



Valoracion del paciente

**Mina Gutiérrez
María Fernanda**

**Maestra:
Yaritza ML**

Universidad del sureste

Licenciatura en enfermería

Enfermería del Adulto

Tapachula, Chiapas

25 de Mayo del 2025

VALORACION DEL PACIENTE

ES

Proceso integral que involucra la recopilación y análisis de información para comprender su estado de salud y necesidades, con el objetivo de planificar y proporcionar una atención adecuada

FASES

Recopilación de datos

Se realiza a través de la entrevista clínica, la exploración física y la revisión de la historia clínica.

Validación de datos

Se verifica la precisión y relevancia de la información recopilada.

Organización de la información

Se estructura la información para facilitar la interpretación y la planificación de la atención.

Registro y comunicación de las conclusiones

Se documentan los hallazgos de la valoración y se comunican a los demás profesionales involucrados.

EVALUACIÓN DE DIFERENTES ÁREAS

TIPOS

Estado de conciencia

Se evalúa el nivel de alerta y orientación del paciente

Aspecto general

Se observa la postura, marcha, estado nutricional, piel, etc.

Signos vitales

Se miden la frecuencia cardíaca, respiratoria, temperatura y presión arterial

Exploración física

Se realizan pruebas como la palpación, auscultación y percusión para evaluar órganos y sistemas.

Historia Clínica

Se recaba información sobre enfermedades previas, alergias, medicamentos, etc.

Aspectos Psicosociales

Se evalúa el impacto de la enfermedad en la vida del paciente y su entorno social.

BENEFICIOS DE LA VALORACIÓN

LOS

Permite identificar problemas de salud y planificar la atención de manera efectiva.

SE

Facilita la comunicación entre los profesionales de la salud.

LOS

Contribuye a mejorar la calidad de la atención y la satisfacción del paciente

EXPEDIENTE CLINICO E HISTORIA CLINICA

EXPEDIENTE CLINICO

ES

Un registro completo y único de la información de un paciente, que se integra en cualquier establecimiento de salud, ya sea público, social o privado.

INCLUYE

Datos personales del paciente

Nombre, fecha de nacimiento, etc.

Historial médico

Enfermedades previas, alergias, cirugías, etc.

Motivo de consulta

La razón por la que el paciente busca atención médica

Historia de enfermedad actual

Enfermedades previas, alergias, cirugías, etc.

Antecedentes familiares

Pruebas de laboratorio, radiografías, etc.

Consentimientos informados

Documentos que confirman que el paciente ha sido informado y está de acuerdo con los procedimientos

Notas de evolución

Registros de la condición del paciente a lo largo del tiempo

HISTORIA CLINICA

ES

Un registro detallado y cronológico de todos los datos médicos y administrativos relacionados con un paciente. Es un documento médico-legal que recoge información esencial para la atención médica

INCLUYE

Datos de identificación

Nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, estado civil, ocupación, dirección, datos de contacto

Antecedentes

Familiares (enfermedades hereditarias), personales (enfermedades previas, cirugías, alergias, hábitos, etc.).

Motivo de la consulta

Descripción del problema o motivo principal de la visita

Historia de la enfermedad actual

Detalle de los síntomas, signos, duración, evolución y factores desencadenantes.

Exploración física

Resultados de la evaluación del paciente (examen físico, pruebas diagnósticas).

Diagnóstico

Conclusión sobre la causa o causas de la enfermedad

Evolución clínica

Registro de la respuesta del paciente al tratamiento y posibles complicaciones.

Bibliografía

- <http://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>
- <https://www.gob.mx/salud/hraepy/acciones-y-programas/informacion-del-expediente-clinico#:~:text=El%20expediente%20cl%C3%ADnico%20es,qu e%20fuere%20contratado%20dicho%20personal.>
- <https://www.igaleno.com/blog/que-es-historia-clinica/>