



Mi Universidad

NOMBRE DEL ALUMNO: KARINA LISSETH GARCIA GARCIA.

TEMA: VALORACIÓN DEL PACIENTE.

ENSAYO.

PARCIAL: 1.

MATERIA: ENFERMERÍA DEL ADULTO.

NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. ALFONSO VELASQUES.

LICENCIATURA: LIC. EN ENFERMERÍA.

Uno de los trabajos más importantes para el personal de enfermería es la valoración del paciente, esta valoración consiste recoger la información necesaria del paciente, identificar el problema, el cual permitirá planificar un buen procedimiento de enfermería para el paciente. Cabe mencionar que esta valoración se le debe de realizar a cada paciente que ingrese a la unidad médica y durante el proceso de recuperación.

La valoración consta de cinco pasos los cuales ayudara al enfermero y al paciente:

- Proceso: es la primera fase.
- Planificada: el enfermero ya planifico el proceso de cuidados.
- Sistemática: debe de estar acompañado de un método.
- Continua: paciente Oinicia con los cuidados de enfermería, los cuales han sido totalmente planificado a sus necesidades.
- Deliberada: consta de un objetivo de recuperación para él o la enfermera.

Ahora si definamos exactamente que es la valoración de enfermería. La valoración de enfermería es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente. La recolección de datos se obtiene por diversas fuentes, ya sea porque el paciente nos otorga la información requerida o los familiares.

La utilización de este método es continua, el personal de enfermería debe de conocer muy bien a su paciente desde las condiciones en el que se presenta y sobre todo debe de conocer estado de salud.

Existen dos tipos de valoración:

- Valoración inicial: permite recoger la información o los datos del problema de salud del paciente, la valoración inicial es la base del plan de enfermería y va a facilitar la ejecución de los cuidados de enfermería.
- Valoración continua: se realiza durante toda la atención del paciente. Esa valoración siempre va a tener como objetivo; se observará el progreso retroceso del estado de salud, revisiones y detectar nuevos problemas de salud.

Tampoco podemos olvidar que existe otros dos tipos de valoración, que son:

- Valoración general: se debe de conocer situaciones que necesiten los cuidados de enfermería y pondrá en marcha.
- Valoración focalizada: el personal de enfermería debe de conocer aspectos específicos del estado de salud del paciente, ya sea porque el enfermero lo detecto o porque fue sugerido por el paciente.

La enfermera o enfermero al momento de realizar la valoración debe de tener una sola finalidad, alcanzar el bienestar del paciente y no dificultad en el momento de recolectar la información. No hay que olvidar que valoración requiere de conocimientos y habilidades. Hay puntos que también se deben recoger, como lo es: psicológicos, sociales y biológicos. La enfermera no debe de olvidar los síntomas y signos del paciente, para que su valoración marche adecuadamente.

El único objetivo de esta valoración es el éxito de los cuidados y sobre todo conseguir el bienestar del paciente, pocas palabras captar en cada momento la situación de salud que está viviendo el paciente y sobre todo dar una buena respuesta.

Las etapas o desarrollo del proceso constan de dos fases, las cuales son:

Recogida de información: es el inicio del proceso y es totalmente fundamental para la valoración. Esta etapa tiene como objetivo reunir información útil, necesaria y completa sobre el paciente. Al momento de recolectar información se debe de considerar las fuentes (primarias: historial clínico. Secundario: textos de referencia), tipos de datos (subjetivos, históricos y actuales), métodos para la recogida (entrevista, formal, informal).

El personal de enfermería puede ayudarse con diferentes tipos de escalas de medición, esto para que la recogida de información sea rápida y obviamente más eficaz. Cada enfermero utiliza el que más le acomode y con el que pueda recolectar más información del paciente.

Características de la elaboración del informe.

El informe es y debe de ser totalmente elaborado por el personal de enfermería, la información que lleva es de las observaciones del paciente, la evolución de la enfermedad y los cuidados que se realizaran. El informe debe de estar clara, concreta y comprensibles las actividades, observaciones y decisiones.

Existen dos tipos de datos:

- Subjetivos: son los síntomas.
- Objetivos: son las medidas de los signos vitales, la diarrea también entra objetivos.

Su importancia es:

- Se identifica las necesidades del paciente.
- Es un apoyo de información para el personal médico.
- Apoyo científico y legal.
- Valorar la evolución del paciente.

Sus componentes son:

- Fecha y Hora.
- Sexo y edad.
- Procedencia.
- Contenido.
- Firma.

Aspectos que se evalúan en la redacción del informe son:

- Sistemáticas.
- Lógicas.
- Claras.
- Concretas.

- Precisas.
- Breves.
- Objetivas.
- La narración con orden lógico.
- El vocabulario sea técnico.
- Lenguaje claro.
- No abreviaturas.

Su información debe de ser:

- Cambio de conducta: ansiedad, miedo, estado de ánimo, nivel de conciencia.
- Cambio en el funcionamiento físico: pérdida de fuerza, auditiva y visual.
- Cambio de signo o síntoma físico: dolor intenso. Aumento de la temperatura corporal, pérdida de peso.
- Intervención de enfermería: medicamentos administrados y tratamientos.