

**Nombre de alumno: Merari Alejandra  
García Ruiz**

**Nombre del profesor: BEATRIZ GORDILLO IOPEZ**

**Nombre del trabajo: Cuadro sinóptico  
sobre valoración al paciente adulto**

PASIÓN POR EDUCAR

**Materia: Enfermería del adulto**

**Grado: 6°cuatrimestre**

**Grupo: "B"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 8 de mayo de 2020

# Acciones de enfermería y factores que intervienen en el proceso salud enfermedad del adulto

Valoración del paciente

¿Qué es la valoración al paciente?

Es una recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico y espiritual del **paciente** llevado a cabo por el **enfermero**.

Su aplicación en enfermería se da como:

una forma de actuación ordenada y sistemática encaminada a solucionar o minimizar los problemas relacionados con la salud.

¿Qué es la valoración enfermera?

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes

Quiere decir:

Que es un proceso pensado, no es improvisado, tiene orden, y comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros y continúa durante todo el tiempo que necesita de ellos, que es precisa y con un objetivo por parte de la persona que la realiza.

La valoración se utiliza continuamente, y no sólo como una parte del proceso enfermero.

Existen 2 tipos de valoración:

• Valoración inicial:

- es la base del plan de cuidados, se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona)
- Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos
- Facilita la ejecución de las intervenciones

Valoración continua, posterior o focalizada

Se realiza de forma progresiva durante toda la atención.

Tiene como objetivo:

- Recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas.
- Realizar revisiones y actuaciones del plan.
- Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud

la valoración se puede clasificar en:

• Valoración general, encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados.

• Valoración focalizada, en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona.

Objetivo 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

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

la valoración enfermera es un proceso que se desarrolla en dos fases o etapas interrelacionadas entre sí que son:

- 1.- Recogida de datos. 2.- Evaluación de los datos recogidos y emisión de un juicio clínico.

1.- Recogida de datos

En esta fase recogemos toda la información necesaria para poder identificar el problema, las causas, las posibles variables o interferencias en el mismo (creencias, familia, situación social) y el marco de actuación que nos queda para solucionarlo

¿Qué es un dato?

es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o a las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

El objetivo de la recogida de datos

es reunir información útil, necesaria y completa sobre la persona a que se está valorando.

Las fuentes de los datos pueden ser:

- Primarias, incluye al paciente, la historia clínica, familiares o amigos
- Secundarias, revistas profesionales, textos de referencia

tipo de datos:

- Objetivos, se pueden medir con una escala o instrumento. Ej.: TA, Tª, FC...
- Subjetivos, son los que la persona expresa. Son sentimientos y percepciones. Ej.: dolor de cabeza

- Históricos – antecedentes.
- Actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para la recogida de información:

- Entrevista
- Observación
- Exploración física

- Entrevista

Tipos de entrevista

- \*Formal (consiste en una comunicación con un propósito específico en donde la enfermera realiza la historia del paciente)
- Informal, es la que se realiza entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.

- Observación

es una habilidad que precisa práctica y disciplina que comienza en el momento del primer encuentro con el paciente y continúa a través de la relación enfermera-paciente en posteriores valoraciones

- Exploración física

Es otra técnica que nos va a aportar gran cantidad de datos, antes de proceder a la exploración debe explicarse al paciente la técnica que se le va a realizar

Métodos para el Examen Físico.

intervienen los 4 métodos de la exploración clínica: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación

**Inspección:**

Es la apreciación con la vista desnuda o cuando más con la ayuda de una lente de aumento, del aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de su superficie externa, como también de algunas cavidades o conductos accesibles por su amplia comunicación, ejemplo: boca y fauces.

**Palpación:**

Es la apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimientos de la región explorada, ello valiéndonos de la sensibilidad táctil, térmica y vibratoria, así como de los sentidos de presión y estereognosico de las manos.

**Percusión:**

Consiste en la apreciación por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo. Puede ser practicada golpeando la superficie externa del cuerpo con las manos desnudas, o valiéndose de un martillo especial.

**Auscultación:**

Consiste en la apreciación con el sentido de la audición, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón, o por la entrada y salida de aire en el sistema respiratorio, o por el tránsito en el tubo digestivo, o finalmente por cualquier otra causa.

La información física debe:

- Tener validación/Verificación de los datos
- Organización de los datos que consiste en agrupar datos en categorías o conjuntos de información, de tal forma que nos ayude a la identificación de problemas

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.

La enfermera debe emitir un juicio profesional sobre la eficacia en el funcionamiento del área valorada (patrón, necesidad, etc.).

Para llevar a cabo esta valoración se puede optar por una herramienta, que es la valoración por patrones funcionales de M. Gordon

¿Qué son los patrones funcionales?

son una configuración de comportamientos, que contribuyen a la 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 valoración por patrones funcionales tiene como objetivo:

determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de alguno de ellos para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad

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.

- Por necesidades básicas (V. Henderson)

Todos los seres humanos tienen las mismas necesidades comunes de satisfacer, independiente de la situación en que se encuentre cada uno de ellos, puede variar el modo de satisfacerlas por cuestiones culturales, modos de vida, motivaciones, etc.

Se considera catorce necesidades:

- 1. Respirar normalmente.
- 2. Comer y beber adecuadamente.
- 3. Eliminar desechos del organismo.
- 4. Movimiento y mantenimiento de postura adecuada
- 5. Dormir y descansar.
- 6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
- 7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9. Evitar los peligros del entorno.
- 10. Comunicarse con los demás expresando emociones.
- 11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.
- 12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado
- 13. Participar en actividades recreativas.
- 14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

cuando algo de las necesidades falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud

entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería

Hay una valoración primaria

En donde se verifica:

- \*Respuesta del paciente verifique el nivel de consciencia mediante la escala AVDN,
1. estado respiratorio (movimientos respiratorios, frecuencia)
  2. estado circulatorio,
  3. estado neurológico.

Y una valoración secundaria

En donde las acciones de enfermería son:

- \*sólo se hace en aquellos casos en que las funciones vitales del paciente lo permitan
- \*Si detecta compromiso de las funciones vitales, suspenda la valoración secundaria, solicite USVA, informando de la situación, e intente su estabilización.
- \*Explore al paciente desde la cabeza a los pies incluida la espalda
- \*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
- \*Realice breve historia del paciente con la información recibida y con los datos de la exploración

## Bibliografía

*Antología Enfermería del Adulto.* (Mayo- Agosto ): toda información fue sacada de la antología de la materia

