



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
UNIVERSIDAD UDS**

PLANTEL VILLAHERMOSA

Licenciatura en Enfermería

ENFERMERIA DEL ADULTO

Presenta:

FLOR ADRIANA CRUZ RODRIGUEZ

Asesor:

JESSICA DEL CARMEN JIMENEZ MENDEZ

PALENQUE, CHIAPAS

JULIO DE 2020

RESUMEN

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

Objetivo de la valoración:

- La valoración recoge, organiza, valida y registra los datos del paciente, su objetivo es establecer una base de datos sobre la respuesta del paciente a sus preocupaciones sobre la salud o la enfermedad y su capacidad de tratar sus necesidades en torno a la salud.

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 de la capacidad del paciente de cuidarse a sí mismo mientras se le ayuda con el baño.
- Valoración urgente: durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente.
 - Objetivo: identificar problemas peligrosos para la vida.
 - ✓ 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: 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.

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.

- La base de datos es toda la información sobre un paciente: comprende la anamnesis de enfermería, la valoración física, exploración física realizadas por el médico, los resultados de las pruebas de laboratorio y diagnósticas y el material aportado por otros profesionales de salud.

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.
- 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 puede ver, escuchar, palpar u oler y se pueden identificar mediante la observación o exploración física.

Fuentes 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, los profesionales de la salud, las historias o registros previos, los estudios de laboratorio etc., son fuentes secundarias de datos.

- Paciente: la mejor fuente de datos suele ser el paciente, el paciente puede proporcionar datos subjetivos que nadie más puede ofrecer, los datos primarios suelen ser las declaraciones hechas por el paciente.
- Personal 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 datos respecto a la ocupación, la religión y el estado civil del paciente.
- 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.

Métodos 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 organizado.

La observación tiene 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.

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 consejos o tratamiento.

Existen dos métodos para entrevistar:

- Entrevista dirigida: está muy estructurada y obtiene información específica. El profesional de enfermería establece el objetivo de la entrevista y controla, al menos el comienzo. El paciente responde a preguntas, pero puede tener una oportunidad limitada para plantear cuestiones o comentar preocupaciones. Durante una entrevista no dirigida permite al paciente controlar el objetivo, el tema y el ritmo.

Durante la entrevista para obtener información suele ser adecuada una combinación de los métodos dirigido y no dirigido.

Organización de datos:

Los profesionales de enfermería usan un formato escrito para organizar los datos de la valoración de una forma sistémica, este formato puede modificarse en función del estado físico del paciente, a este se le denomina a menudo anamnesis de enfermería.

- Modelos/estructuras conceptuales: 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 auto asistencia universales de los seres humanos.
 - Roy señala los datos que tienen que recogerse en función del modelo de adaptación de Roy y clasifica la conducta observable en cuatro categorías: fisiológica, auto concepto, función de rol e independencia.

- 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 conducta de salud, creencias, valores, estos modelos suelen incluir lo siguiente:
 - Anamnesis.
 - Evaluación de la forma física.
 - Valoración nutricional.
- Modelos ajenos a la enfermería: las estructuras y modelos procedentes de otras disciplinas también pueden ser útiles para organizar los datos.
- 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 etc.

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

Para construir una base de datos precisa, los profesionales de enfermería deben validar las suposiciones hechas respecto a la conducta física o emocional del paciente.

Registro de datos:

Para completar la fase de la 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.

Valoración primaria y secundaria:

Valoración primaria:

Respuesta del paciente

Determinar si el paciente se encuentra consciente o inconsciente, se verificara el estado de consciente mediante la escala AVDN. (Alerta, respuesta a estímulos verbales, respuesta a estímulos dolorosos y respuesta negativa, no hay respuesta).

Paciente inconsciente: si el paciente esta inconsciente valore signos de respiración, garantizar la permeabilidad de la vía aérea, reevaluar al paciente constantemente, si el paciente no tiene signos de respiración determine la existencia de pulso carotideo, realizar ventilaciones efectivas en caso de no encontrar pulso.

Paciente consciente: si el paciente se encuentra consciente continúe con la valoración, valore la frecuencia, profundidad, regularidad, movimientos respiratorios, simetría de movimientos torácicos, valorar la frecuencia, valorar el estado neurológico.

Valoración secundaria:

Iniciar la valoración secundaria, solo en aquellos casos en que las funciones vitales del paciente lo permitan, reevaluar de forma continua, si su estado lo permite interróguelo con el objetivo de identificar el motivo de demanda de asistencia así como los signos y síntomas acompañantes, explore al paciente desde la cabeza a los pies incluida la espalda.

Descripcion de la valoración por patrones funcionales de Gordon:

11 patrones funcionales de la salud de Gordon:

1. 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.
2. 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.
3. Patrón de evacuación. Describe los patrones de función excretora (intestinal, vesical, cutánea).
4. Patrón de actividad-ejercicio. Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y actividades recreativas.
5. Patrón de sueño-vigilia. Describe patrones de sueño, reposo y relajación.
6. Patrón cognitivo. Perceptivo. describe patrones sensitivos-perceptivos y patrones cognitivos.
7. Patrón de autopercepción-auto concepto. Describe el patrón del concepto y percepciones que el paciente tiene de sí mismo.

8. Patrón de rol-relación. Describe el patrón del paciente de la participación en el rol y las relaciones.
9. Patrón de sexualidad-reproductivo. Describe los patrones del paciente de satisfacción e insatisfacción con el patrón de sexualidad, describe patrones reproductivos.
10. Patrón de afrontamiento/tolerancia al estrés. Describe el patrón de afrontamiento general del paciente y eficacia del patrón en cuanto a tolerancia al estrés.
11. Patrón de valores-creencias. Describe los patrones de valores, creencias (incluidas espirituales) y objetivos que guían las elecciones y decisiones del paciente.

Bibliografía: libro de fundamentos de enfermería kozier & Erb.