



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
PLANTEL VILLA HERMOSA.**

Licenciatura en Enfermería.

MATERIA:

ENFERMERIA DEL ADULTO

TEMA:

VALORACION

ALUMNA:

YIRIANI MADAI RUIZ ESTRADA

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

VALORACION

La valoración es la recogida sistémica y continua, organización, validación y registro de datos. La valoración es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería.

La valoración de enfermería se centra 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.

Objetivo de la valoración enfermera: El objetivo principal de la valoración enfermera es captar en cada momento la situación de salud que están viviendo las personas, así como su respuesta a la misma. La valoración enfermera es un acto de gran importancia. De ésta va a depender el éxito de nuestro trabajo ya que es la primera fase de un proceso cuyo objetivo es conseguir el bienestar de la persona sujeta a la intervención enfermera. Debido a esto, la valoración no sólo requiere conocimientos y habilidades, además es importante que la persona que la realiza sea consciente de la finalidad que se quiere alcanzar y no caiga en el error de recoger datos sin llegar a valorar.

Obtención de datos: es el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud 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 realizada por el médico.

Tipo de datos:

Los datos subjetivos denominados también síntomas o datos ocultos, solo resultan aparentes para las personas afectadas y solo de dicha persona pueden describirlos o comprobarlos. El prurito, el dolor y la sensación de miedo son ejemplos de datos subjetivos.

Los datos objetivos se llaman también signos o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medios y confirmados frente a un estándar aceptado. Por ejemplo, la decoloración de la piel o el registro de la presión arterial son datos objetivos

Fuente de 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 , os profesionales de la salud, la historia o registro previos, los estudios de laboratorio u otros análisis y la bibliografía importantes son fuente secundaria de datos.

Paciente: la mejor fuente de datos suele ser el paciente, a no ser que este demasiado enfermo, sea demasiado joven o este confundido como para comunicarse claramente.

Personal de apoyo: los familiares, los amigos y los cuidadores que conocen al paciente pueden a menudo completar 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.

Profesionales de la salud: 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

Bibliografía: la revisión de bibliografía de enfermería relacionada, como la revistas profesionales y los textos de información, pueden proporcionar información adicional para la base de datos.

Método de obtención de 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 de organización.

Entrevista: es una comunicación planificada o una convención con un objetivo, por ejemplo, para obtener o dar información, identificar problemas mutuos, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo o dar consejo o tratamiento.

Organización de datos: los profesionales de enfermería usan un formato escrito para organizar datos de la valoración de una forma sistemática. A esto se le denomina a menudo anamnesis de enfermería, valoración de enfermería o formulario de base de datos de enfermería

Modelo/ estructuras conceptuales: tres ejemplos son las estructura patrón de salud funcional de Gordon, el modelo de autocuidado de orem y el modelo de adaptación de Roy.

Modelo 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 incluyen:

- Anamnesis
- Evaluación de la forma física
- Valoración nutricional
- Análisis del estrés vital
- Estilo de vida y hábitos de salud
- Creencias sobre la salud
- Salud sexual
- Salud espiritual
- Relaciones
- Estímulos del riesgo para la salud

Validación de datos: la información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa por que 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 esta tarea:

- 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

Registro de datos: para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos del paciente. El registro preciso es fundamental, t debe incluir todo los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente.

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. Para llevar a efecto esta valoración se puede optar por una herramienta que puede ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Esta herramienta es la valoración por 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.

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. La valoración por patrones funcionales enfoca su atención sobre 11 patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

La valoración de cada uno de los patrones debe evaluarse en el contexto de los demás, ya que ningún patrón podrá comprenderse sin el conocimiento de los restantes. 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: Autopercepción/autoconcepto.

Patrón 8: Rol/relaciones

Patrón 9: Sexualidad/reproducción.

Patrón 10: Adaptación/tolerancia al estrés.

Patrón 11: Valores/creencias.