo primero que se realiza a un paciente y lo segundo la valoración continua que es la que la averiguación que se le realiza al paciente para saber como se encuentra o que necesita y sus datos generales.

Con estas valoraciones sabremos mas sobre el paciente al que atenderemos para darle un buen servicio medico existen dos etapas de la valoración que se realizan que son: recogida de datos y valoración de datos estos nos ayudaran a saber cosas del paciente.

## **ACCIONES DE ENFERMERIA Y FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD DEL ADULTO**

En el área de salud se debe tener un protocolo el cual seguir para poder saber a ciencia cierta que es lo que aqueja al paciente, ya que de la información que se obtenga nos podemos ir dando la idea de que tratamiento poder otorgar para poder solucionar dicho problema o por lo menos minimizarlo, este proceso de obtención de información se tiene que hacer se forma personalizada ya que el cuerpo de cada persona es diferente y puede reaccionar igual de diferente, el principal objetivo del área de enfermería es diagnosticar, planificar, intervenir y evaluar todo va de acuerdo al tipo de paciente con se encuentre en el momento.

Lo anterior planteado es parte de la valoración del paciente, ya que es la primera instancia para poder dar una atención de calidad teniendo todos los datos necesarios para poder darle solución al problema, se dice que la valoración es “un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado”, que en otras palabras se puede entender que es la primera fase la cual no es improvisada y que requiere de un método o guía para poder realizarla, esta comienza desde el momento que tiene cuidados de enfermería y continua hasta cuando se le necesite.

Existen dos tipos de valoración desde un punto de vista funcional:

- La primera es la valoración inicial que es la que toma parte de primera mano con el paciente, desde que entra en contacto con la persona debe recoger información necesaria de la salud del paciente, así como las causas que puedan ocasionarlo para poder tratarlo o en su caso dirigirlo al área especializada, según sea el caso.
- La segunda es la valoración continua, posterior o focalizada. Esta valoración tiene como objetivo ver y tomar decisiones sobre el paciente dependiendo de la mejora o retroceso del problema que tenga durante su estancia en el área de enfermería,

esto permitirá poder hacer adecuaciones al tratamiento otorgado y así obtener nueva información por si se presentan nuevas enfermedades.

La valoración no solo es el hecho de obtener información, si no que la persona debe tener el conocimiento, habilidad, valores y creencia necesarias para poder tratar al paciente y darle una verdadera valoración, que si ya estando en un hospital es algo incomodo, que mejor que hacer de su estancia ahí lo mas cómodo y comfortable posible, debemos saber que la mente juega un papel muy importante en la salud de todos nosotros. De la información que se tiene que obtener no solo se deben tomar en cuenta el aspecto físico o biológico, si no que es necesario también los aspectos psicológicos y sociales para poder tener una amplia gama de datos que nos puedan ayudar a la mejora de salud del paciente.

Existen dos etapas en la valoración: 1.- Recogida de datos. 2.- Evaluación de los datos recogidos y emisión de un juicio clínico.

- La primera es la recogida de datos u obtención de información necesaria para poder identificar problemas, causas, etc., estos deben ir enfocados y orientados al conocimiento de las situaciones que son necesarias para el área de enfermería, no es solo de tomar los datos sin darle ninguna importancia, la información recolectada se clasifica en los grupos:

- ✓ Necesidades.
- ✓ Patrones Funcionales de salud.
- ✓ Áreas de Salud.
- ✓ Etc.

La fuente para poder obtener información puede ser de manera primaria que es directamente del paciente, historial medico o familiares que sepan como es el deterioro del paciente, las secundarias vienen siendo revistas profesionales, textos de referencia, etc., los métodos mas utilizados para la obtención de datos son la entrevista donde se platica abiertamente del tema para poder identificar el

problema, los tipos de entrevista son formal e informal, y cada una de ellas debe tener un inicio, cuerpo y cierre. Las técnicas son de manera verbal y no verbal, la primera como su nombre lo dice es la que se hace de manera oral y es donde se verifican y aclaran datos y la no verbal es la que el cuerpo expresa involuntariamente, en esta debemos estar muy atentos ya que el cuerpo puede decirnos mas de lo que la persona con sus propias palabras, esto incluye expresiones faciales, gestos, posición corporal, entre otros.

Las cualidades con las que debe contar el entrevistador son empatía con el suceso que aqueja al paciente, debemos ser conscientes que está pasando por un momento malo y que mejor que ponernos en sus zapatos para poder tratarlo de la mejor manera, también debe haber proximidad afectiva entre el paciente y el profesional, otra cualidad muy importante es el respeto el cual se debe tener a toda aquella persona en buenas o malas condiciones, la autenticidad es algo que se debe tomar en cuenta, hacerle saber al paciente que está en buenas manos no solo es decirselo en palabras sino también en los actos que hacemos.

La obtención de información también debe darse con la exploración física del paciente en donde se puede confirmar los datos obtenidos durante la entrevista, así como también contar con una base de datos en la cual podamos comparar los síntomas con algunas personas que ya hayan pasado por esa situación y poder saber cuál es el método mas apropiado para así evitar posibles errores.

Una vez ya obtenida la información necesaria procederemos a validarla o verificarla, esto quiere decir que deben concordar con los datos obtenidos en etapas anteriores para así poder dar un diagnostico certero y no precipitado, también debemos organizar los datos en conjuntos de información, estos se pueden agrupar por sistemas u aparatos, por patrones funcionales y por necesidades básicas para poder tener más accesible la información en el momento que se vayan a requerir, y por ultimo se deben dejar escritos para construir un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.

- Una vez terminada la recolección de datos la enfermera debe emitir un juicio profesional sobre la eficacia en el funcionamiento del área valorada.

Valoración Primaria. En este tipo de valoración que se puede denominar como de primer contacto se debe determinar la respuesta del paciente para ver si está consciente o no, si se encuentra en estado consciente se debe determinar en que nivel se encuentra con la escala AVDN, que significa:

- ✚ Alerta
- ✚ (V) Respuesta a estímulos verbales.
- ✚ (D) Respuesta a estímulos dolorosos.
- ✚ (N) Respuesta negativa, no hay respuesta.

Si en dado caso el paciente se encuentra inconsciente se debe solicitar primeramente las Unidades de Soporte Vital Avanzados (USVA), también se debe tener a la mano un Desfibrilador Externo Semiautomático (DESA) para poder tratar una posible parada cardiorrespiratoria, también se deben valorar los signos de respiración.

Cuando el paciente está consciente se debe verificar:

- Su estado respiratorio el cual deben tomar en cuenta su frecuencia, características, sus movimientos respiratorios.
- Su estado circulatorio, checando la frecuencia y características del mismo, ritmo, fuerza, estado de perfusión tisular del paciente, TAS aproximada con la toma de pulso, así también las posibles hemorragias externas severas.
- Estado neurológico, aquí se valora el nivel de consciencia y los posibles déficits neurológicos, valorar el tamaño y reactividad pupilar.

Valoración Secundaria. Esta se debe iniciar únicamente cuando los signos vitales del paciente estén en condiciones para poder permitirlo, se debe estar atento a los signos

vitales en todo momento de manera continua, si durante la valoración secundaria se detecta que los signos vitales van en caída se debe solicitar las Unidades de Soporte Vital Avanzados (USVA) informando en todo momento el estado del paciente para su estabilización.

Cuando su estado lo permita se debe obtener la mayor cantidad de información posible sobre los síntomas que presenta, así como las causas que ocasionaron el suceso, también se debe tener en cuenta la exploración del paciente de la cabeza a los pies incluida la espalda donde se deben localizar las zonas dolorosas, factores que lo agravan o alivian, entre otros datos esenciales para poder darle un tratamiento acorde a lo que necesita.

### **Características de la elaboración del informe.**

En este informe elaborado por el área de enfermería se debe anotar todos los datos obtenidos del paciente de forma clara, objetiva, concreta, comprensible y sistemática inmediatamente después de haberlos realizados, escribiendo no solo su estado físico sino también el estado mental y emocional, uno de los objetivos es colaborar con el medico para dar el mejor diagnóstico y tratamiento posible.

Este informe debe contener datos subjetivos como son los síntomas y los objetivos que comprenden como las medidas de los signos vitales, para elaborar el informe se tienen componentes como es la Fecha y hora, Sexo, edad, procedencia, contenido y firma.

Existen factores de riesgos para los adultos y estos se dividen en los grupos:

- ❖ De conducta (Tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, etc.)
- ❖ Fisiológicos (Sobrepeso u obesidad, presión arterial elevada, etc.)
- ❖ Demográficos. (Relacionado con la edad, genero, subgrupos de población como el trabajo que desempeña, religión, sueldo).

- ❖ Medioambientales (Acceso a agua limpia, riesgos laborales, etc.)
- ❖ Genéticos (Se basan en los genes del individuo)

En el adulto mayor se debe tener especial cuidado para el tratamiento ya que ellos tienen mayor vulnerabilidad a la presencia de enfermedad o muerte, se debe cuidar en gran medida su alimentación ya que su sistema digestivo es diferente debido al paso del tiempo, por lo que debe incluir varias acciones que ayuden a su organismo las cuales son comer cuatro comidas al día, tener una dieta equilibrada, caminar 30 minutos al día y tomar por lo menos 2 litros de agua al día.



## CONCLUSION

Observamos que para realizar cualquier trabajo a un paciente antes necesitamos saber sobre él y eso se hace mediante la valoración que se le hace que, datos generales, si padecido alguna enfermedad antes o antecedentes familiares, son datos que nos ayudan a descartar ciertas cosas.

Existen factores de riesgo de pacientes y eso se hace mediante grupos que son: de conducta, de fisiología y democráticos, para saber qué factores tienen o pueden llegar a tener. Una persona adulta suele padecer más enfermedades graves que les afecta mucho, son personas con su inmunodeficiencia baja, por esa razón suelen enfermarse demasiado o adquirirlas en cualquier lugar sin los cuidados necesarios.

Para eso necesitamos saber sobre el paciente y eso se hace mediante sus datos.