



Alumno: Angel de Jesus Reyes Ramirez

Profesor: Alfonso Vezasquez Perez

Actividad: Ensayo

Materia: Enfermeria del Adulto

Grado: 6° Cuatrimestre/LEN

Grupo: "A"

Frontera Comalapa Chiapas a 18 de mayo de 2022

VALORACIÓN DEL PACIENTE Y CARACTERÍSTICAS DE LA ELABORACIÓN DEL INFORME

En enfermería es muy importante recoger diferentes tipos de datos acerca del estado de salud de un paciente presente en un área hospitalaria. Los datos que se recogen tienen como función establecer criterios en el diagnóstico y tratamiento de la patología por la que se encuentran ingresados. Dichos datos se obtienen al realizar una valoración enfermera que tiene como objetivo recoger todo tipo de signos, síntomas y etiologías acerca de una patología. Para ello, existe una metodología establecida para la recogida de datos de manera lógica y ordenada llamada Valoración Enfermera, donde se hace uso del método científico y conocimientos teóricos y prácticos de enfermería. Dicho proceso nos ayuda a clasificar todo tipo de información acerca del paciente con el objetivo agilizar y atender sus necesidades correspondientes.

Por otro lado, esta información al ser clasificada se debe mantener establecida y en constante observación para observar la evolución. Por lo tanto, la elaboración de un informe enfermero acerca de los padecimientos del paciente es de suma importancia en el área hospitalaria.

La Valoración Enfermera básicamente 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. Algunos aspectos que lo caracterizan en que se desenvuelve de manera planificada a fin de conocer el estado de salud de las personas para después realizar cualquier intervención. La información no solo es biológica, sino también psicología y social del paciente.

Se contemplan dos tipos de valoraciones. La primera es la inicial, que consiste en la primer consulta del paciente. La segunda es la continua, que básicamente se obtiene de forma progresiva con visitas alternas del paciente con el objetivo de obtener nuevos datos acerca de su estado de salud.

El primer paso para realizar una valoración es la Recogida de los datos. Donde vamos a plasmar toda información necesaria para identificar el problemas, etiologías y variables a

fin de solucionar las necesidades. 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. Esta información se puede obtener o clasificar por historia clínica, familiares o amigos, catalogándose como una fuente primaria. Y de manera secundaria cuando se obtiene a partir de revistas y textos de referencia. Además los datos se pueden clasificar de manera objetiva cuando se evalúan con la ayuda de escalas o instrumentos. O puede ser de manera subjetiva, cuando los datos los expresa el paciente como sentimientos y percepciones.

Se puede hacer uso también de 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. Para llevar a efecto esta valoración se puede optar por una herramienta que puede ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. 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. valoración por patrones funcionales enfoca su atención sobre 11 patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes. 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. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente. • Valoración enfermera estandarizada Independientemente del modelo de valoración que utilicemos, el objetivo perseguido y los resultados que queremos obtener, deben ser los mismos. Por ello, nuestra intención es elaborar un sistema que reúna y unifique todas las posibilidades de valoración existente, o al menos, las más conocidas; con la finalidad de conseguir un lenguaje unificado y estandarizado del que todos formemos parte tanto para su uso, como para su construcción. El uso de la herramienta informática nos permite incluir este sistema en cualquier programa enfermero, ya que contamos con una codificación que nos lo facilita, así como los

correspondientes enlaces con el resto de las fases del proceso enfermero. VALORACIÓN PRIMARIA Respuesta del paciente Determine si el paciente se encuentra consciente o inconsciente. Para ello, verifique el nivel de consciencia mediante la escala AVDN: • Alerta. • (V) Respuesta a estímulos verbales. • (D) Respuesta a estímulos dolorosos. • (N) Respuesta negativa, no hay respuesta. Paciente inconsciente Si el paciente está inconsciente, solicite USVA, consiga un DESA y valora signos de respiración: • Si el paciente tiene signos de respiración: o Solicitar USVA si no lo hizo con antelación. o Garantice la permeabilidad de la vía aérea. UNIVERSIDAD DEL SURESTE 27 o Proporcionar O₂ a alto flujo (mascarilla con reservorio a 10-12 l/min), excepto en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en los que se limitará la administración de O₂ hasta conseguir una SatO₂ entre 88-92%. o Reevalúe al paciente constantemente, por posibles cambios en el estado del paciente. • 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) • 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: o Coloque la mascarilla de la bolsa de resucitación con el canto estrecho hacia la nariz y el lado ancho hacia la boca. o 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. o 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, produce¹ también un descenso en el retorno venoso y, por tanto, también del gasto cardíaco. o Compruebe que las ventilaciones son efectivas, viendo si el tórax se eleva como en una respiración normal. Si encuentra dificultad para ventilar al paciente: vuelva a comprobar la permeabilidad de la vía aérea, reevaluando la maniobra de apertura de la vía aérea y buscando una posible obstrucción. Continúe con las ventilaciones a un ritmo de 10-12 rpm (1 ventilación cada 5-6 sg). Reevalúe el pulso cada 2 minutos utilizando no más de 10 seg

Por otro lado la elaboración de un informe acerca de los datos obtenidos en la valoración Es un registro escrito elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones

del paciente, se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona familia o comunidad, inmediatamente después de su realización, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional, así como la evolución de la enfermedad y cuidados.

Por lo que se consideran dos tipos de datos SUBJETIVOS: nos dicen lo que el paciente siente y el modo en que lo expresa. (SINTOMAS) OBJETIVOS: estos datos comprenden como las medidas de los signos vitales, (diarrea, PA, T, P., {

Todas las características de un informe de incorporar aspectos que generalicen la forma en que un paciente se encuentra por lo que algunos datos deben tener: fecha y hora; sexo, edad y procedencia; contenido y forma.

La valoración de enfermería es la parte más importante en la realización de los Planes de Cuidado, ya que, en una buena valoración inicial, se detectarán los problemas de salud que se traducirán posteriormente en los Diagnósticos Enfermeros y ayudarán a determinar la salud de un paciente.

La valoración de enfermería es el proceso de cuidar de una persona y recoger información para detectar los cuidados que se van a necesitar en las intervenciones enfermeras.

Es la primera fase del proceso enfermero, que sirve para recoger, organizar e interpretar toda la información.

La valoración proporciona datos útiles en la formulación de juicios éticos referidos a los problemas que se van detectando y es un proceso continuo, que se establece durante toda la relación con el paciente.