

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

## PLANTEL PALENQUE.

---

**Licenciatura en Enfermería.**

**MATERIA:**

ENFERMERIA DEL ADULTO.

**TEMA:**

RESUMEN VALORACION DEL PACIENTE.

**ALUMNA:**

LESLEY ELIZABETH GONZÁLEZ HILERIO.

**DOCENTE:**

L.E JESSICA DEL CARMEN JIMENEZ MENDEZ.

**GRADO:**

6° CUATRIMESTRE

**FECHA DE ENTREGA:**

03 DE JULIO DEL 2020.

**La valoración:** es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos. 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.

**Objetivo:** 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.

**Fase y descripción:** Valoración Recoger, organizar, validar y registrar los datos del paciente.

**Tipos de valoración:**

- **Valoración inicial:** Se realiza en el momento especificado después del ingreso en una institución de salud. Objetivo: Establecer una base de datos completa para la identificación del problema, referencias y futuras comparaciones. Ejemplo: Valoración de enfermería del ingreso.
- **Valoración centrada en el problema:** Proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería. Objetivo: Determinar el estado de un problema identificado en la primera valoración. Ejemplo: Valoración horaria del ingreso de líquidos y la diuresis en la UCI.
- **Valoración urgente:** Durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente. Objetivo: Identificar problemas peligrosos para la vida. Ejemplo: Valoración rápida de la vía respiratoria, estado respiratorio y circulación de una persona durante una parada cardíaca.
- **Revaloración al cabo de un tiempo:** Varios meses después de la valoración inicial. Objetivo: Valorar el estado actual del paciente con los datos basales obtenidos antes. Ejemplo: Revaloración de los patrones funcionales del paciente en el marco domiciliario o ambulatorio o, en un hospital, en el cambio de turno.

**Actividades:** Establecer una base de datos:

- Obtener una anamnesis.
- Realizar una exploración física.
- Revisar los registros del paciente.
- Revisar la bibliografía de enfermería.
- Consultar a las personas de apoyo.
- Consultar con los profesionales de la salud. Actualizar los datos cuando sea necesario. Organizar los datos. Validar los datos. Comunicar/registrar los datos.

**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.

**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 objetivo:** 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. Los 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 los datos:** Los datos pueden proceder de fuentes primarias o secundarias. El paciente es la base primaria de datos, mientras que 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.

**Métodos de obtención de los datos:** Los principales métodos usados para recoger los datos son la observación, la entrevista y la exploración.

**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.

**Entrevista:** Una entrevista es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo, por ejemplo, para obtener o dar información, identificar problemas mutuos,

evaluar 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.

**Existen dos métodos para entrevistar:** dirigido y no dirigido.

- **La entrevista dirigida:** está muy estructurada y obtiene información específica.
- **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.

**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. El método cefalocaudal 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.

**Objetivos de la exploración:** Determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad.

- **Inspección:** Es el examen visual, cuidadoso y global del paciente. Su objetivo es determinar estados o respuestas normales o anormales.
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto. Su objetivo es determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.
- **Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son:
  - Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos.
  - Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo.
  - Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire.
- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el fonendoscopio para determinar características sonoras de pulmón, corazón e intestino.

**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.

**La forma más habitual de organizar datos es:**

- Por sistemas u aparatos, que ayudará a identificar problemas corporales.
- Por patrones funcionales (M. Gordon), que ayudará a la identificación de problemas y diagnósticos enfermeros.

- Por necesidades básicas (V. Henderson). Ayudará a identificar problemas detectados en las necesidades humanas.

**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.

**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.

**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 consciente:** Si el paciente se encuentra consciente, continúe con la valoración del paciente.

-Estado respiratorio: Valore los siguientes puntos:

- Frecuencia:
  - Rápida: más de 30 rpm (taquipnea)
  - Normal: 16-24 rpm
  - Lenta: menos de 10 rpm (bradipnea)
- Movimientos respiratorios:
- Simetría de los movimientos torácicos.

- Esfuerzo respiratorio: utilización de músculos no habituales en la respiración durante la inspiración (los del cuello, clavículas y abdominales).
- Ruidos durante la inspiración y la espiración. Evalúe integridad del tórax.

-Estado circulatorio Valore los siguientes puntos:

- Frecuencia y características del mismo. FC en el adulto: Taquicardia: > 120 lpm Normal: 60-80 lpm o Bradicardia: < 60 lpm
- Ritmo: regular, irregular
- Fuerza: lleno, débil (filiforme).

-Estado de perfusión tisular del paciente mediante:

- Tiempo de relleno capilar, que debe ser menor de 2 sg.
- Temperatura y coloración de la piel (sonrosada, pálida, azulada -cianosis-) y la presencia de sudoración

-Estado neurológico:

- Valore el nivel de consciencia y los posibles déficits neurológicos:
- Compruebe la orientación témporo-espacial y personal, mediante preguntas breves y obvias.
- Realice la escala de coma de Glasgow.
- Valore el tamaño y reactividad pupilar:

Tamaño:

- 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)
- Anisocoria (pupilas de diferente tamaño)
- Reactividad: normal, lenta, pupilas arreactivas.

**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, interróguelo 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.
- Monitorice 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.
- Realice breve historia del paciente con la información recibida y con los datos de la exploración.
- Mecanismo lesional o motivo de consulta
- Alergias o Medicaciones que estuviera tomando, relacionadas o no con el incidente
- Enfermedades significativas, crónicas o no, traumatismos recientes e intervenciones quirúrgicas.

**Valoración mediante Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.** La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras para llegar al diagnóstico enfermero.

La utilización de éstos permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales, y del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles de una valoración correcta. 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.

## BIBLIOGRAFIA:

- Libro "Fundamentos de Enfermería, Bárbara Kozier
- Antología len05 enfermería del adulto