



Carrera: Lic. En enfermería

Nombre de alumno: Antonia Viridiana Pérez Jiménez

Nombre del profesor: Beatriz Gordillo López

Nombre del trabajo: Cuadro sinóptico

Materia: Enfermería del adulto

Grado: 6to Cuatrimestre

Grupo: B



VALORACION DEL PACIENTE ADULTO

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.

VALORACION ENFERMERA

- ES:
 - **Proceso:** Constituye la primera fase del proceso enfermero.
 - **Planificada:** Está pensada, no es improvisada.
 - **Sistemática:** Requiere un método para su realización.
 - **Continua:** Comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros y continúa durante todo el tiempo que necesita de ellos.
 - **Deliberada:** Precisa de una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de la persona que la realiza.
- Utilización:** Se utiliza continuamente, y no sólo como una parte del proceso enfermero. Cuando la enfermera entra en contacto (superior de la Tª clínica informatizada) por primera vez con un usuario, debe conocer sus condiciones y características y realizar una apertura de su historia, para ello debe valorar. En los problemas interdisciplinares y en general antes de realizar cualquier intervención la enfermera requiere utilizar la valoración.
- 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 personales sobre los problemas de salud del paciente y ver cuáles factores influyen sobre éstos. Facilita la asignación de las intervenciones.
 - **Valoración continua, posterior a la planificación:** Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. 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.
- Selección:** Según el objetivo al que vaya dirigida, 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:** 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". Debe recoger datos no sólo del aspecto biológico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales.



ETAPAS DE LA VALORACION

- Se desarrolla en dos fases o etapas diferenciadas entre sí cuyo cumplimiento asegura gran parte de la precisión y validez en materia de un proceso de planes de cuidados con las garantías necesarias. Estas fases son:
 - **1.- Recogida de datos:** Es una fase fundamental que va condicionando el resto del resto del proceso. En esta fase recogemos toda la información necesaria para poder identificar el problema, las causas, las posibles causas o intervenciones en el mismo, comenidos, familia, situación social... y el estado de valoración que nos aporta para valorarlo.
 - **2.- Evaluación de los datos recogidos y emisión de un juicio clínico:** Consiste en confirmar que los datos obtenidos en la etapa anterior son ciertos, con el fin de evitar conclusiones precipitadas que puedan llevar a un error en el diagnóstico. Se consideran datos verdaderos los datos objetivos, es decir, aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medidas precisa, peso, talla, etc.
- Se deben clasificar para que sean efectivos y entornos apropiados. Los signos de "necesidades" "patrones funcionales de salud" "areas de salud", etc.
- Estos datos pueden ser:
 - **Los datos de la historia:** Esta información debe estar orientada a las condiciones de actuación de la enfermera en el medio que trabaja.
 - **Los datos de la valoración:** Debemos clasificar para que sean efectivos y entornos apropiados. Los signos de "necesidades" "patrones funcionales de salud" "areas de salud", etc.
- El registro consiste en dejar constancia por escrito de toda la información obtenida.
 - **El tipo de datos:** El registro consiste en dejar constancia por escrito de toda la información obtenida.
 - **El tipo de datos:** El registro consiste en dejar constancia por escrito de toda la información obtenida.

MÉTODOS PARA LA RECOGIDA DE INFORMACION

- ENTREVISTA:** Es una técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella se obtiene datos subjetivos, acceso de los problemas de salud.
 - **Tipos de entrevista:**
 - **Formal:** Consiste en una comunicación con un propósito específico, en la que la enfermera realiza la historia del paciente.
 - **Informal:** Consiste en una comunicación con un propósito específico, en la que la enfermera realiza la historia del paciente.
 - **Regresiva:** Es la que se realiza entre la enfermera y el paciente cuando el curso de los cuidados.
 - **Objetivos:**
 - **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 el desarrollo de sus objetivos.**
 - **Ayudar a la enfermera a determinar qué otros datos requieren un análisis específico lo largo de la valoración.**
- OBSERVACION:** Este método comienza en el momento del primer encuentro con el paciente y continúa a través de la relación enfermera-paciente en posteriores valoraciones.
 - **Observación sistemática:** Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente y del entorno, como de cualquier otra fuente significativa, así como de la interacción de estos tres.
 - **Observación no sistemática:** La observación es una habilidad que cambia gradual y discreta. Los hallazgos encontrados mediante esta técnica se confirmarán o descartarán posteriormente.
- EXPLORACION FISICA:** 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 va a realizar.
 - **Objetivos de la exploración:**
 - **Determinar la profundidad de la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad.**
 - **Obtener una base de datos para poder establecer prioridades.**
 - **Valorar la eficacia de las actuaciones.**
 - **Confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.**
- Partes de la entrevista:**
 - **Inicio:**
 - **Introducción:** Es una fase de aproximación. Se centra en la creación de un ambiente favorable, donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
 - **Exploración:** Es la finalidad que la conversación se centra en esta fase en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta y se amplía a otras áreas como historia médica, información sobre la familia y datos sobre condiciones culturales o religiosas.
 - **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. En esta fase se resumen los datos más significativos. Constituye la base para establecer las primeras pausas de planificación.
 - **Técnicas de la entrevista:**
 - **Verbalidad:** Interrogatorio (para verificar y aclarar datos, reflexivo o afirmación para confirmar lo que ha expresado el paciente).
 - **He verbalidad:** Expresiones fáciles, gestos, posición corporal, forma de hablar, contacto físico.
 - **Condiciones que debe tener un entrevistador:**
 - **Empatía:** Sentimiento de participación efectiva de una persona en la realidad que afecta a otra. La empatía consiste en ser capaz de ponerse en la situación de los demás.
 - **Respeto:** El profesional reconoce al paciente como persona, apreciando su dignidad y sus valores.
 - **Confianza:** Es la capacidad del profesional para definir los objetivos que pretende buscar.
 - **Autenticidad:** Es el supuesto que "uno es el mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos".

FORMAS DE ABORDAR UN EXAMEN FISICO

- Enfoques de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies":** Sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda.
- Enfoques de valoración que valoran la integridad:** Se valora el aspecto general y las constantes vitales, y se continúa con cada sistema o aparato de forma independiente comenzando por las zonas más afectadas.
- Enfoques de valoración que valoran la función:** La recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo alterado o un situación de riesgo con respecto al estado de salud.

VALORACION PRIMARIA

- Responde del paciente:
 - (A) Aorta.
 - (V) Respuesta a estímulos verbales.
 - (D) Respuesta a estímulos dicélicos.
 - (H) Respuesta negativa, no hay respuesta.
- Si el paciente se encuentra consciente, continúe con la valoración del paciente.
 - **Si el paciente tiene signos de respiración:**
 - **Observación:** Si el paciente está inconsciente, colocar UVA, asegurar un DSEA y valorar signos de respiración.
 - **Umbilicoplastia:** Valorar la presencia de:
 - **Forma:** Redonda, de 2 cm de diámetro.
 - **Color:** Amarillo.
 - **Consistencia:** Blanda.
 - **Forma:** Redonda, de 2 cm de diámetro.
 - **Color:** Amarillo.
 - **Consistencia:** Blanda.
 - **Forma:** Redonda, de 2 cm de diámetro.
 - **Color:** Amarillo.
 - **Consistencia:** Blanda.
 - **Umbilicoplastia:** Valorar la presencia de:
 - **Forma:** Redonda, de 2 cm de diámetro.
 - **Color:** Amarillo.
 - **Consistencia:** Blanda.
 - **Forma:** Redonda, de 2 cm de diámetro.
 - **Color:** Amarillo.
 - **Consistencia:** Blanda.
 - **Si el paciente no tiene signos de respiración:**
 - **Observación:** Si el paciente está inconsciente, colocar UVA, asegurar un DSEA y valorar signos de respiración.
 - **Umbilicoplastia:** Valorar la presencia de:
 - **Forma:** Redonda, de 2 cm de diámetro.
 - **Color:** Amarillo.
 - **Consistencia:** Blanda.
 - **Forma:** Redonda, de 2 cm de diámetro.
 - **Color:** Amarillo.
 - **Consistencia:** Blanda.
 - **Umbilicoplastia:** Valorar la presencia de:
 - **Forma:** Redonda, de 2 cm de diámetro.
 - **Color:** Amarillo.
 - **Consistencia:** Blanda.
 - **Forma:** Redonda, de 2 cm de diámetro.
 - **Color:** Amarillo.
 - **Consistencia:** Blanda.

VALORACION SECUNDARIA

- Inicio la valoración secundaria, sólo en aquellos casos en que las funciones vitales del paciente lo permitan.
 - **Reserva de fuerza continua (ver procedimiento técnica Signos Vitales)**
 - **Elaboración de historial de los signos vitales, según la valoración secundaria, sobre UVA, información de la situación, e intentos de estabilización.**
 - **Si se resiste la presión, interrumpir cuando el objetivo de disminuir el motivo de derivado de atención, así como los signos y síntomas acompañantes. Si el paciente está inconsciente, preparar alguna persona que pueda proporcionar la información necesaria.**
 - **Explicar al paciente desde el inicio de la presión medida la razón. Observe si sigue algún síntoma o condición de riesgo de riesgo.**
 - **Observación de los signos vitales, e intentos de estabilización.**
 - **Factores que los signos vitales.**
- Monitoreo las constantes del paciente, al menos en 2 ocasiones. De primera en el lugar del paciente y segunda antes de retirar a temperatura hospitalaria, registrados en el sistema (Tª, FC, TA, SpO2).
- **Temperatura rectal, e está disponible.**
- **Saturación de oxígeno.** Saturación de oxígeno de la Hemoglobina (SpO2) (porcentaje) (valor de referencia: 95-100).
- **Reserva de fuerza continua (ver procedimiento técnica Signos Vitales)**
- **Explicar al paciente desde el inicio de la presión medida la razón. Observe si sigue algún síntoma o condición de riesgo de riesgo.**
- **Observación de los signos vitales, e intentos de estabilización.**
- **Factores que los signos vitales.**

MÉTODOS DE VALORACION FISICA

- Clasificación la exploración física es la percepción de los signos clínicos presentes en el paciente por los sentidos del médico. Se compone de:
 - **Inspección visual**
 - **Palpación**
 - **Auscultación**
 - **Olfacción**
- Son maniobras sencillas realizadas por el médico con el apoyo de instrumentos como una fuente de luz, un fonendoscopio, un esfigmomanómetro, un martillo de reflexos, etc.

- El registro consiste en dejar constancia por escrito de toda la información obtenida.**
 - **El registro de los datos subjetivos y perceptivos de los datos:** Una vez finalizada la fase de recogida de datos, la enfermera debe ir anotando la información que ella considera pertinente (patron, necesidad, etc.).
 - **El registro de los datos objetivos:** Una vez finalizada la fase de recogida de datos, la enfermera debe ir anotando la información que ella considera pertinente (patron, necesidad, etc.).
- El registro de los datos subjetivos y perceptivos de los datos:** Una vez finalizada la fase de recogida de datos, la enfermera debe ir anotando la información que ella considera pertinente (patron, necesidad, etc.).
- El registro de los datos objetivos:** Una vez finalizada la fase de recogida de datos, la enfermera debe ir anotando la información que ella considera pertinente (patron, necesidad, etc.).

