

UNIVERSIDAD DEL SURESTE PLANTEL TABASCO

MATERIA: ENFERMERÍA DEL ADULTO

TEMA: VALORACION DEL PACIENTE

ALUMNA: BLANCA FLOR DIAZ VAZQUEZ

LIC: JESSICA DEL CARMEN JIMENEZ

04 DE JULIO DE 2020

6TO CUATRIMESTRE GRUPO (M)

Valoración del paciente: La valoración es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos (información), en la fase de evaluación, la valoración se hace para determinar los resultados de las estrategias de enfermería y evaluar el logro del objetivo. Todas las fases del proceso de enfermería dependen de una recogida precisa y completa de los datos. Existen cuatro tipos diferentes de valoración: la valoración de enfermería inicial, la valoración centrada en el problema, la valoración urgente y la revaloración tras un tiempo, las valoraciones de enfermería se centran en las respuestas del paciente a un problema de salud. Una valoración de enfermería debe incluir las necesidades percibidas por el paciente, los problemas de salud, las experiencias relacionadas, las prácticas de salud, los valores y el estilo de vida. La Joint Commission (2008) exige que cada paciente cuente con una valoración de enfermería inicial que consista en una anamnesis y una exploración física realizadas y registradas en las 24 horas siguientes al ingreso hospitalario

Objetivo de la valoración: Establecer una base de datos sobre la respuesta del paciente a sus preocupaciones sobre la salud o a la enfermedad y su capacidad de tratar sus necesidades en torno a la salud.

Valoración inicial	Se realiza en el momento especificado después del ingreso en una institución de salud	Establecer una base de datos completa para la identificación del problema, referencias y futuras comparaciones
Valoración centrada en el problemas	Proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería	Determinar el estado de un problema identificado en la primera valoración
Valoración urgente	Durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente	Identificar problemas peligrosos para la vida Identificar problemas nuevos o que se pasaron por alto
Revaloración al cabo de un tiempo	Varios meses después de la valoración inicial	Comparar el estado actual del paciente con los datos basales obtenidos antes

Tipos de valoración:

Obtención de datos

La obtención de datos es el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente. Debe ser sistemática y continua para evitar la omisión de datos significativos y reflejar el estado de salud cambiante del paciente. Una base de datos es toda la información sobre un paciente: comprende la anamnesis de enfermería la

valoración física, la anamnesis y la exploración física realizadas por el médico, los resultados de las pruebas de laboratorio y diagnósticas y el material aportado por otros profesionales de la salud. Los datos del paciente deben incluir los antecedentes, así como los problemas actuales. Por ejemplo, el antecedente de reacción alérgica a penicilina es una parte vital de la historia. Los antecedentes quirúrgicos, las prácticas de sanación tradicionales y las enfermedades crónicas son también ejemplos de datos históricos.

Tipos de datos: Los datos subjetivos, denominados también síntomas o datos ocultos, solo resultan aparentes para la persona afectada y solo dicha persona puede describirlos o comprobarlos. El prurito, el dolor y la sensación de miedo son ejemplos de datos subjetivos. Los datos subjetivos incluyen la sensación, sentimientos, valores, creencias, actitud y percepción que el paciente tiene de su salud y situación vital. Los datos objetivos se llaman también signos o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado. Se pueden ver, escuchar, palpar u oler y se pueden identificar mediante la observación o exploración física. Por ejemplo, la decoloración de la piel o el registro de la presión arterial son datos objetivos. Durante la exploración física el profesional de enfermería obtiene datos objetivos para validar los datos subjetivos y completar la fase de valoración del proceso de enfermería.

- Fuentes de los datos. Éstas pueden ser: - Primarias, incluye al paciente, la historia clínica, familiares o amigos.- Secundarias, revistas profesionales, textos de referencia...
- 🌈 Paciente: La mejor fuente de datos suele ser el paciente, a no ser que esté demasiado enfermo, sea demasiado joven o esté confundido como para comunicarse claramente. El paciente puede proporcionar datos subjetivos que nadie más puede ofrecer. Los datos primarios suelen ser las declaraciones hechas por el paciente, pero también incluyen aquellos datos objetivos que puede obtener directamente el profesional de enfermería del paciente, como el sexo.
- 🌈 Personas de apoyo: Los familiares, los amigos y los cuidadores que conocen al paciente pueden a menudo complementar o verificar la información dada por este. Personas de apoyo los familiares, los amigos y los cuidadores que conocen al paciente pueden a menudo complementar o verificar la información dada por este.
- 🌈 Historia del paciente: La historia del paciente incluye información registrada por varios profesionales de la salud. La historia del paciente también contiene datos respecto a la ocupación, la religión y el estado civil del paciente. La historia médica (p. ej., la

anamnesis médica, la exploración física, el informe quirúrgico, las notas de evolución y las consultas hechas a médicos) es a menudo una fuente de los patrones de salud y enfermedad presentes y pasados del paciente. La historia de laboratorio también proporciona información sobre salud pertinente. Por ejemplo, la determinación de la glucemia permite a los profesionales de la salud vigilar la administración de medicamentos hipoglucemiantes por vía oral.

📌 Profesionales de la salud: Como la valoración es un proceso continuo, los informes verbales de otros profesionales de la salud sirven de posibles fuentes de información sobre la salud del paciente. Los profesionales de enfermería, los trabajadores sociales, los médicos y los fisioterapeutas, por ejemplo, pueden tener información de un contacto previo o actual con el paciente.

Método de obtención de datos: Los principales métodos usados para recoger los datos son la observación, la entrevista y la exploración. La observación tiene lugar siempre que el profesional de enfermería tiene contacto con el paciente o las personas de apoyo. La entrevista se usa sobre todo mientras se recoge la anamnesis de enfermería. La exploración es el principal método utilizado en la valoración física de la salud. Observación Observar es obtener datos usando los sentidos. La observación es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. La observación tiene dos aspectos: a) fijarse en los datos, y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos. Un profesional de enfermería que observa que la cara de un paciente se enrojece debe relacionar la observación con datos como la temperatura corporal, la actividad, la temperatura ambiental y la presión arterial. Pueden producirse errores al seleccionar, organizar e interpretar los datos.

Datos a observar

1. Signos clínicos de sufrimiento (p. ej., palidez o enrojecimiento, respiración laboriosa y conducta que indica dolor o sufrimiento emocional).
2. Amenazas a la seguridad del paciente, reales o anticipadas (p. ej., una barandilla bajada).
3. La presencia y funcionamiento de equipo asociado (p. ej., equipo intravenoso y oxígeno).
4. El ambiente inmediato, como las personas que están en la habitación.

Existen dos métodos para entrevistar: dirigido y no dirigido. La entrevista dirigida está muy estructurada y obtiene información específica. El profesional de enfermería establece el objetivo de la entrevista y la controla, al menos al comienzo. El paciente

responde a preguntas, pero puede tener una oportunidad limitada para plantear cuestiones o comentar preocupaciones. Los profesionales de enfermería usan con frecuencia las entrevistas dirigidas para obtener y dar información cuando el tiempo es limitado (p. ej., en una situación urgente). Por el contrario, durante una entrevista no dirigida, o entrevista construida sobre la buena relación, el profesional de enfermería permite al paciente controlar el objetivo, el tema y el ritmo. La buena relación es la comprensión entre dos o más personas.

Tipos de preguntas para la entrevista: Las preguntas se clasifican a menudo en cerradas y abiertas y en neutras o dirigidas. Las preguntas cerradas, que se usan en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente solicitan un «sí» o un «no», o respuestas cortas directas que dan información específica. Las preguntas abiertas, asociadas a una entrevista no dirigida, invitan a los pacientes a descubrir y explorar, elaborar, aclarar o ilustrar sus pensamientos o sensaciones. Una pregunta abierta especifica solo el tema amplio a comentar e invita a respuestas más largas que una o dos palabras. Las preguntas abiertas, asociadas a una entrevista no dirigida, invitan a los pacientes a descubrir y explorar, elaborar, aclarar o ilustrar sus pensamientos o sensaciones. Una pregunta abierta especifica solo el tema amplio a comentar e invita a respuestas más largas que una o dos palabras. Una pregunta neutra es una pregunta que el paciente puede responder sin dirección ni presión por parte del profesional de enfermería, es una pregunta abierta y se usa en las entrevistas no dirigidas. Una pregunta dirigida, en cambio, suele usarse en una entrevista dirigida y con ello dirige la respuesta del paciente.

Planificación de la entrevista y marco: Antes de comenzar una entrevista, el profesional de enfermería revisa la información disponible, por ejemplo, el informe quirúrgico, la información sobre la enfermedad actual o la bibliografía sobre el problema de salud del paciente.

Momento: Los profesionales de enfermería deben planificar las entrevistas con los pacientes cuando el paciente se sienta cómodo y sin dolor y cuando las interrupciones por amigos, familiares y otros profesionales de la salud sean mínimas. **Lugar** Una sala bien iluminada y ventilada que esté relativamente libre de ruido, movimientos y distracciones fomenta la comunicación. **Disposición de los asientos** Al estar de pie y mirar al paciente que está en la cama en una silla desde arriba, el profesional de enfermería intimida al paciente. Cuando un paciente está en la cama, el profesional de enfermería puede sentarse en un ángulo de 45° hacia la cama. **Distancia:** La

distancia entre el entrevistador y el entrevistado no debe ser demasiado grande ni demasiado pequeña, porque las personas se sienten incómodas cuando hablan con alguien que está demasiado cerca o lejos. La proxémica es el estudio del uso del espacio. Como especie, los seres humanos somos muy territoriales, aunque raramente somos conscientes de ello hasta que se viola nuestro espacio. **Lenguaje** No comunicarse en un lenguaje que el paciente pueda reconocer es una forma de discriminación. El profesional de enfermería debe convertir la terminología médica complicada en lengua común, y son necesarios intérpretes y traductores si el paciente y el profesional de enfermería no hablan la misma lengua o dialecto (una variación en un lenguaje hablada en una región geográfica particular).

Estadios de una entrevista: Una entrevista tiene tres estadios principales: la apertura o introducción, el cuerpo o desarrollo y el cierre.

La apertura: La apertura puede ser la parte más importante de la entrevista porque lo que se dice y se hace en ese momento establece el tono para el resto de la misma. Los objetivos de la apertura son establecer una buena relación y orientar al entrevistado. **El cuerpo** En el cuerpo de la entrevista, el paciente comunica lo que piensa, siente y percibe en respuesta a preguntas del profesional de enfermería. El desarrollo eficaz de la entrevista exige que el profesional de enfermería use técnicas de comunicación que hagan que las dos partes se sientan confortables y sirvan al objetivo de la entrevista. El cierre El profesional de enfermería termina la entrevista cuando ha obtenido la información necesaria. Pero, en algunos casos, la termina el paciente, por ejemplo, cuando decide no dar más información o es incapaz de hacerlo por alguna razón, por ejemplo fatiga.

Exploración La exploración física o la valoración física es un método sistemático de recogida de datos que usa la observación (es decir, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto) para detectar problemas de salud. Para realizar la exploración, el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

Organización de datos: Los profesionales de enfermería usan un formato escrito (o electrónico) para organizar los datos de la valoración de una forma sistemática. A esto se le denomina a menudo anamnesis de enfermería, valoración de enfermería o formulario de bases de datos de enfermería. El formato puede modificarse en función del estado físico del paciente, como aquel que se centra en los datos osteomusculares de los pacientes ortopédicos.

Modelos/estructuras conceptuales: La mayoría de las escuelas de enfermería e instituciones de salud ha desarrollado su propio formato de valoración estructurado. Muchos se basan en modelos o estructuras de enfermería seleccionados, Tres ejemplos son la estructura patrón de salud funcional de Gordon, el modelo de autocuidado de Orem y el modelo de adaptación de Roy. Gordon (2010) proporciona una estructura de 11 patrones de salud funcionales, Gordon usa la palabra patrón para referirse a una secuencia de conductas recurrentes.

Orem (2001) perfila ocho requisitos de autoasistencia universales de los seres humanos. Roy (2008) señala los datos que tienen que recogerse en función del modelo de adaptación de Roy y clasifica la conducta observable en cuatro categorías: fisiológica, autoconcepto, función de rol e interdependencia.

Modelos de bienestar: Los profesionales de enfermería usan modelos de bienestar para ayudar a los pacientes a identificar riesgos para la salud y explorar estilos de vida y conductas de salud, creencias, valores y actitudes que engendren niveles de bienestar. Estos modelos suelen incluir lo siguiente:

■ Anamnesis ■ Evaluación de la forma física ■ Valoración nutricional

Validación de datos: La información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa porque los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en esta información. La validación es el acto de «comprobar dos veces» o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos. La validación de los datos ayuda al profesional de enfermería a completar estas tareas:

- Garantizar que la información de la valoración es completa.
- Garantizar que los datos objetivos y subjetivos relacionados están de acuerdo entre sí.
- Obtener información adicional que puede haberse pasado por alto.
- Diferenciar entre pistas e inferencias. Las pistas son datos objetivos o subjetivos que puede observar directamente el profesional de enfermería; es decir, lo que el paciente dice o lo que el profesional de enfermería puede ver, oír, percibir, oler o medir. Las inferencias son la interpretación o conclusiones del profesional de enfermería basadas en las pistas
- Evitar saltar a conclusiones y centrarse en la dirección equivocada para identificar problemas.

Registro de datos Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos del paciente. El registro preciso es fundamental, y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente. Los datos se recogen de forma

objetiva y no los interpreta el profesional de enfermería. Por ejemplo, el profesional de enfermería registra la toma del desayuno por parte del paciente (dato objetivo) como «240 ml de café, 120 ml de zumo, 1 huevo y 1 tostada», en lugar de un «buen apetito» (un juicio). Un juicio o conclusión como un «buen apetito» o un «apetito normal» pueden tener diferentes significados para diferentes personas. Para aumentar la precisión, el profesional de enfermería registra los datos subjetivos con las propias palabras del paciente entre comillas.

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:

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

Paciente inconsciente: Si el paciente está inconsciente, solicite USVA, consiga un DESA y valore signos de respiración:

- Si el paciente tiene signos de respiración: o Solicitar USVA si no lo hizo con antelación. O Garantice la permeabilidad de la vía aérea. O Proporcionar O₂ a alto flujo (mascarilla con reservorio a 10-12 l/min), excepto en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en los que se limitará la administración de O₂ hasta conseguir una SatO₂ entre 88-92%. o Reevalúe al paciente constantemente, por posibles cambios en el estado del paciente.
- Si el paciente no tiene signos de respiración, es decir no respira o no lo hace con normalidad (solo jadea o boquea), determine la existencia de pulso carotideo (Técnica: Signos vitales)
- Si encuentra pulso carotideo: Garantice la permeabilidad de la vía aérea. Realice ventilaciones efectivas con bolsa de resucitación conectada a reservorio y O₂ a 10-12 l/min. Para ello: o Coloque la mascarilla de la bolsa de resucitación con el canto estrecho hacia la nariz y el lado ancho hacia la boca.
- Sujete 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 y tracciones. Una ventilación excesiva en frecuencia,

volumen o presión, además del peligro de hiperinflación gástrica y aspiración, produce1 también un descenso en el retorno venoso y, por tanto, también del gasto cardíaco. o Compruebe que las ventilaciones son efectivas, viendo si el tórax se eleva como en una respiración normal. Si no encuentra pulso carotídeo: Informe a la central de la existencia de PCR, filie la hora y comience con maniobras de reanimación. Ver procedimiento SVB Instrumental en adultos

- Paciente consciente Si el paciente se encuentra consciente, continúe con la valoración del paciente. 1. Estado respiratorio Valore los siguientes puntos: Frecuencia:
 - Rápida: más de 30 rpm (taquipnea)
 - Normal: 16-24 rpm
 - Lenta: menos de 10 rpm (bradipnea) Características:
 - Profundidad (superficial, normal, profunda)
 - Regularidad (regular, irregular)
 - Valoración secundaria
 - Inicie la valoración secundaria, sólo en aquellos casos en que las funciones vitales del paciente lo permitan.
 - Reevalúe de forma continua (ver procedimiento técnico 'Signos Vitales')
 - Si detecta compromiso de las funciones vitales, suspenda la valoración secundaria, solicite USVA, informando de la situación, e intente su estabilización.
 - Si su estado lo permite, interróguele con el objetivo de identificar el motivo de demanda de asistencia, así como los signos y síntomas acompañantes. Si el paciente está inconsciente, pregunte a alguna persona que pueda proporcionar la información requerida.
 - Explore al paciente desde la cabeza a los pies incluida la espalda. Obtenga los siguientes datos: o Localización de zonas dolorosas. o Alteraciones motoras o de sensibilidad. o Tiempo de inicio de los signos, síntomas y su duración. o Factores que los agravan o alivian. o Busque lesiones que no sean evidentes.
 - Monitoree las constantes del paciente, al menos en 2 ocasiones (la primera en el lugar del incidente y la segunda antes de realizar la transferencia hospitalaria), registrándolas en el informe. o FR (rpm) o FC (lpm) o TAS y TAD o Temperatura corporal, si está disponible

Patrones funcionales de M. Gordon (1982). Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que

contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

Los 11 Patrones Funcionales son:

- Patrón 1: Percepción de la salud
- Patrón 2: Nutricional/metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividad/ejercicio.
- Patrón 5: Sueño/descanso.
- Patrón 6: Cognitivo/perceptivo.
- Patrón 7: Auto percepción/autoconcepto.
- Patrón 8: Rol/relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad/reproducción.
- Patrón 10: Adaptación/tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores/creencias.