



**NOMBRE DE ALUMNO: REY NOEL SANTIAGO  
HERNÁNDEZ**

**NOMBRE DEL PROFESOR: BEATRIZ GORDILLO LÓPEZ**

**NOMBRE DEL TRABAJO: CUADRO SINÓPTICO:**

**“VALORACIÓN DEL PACIENTE”**

**MATERIA: ENFERMERÍA DEL ADULTO**

**GRADO: 6TO CUATRIMESTRE.**

**GRUPO: “A”**

# VALORACIÓN DEL PACIENTE

Valoración

Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va a interactuar con el ambiente de forma diferente.

Debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente.

¿Qué es la valoración?

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.

- Un "proceso". Constituye la primera fase del proceso enfermero.
- Planificadall. Está pensada, no es improvisada.
- Sistemáticall. Requiere un método para su realización.
- Continuatall. Comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros y continúa durante todo el tiempo que necesita de ellos.
- Deliberadall. Precisa de una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de la persona que la realiza.

Utilización de la valoración

La valoración se utiliza continuamente, y no sólo como una parte del proceso enfermero. De forma programada debemos conocer el estado de salud de las personas a nuestro cargo, y por tanto debemos realizar valoraciones periódicas programadas.

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.
- 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

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 mismall

Etapas de valoración

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

**Fuentes de datos:** **Primarias**, incluye al paciente, la historia clínica, familiares o amigos. **Secundarias**, revistas profesionales, textos de referencia.

**Tipos 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**. Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. **Actuales**: son datos sobre el problema de salud actual.

**Métodos para la recogida de información:** Entrevista. Es una técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella se obtiene datos subjetivos acerca de los problemas de salud.

**Tipos de entrevista:** **Formal**, consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual 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.

#### Objetivos de la entrevista:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar qué otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

#### Partes de la entrevista

- Inicio: Es una fase de aproximación. Se centra en la creación de un ambiente favorable, donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- Cuerpo: La finalidad de la conversación se centra en esta fase en la obtención de la información necesaria.
- Cierre: Es la fase final de la entrevista. En esta fase se resumen los datos más significativos.

#### Técnicas de la entrevista

- Verbales: Interrogatorio (para verificar y aclarar datos), reflexión o reformulación (para confirmar lo que ha expresado el paciente).
- No verbales: Expresiones faciales, gestos, posición corporal, forma de hablar, contacto físico.

**Cualidades que debe tener un entrevistador:** Empatía. Proximidad afectiva entre el paciente y el profesional. (Técnica no verbal). Respeto. Concreción. Autenticidad.

**Observación:** Este método comienza en el momento del primer encuentro con el paciente y continúa a través de la relación enfermera-paciente en posteriores valoraciones.

# EXPLORACIÓN FÍSICA

## Objetivo

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.

- Determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad.
- Obtener una base de datos para poder establecer comparaciones.
- Valorar la eficacia de las actuaciones.
- Confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

## Técnica de exploración

- **Inspección:** Es el examen visual, cuidadoso y global del paciente. Su objetivo es determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto. Su objetivo es determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen.
- **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. - Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago 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. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a

## Formas de abordar un examen físico

Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies". Criterios de valoración por "sistemas y aparatos". Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud". Examen físico regional. Examen físico general.

**Examen físico general.** (Aspecto a examinar): constitución, deambulación, decúbito, marcha, peso y talla, facie, faneras (pelo y uñas), piel (coloración), circulación colateral, tejido celular subcutáneo, temperatura.

**Examen físico regional.** (Aspecto a examinar): cabeza, cuello, tórax, abdomen, columna vertebral, extremidades.

**Examen físico por sistemas y aparatos.** (Aspecto a examinar): sistema respiratorio, cardiovascular, digestivo, hemolinfopoyético, endocrino, osteomioarticular, genitourinario sistema nervioso.

## Precauciones

- Crear todas las condiciones previamente: lo cual comprende las condiciones del local, hasta la presencia de todo el material y equipo a utilizar durante todo el procedimiento.
- Tener en cuenta el estado del paciente: pues en dependencia de este, podemos manipularlo y/o movilizarlo con mayor o menor libertad durante el examen físico.
- Garantizar la privacidad del paciente: debemos de utilizar un local apropiado dependiendo de las condiciones del paciente para garantizar su privacidad.
- Respetar el pudor del paciente: debemos evitar la exposición innecesaria del paciente.
- Mantener al paciente lo más ligero de ropa para una mejor exploración.
- Garantizar la adecuada iluminación.
- Evitar corrientes de aire que pueda existir en la habitación o local de exploración.
- Realizarlo preferentemente alejado de las comidas.
- Seguir el orden céfalo-caudal.

**Bibliografía:** antología enfermería del adulto y manual de enfermería: "nociones sobre examen físico para estudiantes de licenciatura en enfermería"