



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Erwin Avelino Bastard Alvarado.

Nombre del tema: Super nota de valoración del paciente.

Parcial: I parcial.

Nombre de la Materia: Enfermería del adulto.

Nombre del profesor: Javier Gómez Galera.

Nombre de la Licenciatura: Enfermería.

Cuatrimestre: 6.

Pichucalco, Chiapas a 22 de Mayo del 2022.

VALORACIÓN DEL PACIENTE

La Enfermería necesita utilizar una forma de actuación ordenada y sistemática encaminada a solucionar o minimizar los problemas relacionados con la salud, es decir, necesita un método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse. La piedra angular del trabajo enfermero es la valoración de enfermería, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas.

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. Debe recoger datos no sólo del aspecto biológico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales. Existe un aspecto fundamental en la valoración enfermera, y es que como parte de un proceso, necesita coordinar su desarrollo con el resto de las 4 fases, y para ello debe tener en cuenta los signos y síntomas que validan los diagnósticos de enfermería.

¿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. Esto quiere decir que la valoración enfermera es:

- **Un 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.

ETAPAS DE LA VALORACIÓN ENFERMERA

La valoración enfermera es un proceso que se desarrolla en dos fases o etapas interrelacionadas entre sí, cuyo cumplimiento asegura garantiza la posibilidad de la puesta en marcha de un proceso de planes de cuidados con las garantías necesarias. Estas fases son:

1.- Recogida de datos: Es una fase fundamental que va a condicionar el éxito del resto del proceso. 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. 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.

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.

El objetivo de la recogida de datos es reunir información útil, necesaria y completa sobre la persona a que se está valorando, de nada nos va a servir la recogida extensa y anárquica de datos si no van enfocados y orientados al conocimiento de las situaciones que son necesarias para la enfermera. Además esta información debe estar orientada a las posibilidades de actuación de la enfermera en el medio que trabaje. No será lo mismo el enfoque, las posibilidades y las necesidades de actuación de una enfermera en el medio hospitalario, que en el medio de atención primaria.

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

PAUTAS IMPORTANTES DE LA RECOGIDA DE DATOS

1.- Las fuentes de los datos: Éstas pueden ser:

***Primarias:** Incluye al paciente, la historia clínica, familiares o amigos.

***Secundarias:** Revistas profesionales, textos de referencia.

Valoración continua, posterior o focalizada: 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 según el objetivo al que vaya dirigido.

2.- El 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:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

***Actuales:** Son datos sobre el problema de salud actual.

3.- 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.

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.

OBJETIVOS DE LA EXPLORACIÓN

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. Comienza a partir del motivo de la consulta y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen modelos estructurados para la recogida sistemática y lógica de la información.

- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. En esta fase se resumen los datos más significativos. Constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

- 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.

TÉCNICAS DE LA EXPLORACIÓN

- **Inspección:** Es el examen visual, cuidadoso y global del paciente.

- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto.

TÉCNICAS DE LA ENTREVISTA

- **Verbales:** Interrogatorio (para verificar y aclarar datos), reflexión o reformulación (para confirmar lo que ha expresado el paciente).

- **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.

* **Hipersonidos:** Aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire.

* **Timpánicos:** Se encuentra al percudir el estómago lleno de aire.

- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.

FORMAS DE ABORDAR UN EXAMEN FÍSICO

- Criterios 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.

- **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.
- * Respeto.
- * Concreción.
- * Autenticidad.

- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

TÉCNICAS PARA LA VALIDACIÓN DE DATOS

- **Dobles comprobaciones:** consiste en repetir nuevamente la toma, bien con otro instrumento o bien realizándolo otra persona.

- Técnicas de reformulación, ayudan a asegurarse de que el paciente quiere decir lo que realmente dice, evitando las interpretaciones erróneas. Para ello se pregunta por el dato en concreto de diferente manera.

VALORACIÓN MEDIANTE NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON

Un modelo enfermero es "una visión ideal acerca de lo que debería ser la enfermería". Cada modelo enfermero, (modelos de Interacción, modelos evolucionistas o de adaptación, modelos de necesidades humanas, modelos de sistemas) que ha ido construyendo influido por las diferentes teorías existentes, presenta una visión distinta de la enfermería; por ello y aunque todos tengan los mismos componentes, cada modelo aporta una visión diferente acerca de un mismo concepto. El modelo de Virginia Henderson representa, junto con Dorotea Orem, la tendencia de suplencia o ayuda. Ambas conciben el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de su vida (niñez, ancianidad, enfermedad), fomentado, en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del paciente.

1.- Virginia Henderson define entorno sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La salud puede verse afectada por:

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

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.

- Por necesidades básicas (V. Henderson). Ayudará a identificar problemas detectados en las necesidades humanas. Según Tomás Vidal (1994), la valoración mediante patrones funcionales y por necesidades básicas es complementaria, ya que los diagnósticos de enfermería ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, confirmando la carencia de las necesidades básicas.

- **Factores físicos:** Aire, temperatura, sol, etc.

- **Factores personales:** Edad, entorno, cultura, capacidad física e inteligencia.

2.- Virginia Henderson define a persona como individuo que necesita de la asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. La persona constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales, además de estar influida por el cuerpo y por la mente, tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

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. 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.

3.- Virginia Henderson define salud como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las necesidades básicas. La calidad de la salud permite al individuo trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

4.- Virginia Henderson define necesidad básica como "todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar", siendo concebida esta necesidad como un requisito más que como una carencia.

PATRONES FUNCIONALES

- **Patrón 1:** Percepción de la salud.

- **Patrón 2:** Percepción Nutricional/ metabólico.

- **Patrón 3:** Eliminación.

- **Patrón 4:** Actividad/ Nutricional/ Metabólico/ ejercicio.

- **Patrón 5:** Sueño - descanso.

- **Patrón 6:** Cognitivo - perceptivo.

- **Patrón 7:** Autopercepción/ Eliminación/ autoconcepto.

- **Patrón 8:** Rol - relaciones.

- **Patrón 9:** Sexualidad/ Actividad/ Ejercicio/ reproducción.

- **Patrón 10:** Adaptación/ Sueño/ Descanso/ tolerancia al estrés.

- **Patrón 11:** Valores - creencias.

NECESIDADES BÁSICAS

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. 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.

PACIENTE INCONSCIENTE

Si el paciente está inconsciente, solicite USVA, consiga un DESA y valore signos de respiración:

- Si el paciente tiene signos de respiración:

- *Solicitar USVA si no lo hizo con antelación.
- *Garantice la permeabilidad de la vía aérea.

- Si el paciente no tiene signos de respiración, es decir no respira o no lo hace con normalidad (solo jadea o boquea), determine la existencia de pulso carotideo (Técnica: Signos vitales).

FACTORES QUE MODIFICAN LAS NECESIDADES BÁSICAS

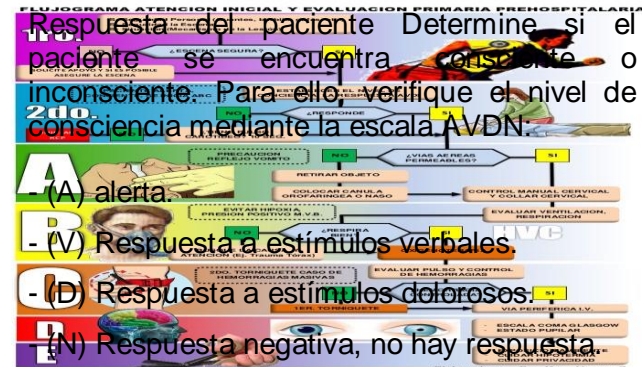
- Factores permanentes:

- *Edad.
- *Temperamento, Estado emocional o disposición de ánimo.
- *Normal.
- *Eufórico.
- *Ansiedad, temor, agitación o histeria.
- *Deprimido o hipo - activo.
- *Situación social o cultural.
- *Capacidad física e intelectual.

- Factores variables:

- *Marcados trastornos del equilibrio de líquidos y electrolitos, incluidos los vómitos y diarrea.
- *Falta aguda de oxígeno.
- *Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- *Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- *Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.

VALORACIÓN PRIMARIA



PACIENTE CONSCIENTE

Si el paciente se encuentra consciente, continúe con la valoración del paciente.

1. Estado respiratorio

Valore los siguientes puntos: Frecuencia:

- *Rápida: Más de 30 rpm (taquipnea).
- *Normal: 16-24 rpm.
- *Lenta: Menos de 10 rpm (bradipnea).

Características:

- Profundidad (superficial, normal, profunda).
- Regularidad (regular, irregular) Movimientos respiratorios:
- *Simetría de los movimientos torácicos.

*Esfuerzo respiratorio: Utilización de músculos no habituales en la respiración durante la inspiración (los del cuello, clavículas y abdominales).

- Si encuentra pulso carotideo: Garantice la permeabilidad de la vía aérea. Realice ventilaciones efectivas con bolsa de resucitación conectada a reservorio y O2 a 10-12 l/min. Para ello:

*Coloque la mascarilla de la bolsa de resucitación con el canto estrecho hacia la nariz y el lado ancho hacia la boca.

*Sujete la mascarilla poniendo el pulgar sobre el lado estrecho de la mascarilla y el índice sobre el ancho y presione la mascarilla sobre la boca y nariz. Con los 3 dedos restantes enganche el mentón y tracciones.

*Realice las compresiones de la bolsa con la otra mano de forma amplia y suave de un segundo de duración, con un volumen suficiente como para hacer que el tórax se mueva visiblemente o Evite la hiperventilación. Una ventilación excesiva en frecuencia, volumen o presión, además del peligro de hiperinsuflación gástrica y aspiración, produce también un descenso en el retorno venoso y, por tanto, también del gasto cardíaco.

2.- Estado circulatorio

Valore los siguientes puntos:

- Frecuencia y características del mismo. FC en el adulto:

***Taquicardia:** > 120 lpm o Normal: 60-80 lpm o
***Bradicardia:** < 60 lpm.

- **Ritmo:** Regular, irregular.

- **Fuerza:** Lleno, débil (filiforme).

- **Estado de perfusión tisular del paciente mediante:**
O Tiempo de relleno capilar, que debe ser menor de 2 sg. o temperatura y coloración de la piel (sonrosada, pálida, azulada -cianosis) y la presencia de sudoración.

- Valore la existencia de hemorragias externas severas (ver procedimiento técnico control de hemorragias).

- En los casos en que el paciente presente alteraciones del estado circulatorio tales como:

*Taquicardia o bradicardia.

*Pulso filiforme.

*Pulso irregular.

- Saturación de oxígeno, SatO2 (pulsioximetría):

Saturación de oxígeno de la Hemoglobina expresada en porcentaje (%).

- Realice breve historia del paciente con la información recibida y con los datos de la exploración.

- Mecanismo lesional o motivo de consulta.

- Alergias.

- Medicaciones que estuviera tomando, relacionadas o no con el incidente.

3.- Estado neurológico

- Valore el nivel de consciencia y los posibles déficits neurológicos:

*Compruebe la orientación témporo-espacial y personal, mediante preguntas breves y obvias.

*Realice la escala de coma de Glasgow.

- **Valore el tamaño y reactividad pupilar:**

Tamaño:

*Midriasis (dilatadas en exceso).

*Normales o medias.

*Miosis (empequeñecidas), puntiformes (miosis extrema).

- **Vigile las diferencias de tamaño entre las dos pupilas:**

*Isocoria (pupilas de igual forma y tamaño).

*Anisocoria (pupilas de diferente tamaño).

***Reactividad:** Normal, lenta, pupilas areactivas.

***No valorables:** Tenga en cuenta la imposibilidad de valoración por intervenciones quirúrgicas, enfermedades oftalmológicas, etc.)

VALORACIÓN SECUNDARIA

- Inicie la valoración secundaria, sólo en aquellos casos en que las funciones vitales del paciente lo permitan.

- Reevalúe de forma continua (ver procedimiento técnico signos vitales).

- Si detecta compromiso de las funciones vitales, suspenda la valoración secundaria, solicite USVA, informando de la situación, e intente su estabilización.

- Si su estado lo permite, interróguele con el objetivo de identificar el motivo de demanda de asistencia, así como los signos y síntomas acompañantes. Si el paciente está inconsciente, pregunte a alguna persona que pueda proporcionar la información requerida.

EXPLORACION DEL PACIENTE DESDE LA CABEZA A LOS PIES INCLUIDA LA ESPALDA

Obtenga los siguientes datos:

- Localización de zonas dolorosas.

- Alteraciones motoras o de sensibilidad.

- Tiempo de inicio de los signos, síntomas y su duración.

- Factores que los agravan o alivian.

- Busque lesiones que no sean evidentes.

- **Monitorice 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 en el informe.**

- FR (rpm).

- FC (lpm) o TAS y TAD.

- Temperatura corporal, si está disponible.

- **Saturación de oxígeno, SatO2 (pulsioximetría):** Saturación de oxígeno de la Hemoglobina expresada en porcentaje (%).

ENFERMEDADES SIGNIFICATIVAS, CRÓNICAS O NO,
TRAUMATISMOS RECIENTES E INTERVENCIONES
QUIRÚRGICAS

VALORACIÓN DEL PACIENTE

VALORACIÓN PRIMARIA

RESPUESTA DEL PACIENTE (AVDN)

CONSCIENTE

ESTADO RESPIRATORIO

- Frecuencia
- Características
- Movimientos
- Esfuerzo
- Ruidos
- Coloración

ESTADO CIRCULATORIO

- Frecuencia
- Ritmo
- Fuerza
- Perfusión Tisular

ESTADO NEUROLÓGICO

- Orientación
- Escala de Glasgow
- Mareo
- Hormigueos o Parestesias

EXPOSICIÓN DEL PACIENTE

INCONSCIENTE

SOLICITUD DE SVA

VALORAR SIGNOS DE RESPIRACIÓN

RESPIRA

- Garantizar permeabilidad de vía aérea
- Administrar oxígeno a alto flujo
- Reevaluar al paciente cada 2 minutos

NO RESPIRA

Maniobras de reanimación

SI PULSO

- Garantizar permeabilidad de vía aérea
- Ventilaciones con balón y oxígeno
(10 - 12 l por min)

NO PULSO

- Informar a Central
- Filiar hora de PCR
- Maniobras de reanimación

VALORACIÓN SECUNDARIA

- Reevaluar
- Exploración de cabeza a pies
- Monitorización constante
- Realizar historia clínica
- Cumplimentar informe de asistencia

