



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
UNIVERSIDAD UDS
INCORPORADO AL SISTEMA EDUCATIVO ESTATAL
CAMPUS TABASCO**

Licenciatura en Enfermería

Presenta:

Nombre: Jessica Montejo Pérez

Docente:

Lic. Jessica del Carmen Jiménez Méndez

Materia:

Enfermería del adulto

Actividad:

**Resumen del libro de Kozier página 180 del
tema valoración**

VILLA HERMOSA, TABASCO. FECHA: 04 DE JULIO DEL 2020.

VALORACIÓN

La valoración es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos (información). En efecto, la valoración es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería. Por ejemplo, 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.

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.

Los tipos de valoración.

1. Valoración de enfermería inicial.

- ✓ Se realiza en el momento especificado después del ingreso de una institución de salud.
- ✓ Su objetivo es establecer una base de datos completa para la identificación del problema, referencias y futuras comparaciones
- ✓ Valoración de enfermería en el ingreso.

2. Valoración centrada en el problema.

- ✓ Proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería.
- ✓ Determina el estado de un problema identificado en la primera valoración.
- ✓ Valoración horaria del ingreso de líquidos y la diuresis en una UCI. Valoración de la capacidad de cuidarse así mismo mientras se le ayuda con el baño.

3. La 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.
- ✓ Valoración rápida de la vía respiratoria, estado respiratorio y circulación de una persona durante una parada cardiaca. Valoración de las tendencias suicidas o potencial de violencia.

4. Revaloración tras un tiempo.

- ✓ Varios meses después de la valoración inicial.
- ✓ Comparar el estado actual del paciente con los datos basales obtenidos antes.
- ✓ Revaloración de los patrones funcionales del paciente en el marco domiciliario o ambulatorio o, en un hospital, en el cambio de turno.

Las valoraciones varían en función de su objetivo, momento, tiempo disponible y estado del paciente. 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. Para ser más útil, los datos recogidos deben ser relevantes para un problema de salud particular.

Fases del proceso de enfermería y actividades en el pensamiento crítico.

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planificación
4. Aplicación
5. Evaluación

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.

- ✓ Los datos actuales se relacionan con las circunstancias presentes, como dolor, náuseas, patrones del sueño y prácticas religiosas.

Para recoger los datos con precisión se debe contar con la participación activa del profesional de enfermería y el paciente. Los datos pueden ser subjetivos u objetivos y de tipo constante o variable y se pueden obtener de una fuente primaria o secundaria.

Tipos de datos.

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.

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.

- ✓ 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.

Datos constantes: Son informaciones que no se modifican a lo largo del tiempo, como la raza o el tipo sanguíneo. Los datos variables se pueden modificar con rapidez, con frecuencia o en pocas ocasiones e incluyen aspectos como la presión arterial, la edad y la intensidad del dolor.

La base de datos completa nos permite contar con datos basales para comparar las respuestas de los pacientes ante las intervenciones de enfermería o médicas.

Fuentes de datos.

Fuentes primarias: El paciente es la base primaria de datos, 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. El paciente puede proporcionar datos subjetivos que nadie más puede ofrecer.

Fuentes secundarias: los familiares, otras personas de apoyo, los profesionales de la salud, las historias o registros previos, los estudios de laboratorio u otros análisis y la bibliografía importante son fuentes secundarias de datos. De hecho, todas las fuentes distintas del propio paciente se consideran secundarias. Todas las fuentes secundarias deben validarse, si es posible. La información proporcionada por los familiares, allegados y otros profesionales de la salud se considera subjetiva si no se basa en hechos.

Métodos de obtención de datos.

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 comprende dos aspectos:

- ✓ fijarse en los datos
- ✓ seleccionar, organizar e interpretar los datos.

Las observaciones de enfermería deben organizarse de manera que no se pase por alto nada importante. La mayoría de los profesionales de enfermería desarrolla una secuencia particular de acontecimientos observadores, habitualmente centrados primero en el paciente. Por ejemplo, un profesional de enfermería camina por la habitación de un paciente y observa en el siguiente orden:

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.

Entrevista: es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo, por ejemplo, para obtener o dar información, identificar problemas mutuos, valorar cambios, educar, proporcionar apoyo o dar consejo o tratamiento. Un ejemplo de entrevista es la anamnesis de enfermería, que forma parte de la valoración del ingreso.

Métodos de entrevista:

- ✓ **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).
- ✓ **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:

- ✓ **Preguntas cerradas:** 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 cerradas comienzan con «cuándo», «dónde», «quién», «qué», «haces (o hiciste)» o «eres (o fuiste)». Ejemplos de preguntas cerradas son: «¿Qué medicamento tomó?» «¿Le duele ahora? Muéstreme dónde»; «¿Qué edad tiene?» «¿Cuándo se cayó?»
- ✓ **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 pueden comenzar por «qué» o «cómo». Ejemplos de estas preguntas abiertas son: «¿Cómo se ha sentido últimamente?» «¿Qué le ha traído al hospital?» «¿Cómo se sintió en esa situación?» «¿Contaría algo más sobre cómo se siente con su hijo?» «¿Qué le gustaría contarme respecto al día de hoy?».
- ✓ **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. Ejemplos de ellas son: «¿Cómo se siente respecto a eso?» «¿Por qué cree que necesita esa operación?».
- ✓ **Pregunta dirigida:** suele usarse en una entrevista dirigida y con ello dirige la respuesta del paciente. Ejemplos de ellas son: «Usted está preocupado por la intervención quirúrgica de mañana, ¿no es cierto?» «Se tomará las medicinas, ¿no?» La pregunta dirigida al paciente da la oportunidad de decidir si la respuesta

es o no cierta. Las preguntas dirigidas crean problemas si el paciente, en un esfuerzo por complacer al profesional de enfermería, da respuestas imprecisas. Esto puede originar datos también imprecisos.

El tipo de pregunta que un profesional de enfermería elige depende de las necesidades del paciente en ese momento. Los profesionales de enfermería encuentran a menudo necesario usar una combinación de preguntas cerradas y abiertas a través de una entrevista para cumplir los objetivos de la entrevista y obtener la información necesaria.

Los profesionales de enfermería y los pacientes tienen que sentirse cómodos para fomentar una entrevista eficaz equilibrando varios factores como:

- ✓ Momento
- ✓ Lugar
- ✓ Disposición de los asientos
- ✓ Distancia
- ✓ Lenguaje

Estadios principales de la entrevista:

- ✓ **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 cómodas 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: 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.

El método cefalocaudal o de la cabeza a los dedos de los pies comienza con la exploración de la cabeza; progresa hacia el cuello, el tórax, el abdomen y las extremidades, y termina en los dedos de los pies. El profesional de enfermería que usa un método por sistemas corporales investiga cada sistema de forma individual, es decir, el sistema respiratorio, el sistema circulatorio, el sistema nervioso y así sucesivamente. Durante la exploración física, el profesional de enfermería valora todas las partes del cuerpo y compara las observaciones hechas en cada lado del cuerpo (p. ej., los pulmones).

En lugar de hacer una exploración completa, el profesional de enfermería puede centrarse en un problema específico observado en la valoración de enfermería, como la incapacidad para orinar. En ocasiones, el profesional de enfermería puede considerar necesario resolver un síntoma o problema del paciente (p. ej., la disnea) antes de completar la exploración. El profesional de enfermería también puede realizar una exploración de cribado. Una exploración de cribado, también llamada revisión de sistemas, es una revisión breve del funcionamiento esencial de varias partes o sistemas corporales.

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.

Modelos/estructuras conceptuales:

- ✓ Gordon (2010) proporciona una estructura de 11 patrones de salud funcionales (cuadro 11-2). Gordon usa la palabra patrón para referirse a una secuencia de conductas recurrentes. El profesional de enfermería recoge datos sobre la conducta disfuncional y la funcional. De este modo, usando la estructura de Gordon para organizar los datos, los profesionales de enfermería son capaces de discernir los patrones emergentes.
- ✓ Orem (2001) perfila ocho requisitos de auto asistencia universales de los seres humanos (cuadro 11-3). 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.

Modelo de los sistemas o aparatos corporales El modelo de los sistemas o aparatos corporales se centra en las anomalías de los siguientes sistemas o aparatos anatómicos:

- ✓ Sistema tegumentario.

- ✓ Aparato respiratorio
- ✓ Aparato cardiovascular
- ✓ Sistema nervioso
- ✓ Sistema osteomuscular
- ✓ Aparato digestivo
- ✓ Aparato genitourinario
- ✓ Aparato reproductor
- ✓ Sistema inmunitario

Jerarquía de Maslow de las necesidades:

- ✓ Necesidades fisiológicas (necesidades para la supervivencia)
- ✓ Necesidades respecto a la inocuidad y la seguridad
- ✓ Necesidades de amor y pertenencia
- ✓ Necesidades de autoestima
- ✓ Necesidad de autorrealización.

La organización de los datos, permite ver qué datos son relevantes y cuáles no, si es preciso obtener más información, o información de otro tipo, con el fin de comprender mejor la situación del paciente y comenzar con la formulación de posibles problemas y/o diagnósticos de enfermería.

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 (p. ej., un profesional de enfermería observa las pistas de enrojecimiento, calor y tumefacción en una incisión; el profesional de enfermería infiere que la incisión está infectada).

- ✓ Evitar saltar a conclusiones y centrarse en la dirección equivocada para identificar problemas.

Registro de datos: El registro consiste en dejar constancia por escrito de toda la información obtenida.

Objetivos del registro:

- ✓ Constituir un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario. Facilitar la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- ✓ Permitir una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- ✓ Servir como prueba legal.
- ✓ Permitir la investigación en enfermería. - Correcta anotación de registros en la documentación: Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios ni juicios de valor u opiniones personales.
- ✓ Anotar, entre comillas, la información subjetiva que aporta tanto el paciente como la familia y servicios sanitarios.
- ✓ Los datos objetivos deben fundamentarse en pruebas y observaciones concretas.
- ✓ Los hallazgos encontrados en la exploración física deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, color, etc.
- ✓ Anotaciones claras y concisas. Usar sólo las abreviaturas que estén consensuadas y que no puedan conducir a error.
- ✓ En caso que el registro no sea informatizado, la letra debe ser legible.

Valoración primaria.

Consiste en identificar aquellas situaciones y problemas que supongan una amenaza inmediata para la vida del paciente.

Respuesta del paciente. Determine si el paciente se encuentra consciente o inconsciente.

Para ello, verifique el nivel de consciencia mediante la escala AVDN:

(A) Alerta.

(V) Respuesta a estímulos verbales.

(D) Respuesta a estímulos dolorosos.

(N) Respuesta negativa, no hay respuesta.

Paciente consciente:

Estado respiratorio;

- ✓ Frecuencia
- ✓ Características
- ✓ Movimientos
- ✓ Esfuerzo
- ✓ Ruidos
- ✓ Coloración.

Estado circulatorio;

- ✓ Frecuencia
- ✓ Ritmo
- ✓ Fuerza
- ✓ Perfusión tisular.

Estado neurológico;

- ✓ Orientación
- ✓ Escala de Glasgow
- ✓ Mareo
- ✓ Hormigueo o parestesias.

Paciente inconsciente:

Valoración de signos de respiración; si respira garantizar permeabilidad de vía aérea, administrar oxígeno a alto flujo y reevaluar al paciente cada 2 minutos.

No respira: maniobras de reanimación, si tiene pulso garantizar una permeabilidad de vía aérea y ventilaciones con balón y oxígeno (10 a 12 L por minuto).

Valoración secundaria.

- ✓ Reevaluar

- ✓ Exploración cefalocaudal
- ✓ Monitorización constante
- ✓ Realizar historia clínica
- ✓ Complementar informe de asistencia.

Descripción de la valoración por patrones funcionales de Marjorie Gordon.

- ✓ **Patrón de percepción de la salud/manejo de la salud:** Describe el patrón percibido por el paciente de salud y bienestar y cómo manejar la salud.
- ✓ **Patrón nutricional-metabólico:** Describe el patrón del paciente de consumo de alimentos y líquidos respecto a la necesidad metabólica e indicadores del patrón de aporte local de nutrientes.
- ✓ **Patrón de evacuación:** Describe los patrones de función excretora (intestinal, vesical y cutánea).
- ✓ **Patrón de actividad-ejercicio:** Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y actividades recreativas.
- ✓ **Patrón de sueño-vigilia:** Describe patrones de sueño, reposo y relajación.
- ✓ **Patrón cognitivo-perceptivo:** Describe patrones sensitivo-perceptivos y patrones cognitivos.
- ✓ **Patrón de autopercepción y autoconcepto:** Describe el patrón de concepto y percepciones que el paciente tiene de sí mismo (p. ej., idea/valor de uno mismo, comodidad, imagen corporal, estado afectivo).
- ✓ **Patrón de rol-relación:** Describe el patrón del paciente de la participación en el rol y las relaciones.
- ✓ **Patrón de sexualidad-reproductivo:** Describe los patrones del paciente de satisfacción e insatisfacción con el patrón de sexualidad; describe patrones reproductivos.
- ✓ **Patrón de afrontamiento/tolerancia al estrés:** Describe el patrón de afrontamiento general del paciente y eficacia del patrón en cuanto a tolerancia al estrés.
- ✓ **Patrón de valores-creencias:** Describe los patrones de valores, creencias (incluidos espirituales) y objetivos que guían las elecciones y decisiones del paciente.

Bibliografía.

Libro fundamentos de enfermería Kozier & Erb, 9 edición. Pag. 180 a 220.

Antología disponible en plataforma de enfermería del adulto.