PROCESO DE CUIDADOS: VALORACIÓN ENFERMERA

Registros para la Valoración Enfermera

"Grupo Valoración"

Marzo 2009

Edita:

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
Gobierno del Principado de Asturias

Guía disponible en:

http://www.asturias.es/portal/site/astursalud

Coordinadora:

Rosario Fernández Flórez
Responsable Funcional del Área de Enfermería del Proyecto EDESIS
Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias

Autores:

Grupo "Valoración"
Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias

Imprime:

Asturgraf, S.L.
ISBN: 978-84-694-0800-1
D.L.: AS - 6201 / 2010

Índice

Introducción 5

Valoración Enfermera del Paciente al Ingreso. Estancia mayor de cinco días 7

- Documento de Valoración 9
- Guía para la cumplimentación de la Valoración 13
- Campos obligatorios: Valoración en las primeras 24 horas 21
- Campos obligatorios: Valoración al cuarto día 22
- Escala de Braden 29
- Escala EVA 32
- Escala St. Thomas 33
- Índice de Barthel 33

Valoración Enfermera del Paciente al Ingreso. Estancia 24-72 horas 35

- Documento de Valoración 37
- Guía para la cumplimentación de la Valoración 41
- Campos obligatorios: Valoración en las primeras 24 horas o el día de la intervención en pacientes quirúrgicos 48
- Escala de Braden 53
- Escala EVA 56
- Escala St. Thomas 57
- Índice de Barthel 57

Valoración del paciente preintervención y postintervención 59

Formulario "Comprobación Preintervención" 61

- Introducción 63
- Indicadores 65

Formulario "Comprobación Postintervención" 67

- Introducción 69
- Indicadores 71

Formulario "Criterios de alta" 73

- Introducción 75
- Indicadores 77

Apéndice I: Componentes del Grupo "Valoración" 79

Apéndice II: Componentes del Grupo "Cuidados Quirúrgicos" 81

Apéndice III: Profesionales que han participado en el pilotaje y revisión de los distintos modelos de valoración 83

Introducción

El Proyecto de Implantación de Metodología Enfermera de la Dirección General de Calidad e Innovación de los Servicios Sanitarios de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios tiene como objetivo unificar el método de gestión de cuidados en todos los Centros Sanitarios de Asturias, así como la estandarización de los tratamientos de enfermería. Además se pretende la normalización de la documentación de la Historia Clínica en la que las enfermeras recogen información.

Para estandarizar el Proceso de Cuidados se comienza por la Valoración de Enfermería, primera fase de la Metodología Enfermera. En esta etapa se trata de recoger y registrar la información necesaria para diagnosticar las necesidades de cuidados de las personas.

Para realizar este trabajo de normalización de la "Valoración Enfermera al Ingreso del Paciente" se forma un grupo -"Grupo Valoración"- compuesto por, al menos, un enfermero de cada Hospital. Se comienza por consensuar los resultados a conseguir con el nuevo instrumento. Se decide diseñar un documento que guíe a la enfermera en la recogida de datos y que ha de cumplir los siguientes criterios:

- Que contribuya al desarrollo profesional de la enfermería ayudando a los profesionales a considerar al paciente desde una perspectiva holística.
- Que facilite el Diagnóstico Enfermero, para lo que se estructura según los Dominios de la taxonomía NANDA II
- Que no recoja menos información que el documento actual de cada centro.
- Que se ajuste a los Estándares de la "Joint Comission International" .
- Que incluya escalas validadas para medir determinadas situaciones de los pacientes.
- Que explore el riesgo de suicidio, conforme a la recomendación de Psiquiatría de Enlace.
- Que identifique el riesgo social para su posible derivación a la trabajadora social.

En el formato electrónico se determinan "campos obligatorios" que pretenden garantizar:

- La visión general, si no integral, de las necesidades de cuidado del paciente. Procurando incluir al menos un campo de cada Dominio contemplado en el registro que se esté manejando.
- La seguridad del paciente. Incluyendo como "campos obligatorios" todos aquéllos que determinan las necesidades relativas a este ámbito.
- La estandarización de la calidad. Satisfaciendo los requisitos para la acreditación de la Joint Comission International.
- Cobertura de otra información indispensable para prestar cuidado.

Una vez realizada y pilotada esta Valoración surge la necesidad de adaptarla a la edad de los pacientes y al tiempo de permanencia de éstos en el Hospital, por lo que se realizan los siguientes documentos:

- "Valoración al ingreso del paciente", para pacientes con estancia prevista de más de cinco días.
- "Valoración al ingreso del paciente. Estancia 24-72 horas", para pacientes con este periodo de estancia prevista.
- "Valoración pediátrica al ingreso. Niños de 0 a 24 meses".
- "Valoración pediátrica al ingreso. Niños de 2 a 14 años".

En estas cuatro valoraciones se exploran signos y síntomas de los Diagnósticos de Enfermería prevalentes en Atención Especializada. Aunque están implementadas, tanto en formato papel como en la Historia Clínica Electrónica, se presentan en esta Guía para hacer más fácil su revisión.

Se presentan también dos formularios, "Comprobación Preintervención" y "Comprobación Postintervención", implementados solamente en formato electrónico, en los que los datos no se relacionan con los Diagnósticos de Enfermería: El primero recoge la información necesaria para comprobar que los pacientes están en condiciones de que se les practiquen intervenciones quirúrgicas, de cirugía ambulatoria o pruebas diagnósticas o de tratamiento en Hospital de Día, y el segundo la relativa al estado del paciente cuando se recepciona en la unidad, ya sea esta de corta estancia, reanimación o unidad de hospitalización, para detectar necesidades de cuidados inmediatas y su posterior seguimiento.

Se formó para ello un grupo de trabajo –"Grupo Normalización de la Documentación de las Unidades de Corta Estancia"-, que elaboró estos formularios.

Todos estos documentos son fruto del conocimiento y experiencia de los profesionales del "Grupo Valoración" y del "Grupo Cuidados Quirúrgicos", que, durante varias sesiones de trabajo, lograron consensuar registros adaptados a sus necesidades de información teniendo en cuenta los recursos de los que se dispone en nuestros Hospitales.

Es una satisfacción presentar esta documentación en la presente Guía, cuya publicación tiene el propósito de ayudar al profesional clínico en su utilización para mejorar el proceso de recogida de datos, facilitar el Diagnóstico de Enfermería y aumentar la calidad de los cuidados.

Este trabajo no hubiese sido posible sin la colaboración del "Servicio de Salud del Principado de Asturias", la implicación de los Directores de Enfermería de los Hospitales y de los profesionales que han participado en la revisión de este trabajo y han aportando sus conocimientos para adaptar el contenido de este documento a las necesidades de cuidados de sus pacientes.

Nuestro especial agradecimiento a las enfermeras que han pilotado la "Valoración al Ingreso del Paciente", gracias a cuyo trabajo se ha podido implementar estas herramientas de Valoración Enfermera.

Rosario Fernández Flórez

VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE AL INGRESO

Registro y Guía de cumplimentación para la valoración del paciente adulto que ingresa con una estancia prevista de más de cinco días de duración

Abril 2009

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Nº Historia _____ Cama _____
Primer Apellido _____
Segundo Apellido _____
Nombre _____
Servicio _____
Edad _____ Fecha de ingreso _____

DATOS ADMINISTRATIVOS

Teléfono 1: _____ Centro de Salud: _____
Teléfono 2: _____ Comprobada Pulsera Identificativa ☐ Documentación al Ingreso ☐
Información sobre Funcionamiento de la Unidad ☐ Efectos personales entregados a _____

INGRESO ACTUAL

Motivo: _____ Procedencia: _____
Diagnóstico Médico: _____ Prótesis: _____
Constantes Vitales: F.C.: _____ F.R.: _____ T.A.: _____ Tª.: _____

ANTECEDENTES DE SALUD

Enfermedades Previas: _____
Intervenciones Quirúrgicas Previas: _____
Caídas Previas: _____ Alergias: _____
Hábitos Tóxicos: _____ Ostomías: _____
Medicación en domicilio: _____
_____
_____
_____
_____

VALORACIÓN ENFERMERA

DOMINIO 1: Promoción de la salud

- Cumplimiento del Régimen Terapéutico:
  Farmacológico [SI | NO] Ejercicio [SI | NO] Dieta [SI | NO] Revisiones [SI | NO]
  ☐ Déficit de conocimientos (F ☐;E ☐;D ☐;R ☐) ☐ Complejidad del régimen terapéutico (F ☐;E ☐;D ☐;R ☐)

Observaciones:

Diagnóstico Enfermero: Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

DOMINIO 2: Nutrición

- Tipo de dieta habitual: _____
- Intolerancias alimentarias [SI | NO] Especificar: _____
- Talla: _____ Peso: _____ IMC=[Peso(Kg)/Altura(m)²] Resultado: _____
  ☐ Bajopeso (↓ 20) ☐ Normopeso (20-25) ☐ Sobrepeso (25-30) ☐ Obesidad (↑30)
- Alteración del apetito [SI | NO] ☐ Aumentado ☐ Disminuido Desde: _____
  Lo atribuye a: _____
- Dificultad para masticar [SI | NO] Causa: _____
- Dieta prescrita: ☐ Absoluta ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral
  Tipo de sonda: _____ Fecha de colocación: [D | D | M | M]
- Dificultad para deglutir [SI | NO] ☐ Sólidos ☐ Líquidos Desde: _____
- Vómitos/Náuseas [SI | NO] Desde: _____
- Piel y mucosas: ☐ Hidratadas ☐ Secas ☐ Edemas

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Desequilibrio nutricional por exceso. Desequilibrio nutricional por defecto. Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso. Exceso de volumen de líquidos. Déficit de volumen de líquidos. Riesgo de déficit de volumen de líquidos.

DOMINIO 3: Eliminación

- Problemas al orinar [SI | NO]
  - ☐ Sensación de urgencia ☐ Disuria ☐ Polaquiuria ☐ Nicturia
- Incontinencia urinaria [SI | NO] ☐ Total ☐ Nocturna
- Incontinencia fecal [SI | NO]
- Hábito intestinal: _____ Cada ☐ días Utiliza laxantes [SI | NO] Especificar: _____

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Retención urinaria. Riesgo de retención urinaria. Incontinencia urinaria de urgencia. Diarrea. Estreñimiento.

DOMINIO 4: Actividad-reposo

- Se levanta descansado [SI | NO] ☐ Utiliza ayuda para dormir Especificar: _____

Autonomía para la vida diaria:	AUTONOMO	AYUDA PARCIAL	AYUDA TOTAL
Baño/higiene	☐	☐	☐
Vestido	☐	☐	☐
Uso del WC	☐	☐	☐
Alimentación	☐	☐	☐
Movilidad/deambulación	☐	☐	☐

☐ Paresias/plejias ☐ Amputaciones ☐ Prótesis ☐ Reposo/inmovilidad ☐ Pérdida funcional

- Dificultad respiratoria [SI | NO]
  - ☐ Disnea de esfuerzo ☐ Disnea de reposo ☐ Cianosis ☐ Precisa O_2 habitualmente

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Trastorno del patrón del sueño. Déficit de autocuidado (baño, vestido, uso del WC, alimentación). Deterioro de la movilidad física. Intolerancia a la actividad.

DOMINIO 5: Percepción-cognición

- Nivel de conciencia:
  - ☐ Alerta (hipervigilante) ☐ Consciente ☐ Estuporoso/a ☐ Coma
- Orientado/a [SI | NO] ☐ Persona ☐ Tiempo ☐ Espacio
- Contenido del pensamiento distorsionado (ideas delirantes) [SI | NO]
- Alteraciones de la memoria [SI | NO] ☐ Corto plazo ☐ Largo plazo
- Dificultad para comunicarse [SI | NO]

Hablar [SI | NO] ☐ Afasia ☐ Disartria ☐ Traqueostomía ☐ Otro idioma
Ver [SI | NO]
Oír [SI | NO]

Prótesis sensoriales (especificar tipo): _____

Dificultades para el aprendizaje (especificar): _____

Valorar el 4º día de estancia, en el turno de Mañana

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Riesgo de confusión aguda. Conocimientos deficientes. Deterioro de la comunicación verbal. Desatención unilateral. Trastornos de la percepción sensorial.

DOMINIO 6: Autopercepción

- Estado de ánimo/emocional al ingreso: ☐ Tranquilo ☐ Preocupado ☐ Ansioso ☐ Triste ☐ Apático ☐ Irritable
- Normalmente logra lo que se propone [SI | NO]
  - ☐ Se infravalora ☐ Normal ☐ Se supervalora
- Ha habido y/o se prevén cambios en su cuerpo [SI | NO] Especificar: _____

Valorar el 4º día de estancia, en el turno de Mañana

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Riesgo de baja autoestima situacional. Baja autoestima situacional. Trastorno de la imagen corporal.

DOMINIO 7: Rol-relaciones

- Con quién vive: _____
- Personas a su cargo: _____
- Situación laboral: _____
- Cuidador principal: _____

- Apoyo familiar
  - ☐ Bueno ☐ Relativo ☐ Rechazo ☐ No hay familia
- Conflicto en el funcionamiento y/o relaciones de la familia [SI | NO]
  - ☐ Cambio de roles familiares ☐ No aceptación de la enfermedad del paciente

Valoración del cuidador principal

- *Dificultad para el cuidado de la persona enferma* [SI | NO]
  - *Complejidad de los cuidados* [SI | NO]
  - *Problemas de salud del cuidador* [SI | NO] ☐ *Física* ☐ *Emocional*

Valorar el 4º día de estancia, en el turno de Mañana

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Riesgo de cansancio en el rol de cuidador. Cansancio en el rol de cuidador. Interrupción de los procesos familiares. CP.: Riesgo social (derivar al trabajador social).

DOMINIO 8: Sexualidad

- Toma anticonceptivos [SI | NO] Especificar: _____

- *¿Su enfermedad ha influido de alguna manera en su sexualidad?* [SI | NO]
- *¿Quiere recibir ayuda o información?* [SI | NO]

Valorar el 4º día de estancia, en el turno de Mañana

Observaciones:

Diagnóstico Enfermero: Patrón sexual inefectivo.

DOMINIO 9: Afrontamiento-tolerancia al estrés

- Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación [SI | NO]
  - ☐ Ansiedad (causa inespecífica) ☐ Temor (causa específica)
  - Lo atribuye a: _____

- *Se observan signos de preocupación en relación a pérdidas de salud* [SI | NO]
  - ☐ *Física* ☐ *Funcional* ☐ *Social*
- *Duelo* [SI | NO]
  - *Expresa sentimientos de:* ☐ *Negación* ☐ *Ira* ☐ *Depresión* ☐ *Pacto* ☐ *Aceptación*
  - *Lo atribuye a:* _____
- *Expresa y/o se observa falta de conductas adecuadas o recursos para afrontar su situación o sus consecuencias* [SI | NO]
  - *Lo atribuye a:* _____

Valorar el 4º día de estancia, en el turno de Mañana

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Ansiedad. Temor. Duelo anticipado. Afrontamiento ineficaz. Afrontamiento familiar comprometido.

DOMINIO 10: Principios vitales

- ¿Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviéramos en cuenta durante su hospitalización? [SI | NO]
  - Especificar: _____

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Sufrimiento espiritual. Conflicto en la toma de decisiones.

DOMINIO 11: Seguridad

- Procedimientos invasivos SI NO
  - ☐ Sonda Vesical Tipo: _____ Fecha de Colocación: D D M M
  - ☐ Vía Venosa ☐ Herida Quirúrgica ☐ Drenajes

ESCALA DE BRADEN-BERGSTRON

Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y peligro de lesiones
4 Sin limitación	4 Raramente	4 Deambula frec.	4 Sin limitaciones	4 Excelente	
3 Lig. limitada	3 Ocasionalmente	3 Deambula ocas.	3 Lig. Limitada	3 Adecuada	3 No hay problema
2 Muy limitada	2 A menudo	2 En silla	2 Muy limitada	2 Inadecuada	2 Probl. potencial
1 Compl. Limitada	1 Const. húmeda	1 En cama	1 Inmóvil	1 Muy pobre	1 Problema

TOTAL E.BRADEN: _____ **Reevaluación: >18 Sin riesgo-*Semanal* 16-18 Bajo-*C/4 días* <16 Alto/medio-*Diario***

FACTOR DE RIESGO

- **>18** No Riesgo ☐
- **16-18** Bajo ☐
- **<16** Alto/medio ☐

- Piel íntegra SI NO Especificar tipo/grado de lesión/úlcera: _____
- *Riesgo de Caídas SI NO
- *Riesgo de Aspiración SI NO
- Riesgo de alteraciones nerviosas o vasculares SI NO
  - ☐ Edemas ☐ Escayolas ☐ Tracciones ☐ Contenciones Mecánicas
- Incapacidad para eliminar las secreciones SI NO
  - ☐ Inmovilidad ☐ Tos ineficaz ☐ Aumento secreciones ☐ Dolor
- Riesgo de lesionarse o lesionar a otros SI NO
  - ☐ Historia de intentos previos ☐ Verbalización de intenciones

*Los factores relacionados de estos diagnósticos están explorados en otros dominios.

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Riesgo de infección. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Deterioro de la integridad cutánea. Riesgo de caídas. Riesgo de disfunción neurovascular periférica. Limpieza ineficaz de las vías aéreas. Riesgo de violencia autodirigida. Hipertermia. Hipotermia. Riesgo de suicidio. Deterioro de la mucosa oral.

DOMINIO 12: Confort

- Tiene dolor y/o malestar SI NO Puntúe la intensidad de su dolor de 1 a 10 (menos a más): _____
  - Localización del dolor: _____
  - Medidas que utiliza para paliarlo: _____
- *Náuseas SI NO
  - Las atribuye a: _____

*Los factores relacionados de estos diagnósticos están explorados en otro dominio.

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Dolor. Náuseas.

DOMINIO 13: Crecimiento-Desarrollo

No se están utilizando diagnósticos de este dominio.

- **¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?**
- **De todo lo dicho, ¿qué es para usted lo más importante?**

Datos recogidos de	Enfermera/o	Fecha	Firma

GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE AL INGRESO

ESTANCIA SUPERIOR A CINCO DÍAS

INTRODUCCIÓN

La Valoración es la etapa inicial del Proceso de Atención de Enfermería. Es la base de todas las siguientes y tiene como objetivo la recopilación exacta y completa de todos los datos necesarios para diagnosticar las necesidades de cuidado de la persona.

Dentro del proyecto de Implantación de Metodología Enfermera, el "Grupo Valoración" (compuesto por un enfermero experto de cada hospital) ha elaborado esta "Valoración Enfermera al ingreso del paciente" por el método de consenso.

Este instrumento ha sido pilotado en todos los hospitales de Asturias por 147 enfermeros en 845 pacientes. Se ha recogido, mediante encuesta, la opinión de estos profesionales en cuanto a la factibilidad de este modelo de Valoración, para lo que se ha evaluado:

- La claridad del formato
- La claridad del contenido
- El tiempo de cumplimentación

Y las ventajas que puede proporcionar el formato, para lo cual se ha valorado:

- Si facilita la visión integral del paciente
- Si facilita el Diagnóstico Enfermero
- Si recoge datos útiles para otros profesionales.

Del análisis de datos obtenidos se concluye que se ha diseñado una herramienta válida y ampliamente aceptada ya que los profesionales manifestaron que la consideran necesaria, que les facilita la visión global de paciente, que les facilita el diagnóstico de enfermería, que tienen capacidad para llevarla a cabo y que aporta valor añadido, ya que recoge datos útiles para otros profesionales.

Se ha revisado, de acuerdo con los resultados obtenidos, el documento inicial y se han introducido aquellas sugerencias de los enfermeros que no se oponen a los criterios que se determinaron para el diseño de la nueva herramienta de Valoración, que fueron los siguientes:

- Que contribuya al desarrollo profesional de la enfermería ayudando a los profesionales a tener una visión integral del paciente, contemplando todos los aspectos de salud, tanto físicos como psicológicos, socioculturales y espirituales, de manera que ponga en valor la contribución de los enfermeros a la mejora de la salud integral de las personas.
- Que facilite el Diagnóstico Enfermero, para lo cual se ha hecho un análisis de los D. E. que se están utilizando en Atención Especializada en Asturias y se han seleccionado los que con más frecuencia presentan los pacientes al ingreso así como los que suelen presentar durante el mismo, se han analizado los síntomas y signos (Características Definitorias) de cada uno de ellos y las causas más frecuentes (Factores Relacionados) y se han diseñado las preguntas que los identifican.
- Que no recoja menos información que la hoja actual de cada centro, para ello se han analizado las que se están utilizando en los distintos Hospitales* y se ha determinado los aspectos relacionados con la salud que se vienen recogiendo en ellas. Estos puntos se hacen constar en la nueva Hoja de Valoración.
- Que se ajuste a las normas exigidas por "Joint Comission International" para la acreditación de calidad de la historia clínica, proceso que se está llevando a cabo en algunos Hospitales.

Incluye las siguientes escalas validadas:

- Escala de Braden Bergstrom (Valoración del riesgo de UPP), recomendada por el "Protocolo para la detección y prevención de úlceras por presión de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Principado de Asturias"
- Escala EVA (Visual analógica graduada numéricamente para Valoración de la intensidad del dolor), recomendada en el "PCAI Dolor Crónico Musculoesquelético"
- Se exploran también, en los distintos Dominios, todos los puntos de la escala St. Thomas Hospital modificada. (Valoración de riesgo de caídas)
- En el registro electrónico se dispone además de la escala de Barthel (Valoración de Actividades básicas de la vida diaria)

En el Anexo de esta guía se adjuntan estas escalas.

- Que explore el riesgo de suicidio, conforme a la recomendación de Psiquiatría de Enlace.
- Que identifique el riesgo social, para su posible derivación a la trabajadora social, intervención que habitualmente vienen haciendo los enfermeros.
- Que el registro, en formato papel, no exceda de dos folios.

(*) De todos los Hospitales que aportaron la información en su momento.

GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO

Han de cumplimentarse **todos los valores** del registro puesto que **la información que recoge es la mínima necesaria para dar un cuidado integral de calidad.** Si no se puede recoger alguno de los datos se justificará en las observaciones del Dominio correspondiente.

La estructura general del registro es la siguiente:

- Se trata de un de un registro semiestructurado con puntos cerrados y abiertos de forma que su cumplimentación resulte ágil y clara.
- Recoge datos administrativos, datos referentes al ingreso actual y aquellos antecedentes de salud que pueden ser de interés para los enfermeros y, aunque consten ya en otras partes de la historia, parece conveniente que figuren en este registro.
- Recoge datos de la salud del paciente, tanto objetivos como subjetivos, orientados al diagnóstico de las necesidades de cuidados.
- La organización de los datos se hace con enfoque enfermero, en base a los Dominios de la Taxonomía NANDA II, puesto que resulta más útil para llegar a Diagnóstico que la estructura de Necesidades Básicas de V. Henderson o la de Patrones Funcionales de M. Gordon (en la que se basa).
- Dentro de cada Dominio hay puntos que suelen hacer referencia a la presencia de un signo o síntoma (Característica Definitoria) de cada Diagnóstico de Enfermería explorado, seguido de los posibles factores relacionados más habituales.

  En formato papel en el primer caso el punto va seguido de las casillas [SI | NO] y se debe señalar con una X la casilla que corresponda y en caso que se detecte una alteración se señalará con una X la casilla ☐ del punto que se relacione.

  Ejemplo:

  Dificultad para la deglución: [~~SI~~ | NO] Sólidos ☒ Líquidos ☐

  En caso de que exista dificultad, se señalará si es a sólidos o a líquidos.

- En la parte inferior de cada Dominio se cuenta con un espacio para anotar observaciones.

  En formato papel, a continuación de este espacio figura otro campo en el que constan los Diagnósticos Enfermeros del Dominio y que se han identificado como comunes para todos los Hospitales. Con letra negrita figuran los que se exploran en la Hoja de Valoración y en texto normal aquellos que no se exploran, dado que no los presentan la mayoría de pacientes que ingresan en nuestros centros pero que deben ser tenidos en cuenta, como por ejemplo "Deterioro de la mucosa oral", o "Conflicto en la toma de decisiones". El enfermero elegirá aquéllos que, según su juicio clínico, presenta su paciente.

En formato informatizado, el programa ofrecerá al terminar la Valoración una serie de diagnósticos que se derivan de ella y el enfermero tendrá que seleccionar aquéllos que, según su juicio clínico, presenta su paciente.

- La Valoración debe hacerse en las primeras 24 horas del ingreso. Sin embargo, algunos aspectos, como por ejemplo las relaciones familiares, sólo se pueden valorar cuando exista una relación de confianza entre el enfermero y el paciente. En estos casos el juicio diagnóstico estará basado en la observación de manifestaciones verbales y no verbales del paciente y las preguntas concretas que hará el enfermero se adaptarán a las distintas situaciones que surjan con cada persona, no pudiendo estandarizarse.

  En formato papel estos campos figuran sombreados en azul y se valorarán al cuarto día de estancia del paciente, en turno de mañana, anotándose en la planificación de cuidados esta actividad: "Completar Valoración Enfermera el día XX, en turno de mañana".

  Si después del día planificado sigue habiendo circunstancias que aconsejen aplazar la valoración de estos puntos, se registrará una nueva fecha explicando en *Observaciones de Enfermería* el criterio que aconseja esta decisión.

  En formato informatizado se ha dividido el formulario en dos partes. Estos campos figuran en la segunda parte.

  Para garantizar su cumplimentación se planificará la intervención "Documentación" (Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica) para que aparezca en la agenda de cuidados en el cuarto día de ingreso y permanecerá en el plan de cuidados hasta que se efectúe esta parte de la Valoración.

  Si no pueden recogerse estos datos se comentará en *Observaciones de Enfermería* la situación de paciente que impide cumplimentarla

  Es imprescindible que estos valores se cumplimenten, puesto que son los que dan más valor añadido a la Valoración Enfermera.

  También, en formato papel, figuran puntos enmarcados con un recuadro ☐. Estos datos, no se valoran con preguntas concretas pero deben de considerarse en el momento de hacer la Valoración inicial (Ejemplo Dominio 9)

- Finaliza recogiendo la opinión del paciente sobre lo que para él es más importante e identificando a la persona de la que se recogen los datos (paciente, esposa, hijo...), el nombre y apellidos del enfermero que la cumplimenta, la fecha y la firma.

CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE VALORACIÓN AL INGRESO DEL PACIENTE

La recogida de datos para la Valoración del paciente se hará mediante los siguientes métodos:

- Entrevista
- Exploración física
- Observación
- Escalas y cuestionarios

Este formato estandarizado no se trata de una encuesta a cubrir o un impreso a rellenar, pretende ser una guía que ayude al enfermero en la recogida de aquellos datos más significativos de los problemas de salud de la persona para detectar sus necesidades de cuidados y así facilitar el Diagnóstico Enfermero.

La técnica de entrevista es imprescindible para recoger datos sobre la salud del paciente. La fuente de éstos puede ser la propia persona, su familia o personas de su entorno.

La entrevista debe efectuarse en un ambiente lo más relajado e íntimo posible, para lo que debe pedirse a los compañeros de habitación y familiares que salgan de la estancia (si es posible) mientras la realizamos. El paciente puede estar acompañado de un familiar, preferentemente el cuidador principal, si se cree conveniente o él lo prefiere.

Hay que tener en cuenta que de cómo se desarrolle este primer contacto va a depender en gran medida la relación terapéutica que se establezca con la persona; por lo que debe procurarse una acogida cálida; se utilizará un lenguaje ni demasiado técnico ni demasiado coloquial, las preguntas deben realizarse dando tiempo a contestar, sin añadir comentarios y sin dirigir las respuestas.

Se considerará tanto las respuestas verbales como las no verbales del paciente y la coherencia entre ambas.

Al comenzar, se llamará al paciente por su nombre, se le informará del objetivo de la entrevista, nos presentaremos e informaremos que puede dejar de contestar a las preguntas que él decida.

El registro consta de los siguientes apartados:

Datos administrativos: Se consignarán, si es posible, dos teléfonos (1 el que la familia elija para ser localizada, 2 el del domicilio del paciente). Se confirmará con una X en la casilla correspondiente que tiene colocada la pulsera de identificación, que se ha entregado la documentación escrita pertinente (en aquellos centros que así lo tienen establecido) y que se le ha informado del funcionamiento de la unidad.

Se registrarán, también, los efectos personales entregados en custodia al Hospital y/o a su responsable directo (trabajador social, seguridad, enfermero...)

Ingreso actual: En *"Motivo"* se hará constar la razón por la que el paciente dice que acudió al Hospital (dolor, fiebre, accidente, para operarse...); en *"Diagnóstico médico"* se registrará el que se le hace al paciente al ingreso; en cuanto a la *"Procedencia"* se reflejará de dónde viene: domicilio, urgencias, otra unidad, otro hospital etc.; y las "*Constantes vitales"* serán las que se tomen al paciente una vez acomodado en su habitación, si no hay signos o síntomas que hagan aconsejable tomárselas en el momento del ingreso.

Antecedentes de salud: Se reseñarán las enfermedades anteriores crónicas o agudas y las intervenciones quirúrgicas más importantes. En el punto *"Caídas previas"*, se constatará el número de caídas sufridas en los últimos 12 meses. Los *"Hábitos tóxicos"* se refieren al consumo de tabaco, alcohol o drogas. Se reflejará el tipo de *"Alergia"* que manifieste el paciente o conste en cualquier documento. Si es portador de alguna ostomía se registrará el tipo. La *"Medicación en el domicilio"* se refiere al tratamiento médico que viene realizando y su pauta de administración.

Si el paciente no conoce alergias se escribirá "No conocidas al ingreso" o si no ha sufrido caídas en el último año o no tiene ninguna ostomía o bien no está tomando ningún tratamiento médico, se hará constar "NO" para asegurar que el punto ha sido valorado.

VALORACIÓN ENFERMERA

Dominio 1: Promoción de la salud. Se valora cómo cuida su salud la persona.

Si el paciente tiene algún tipo de régimen terapéutico (farmacológico, ejercicio, dieta o revisiones médicas o de enfermería) se señalará su cumplimento marcando con una X la casilla correspondiente de la opción SI NO

En caso de que no tenga prescrito, por ejemplo, dieta y ejercicio, se hará constar en observaciones "Sólo tratamiento farmacológico y revisiones".

Se especificará después la causa del incumplimiento (Déficit de Conocimientos o Complejidad del Régimen Terapéutico).señalando con una X a que tipo de tratamiento nos estamos refiriendo F☐, E☐, D☐, R☐ (Farmacológico, Ejercicio, Dieta, Revisiones)

Dominio 2: Nutrición. Se valora si la ingestión de nutrientes es adecuada para la persona y los problemas que puede tener ésta para realizar esta función.

En *"Tipo de dieta habitual"* se hará constar si ésta es normal (la que es completa en cuanto a nutrientes y cocinada sin particularidades) o si existen restricciones dietéticas (sin sal, 1800 calorías, 60 gr. de proteínas,...). Se especificará también la textura (blanda, turmix, con espesantes...); si no se hace se entiende que es normal. También se reseñarán las preferencias del paciente.

Ejemplo: Turmix 1800 cal. no toma pescados, o vegetariana, o sin carne de cerdo.

Los criterios "*bajo peso, normo peso, sobre peso y obesidad*" se deducirán del IMC, cuya fórmula es: [Peso (kg)] / [altura (m)]^2. Se dispondrá en las unidades de tablas para calcularlo y clasificarlo en los conceptos mencionados.

En *"Dieta prescrita"* debe recogerse la que se le ha de administrar en el hospital.

Si el paciente tiene suplementos nutricionales, han de especificarse en observaciones

De la presencia de *"Vómitos/náuseas"* debe valorarse su repercusión sobre la nutrición.

El estado de hidratación de la piel y las mucosas son datos que valoran las adecuadas captación y absorción de líquidos.

Dominio 3: Eliminación. Se valoran los problemas de la persona en relación a la excreción de los productos de desecho del sistema urinario y gastrointestinal, así como su patrón de eliminación.

Se determinará qué tipo de problema tiene el paciente y se señalará la causa. Si no tiene ninguno se marcará **NO** con una **X** en la casilla correspondiente.

"El hábito intestinal" se refiere al que mantiene la persona en su domicilio.

Dominio 4: Actividad/reposo. Se valoran las dificultades que puede tener la persona para realizar actividades que impliquen movimiento y consumo de energía (moverse, autocuidado, mecanismos cardiovasculares que apoyen la actividad/reposo, ocio) así como la percepción de la calidad y cantidad del sueño.

En el punto *"Se levanta descansado"* se reseñará la sensación del paciente. Respecto a las ayudas que utiliza para dormir se reseñaran tanto las farmacológicas como las no farmacológicas.

En *"Autonomía para la vida diaria"* se dejará constancia del grado de dependencia del paciente, **en el momento del ingreso** y se señalará con una **X** la causa en las casillas correspondientes.

Dominio 5: Percepción/cognición. Se valora cómo procesa la persona la información (atención, orientación, cognición, comunicación)

"Nivel de conciencia": El punto *hipervigilante* se señalará cuando la persona tenga la sensación subjetiva de "claridad mental", que no necesariamente implica mayor rendimiento o mejora real de la atención. Se acompaña de un incremento de la actividad motora y/o verbal.

"Contenido del pensamiento distorsionado (ideas delirantes)", se puede obtener información de tres modos:

- La persona lo verbaliza. Por ejemplo si piensa que le quieren matar puede comentar: "Me paso toda la noche en vigilia, no vaya a ser que me pillen en un renuncio".
- A través de la observación de los comportamientos del paciente: Puede manifestar comportamientos defensivos o violentos (por ejemplo cuando la persona se siente atacada), ritualista (en caso de obedecer a órdenes internas), de desconfianza (en caso de sentir persecución o celos)...
- Preguntando si hay alguna idea que últimamente le ronde la cabeza o le preocupe especialmente, o si se siente especial o diferente del resto de la gente, y si es así por qué motivo

Las ideas delirantes más usuales son: Depresivas (hipocondría, culpa), de perjuicio (le vigilan le están persiguiendo), mística (es elegido de Dios, tienen una misión especial para la humanidad; está poseído), de grandeza (es una persona influyente), celotipia (de celos, su pareja le engaña), erótica (alguien muy importante está enamorado de él)...

No deben confundirse los delirios (contenido del pensamiento) con trastornos de la percepción o alucinaciones (toma de conocimiento de los datos sensoriales de nuestro mundo. No se originan en el ambiente sino en el cerebro del propio individuo). Las más frecuentes son las auditivas, pero también pueden ser visuales, olfativas, gustativas, táctiles o cenestésicas.

En el espacio "*Especificar*" se consignará, en caso de que **SI** se detecte distorsión del contenido del pensamiento/ideas delirantes, cuáles son los signos que presenta la persona. Si es una verbalización debe recogerse lo que dice textualmente, escribiéndolo entrecomillado: "no hable tan alto, nos están escuchando"

En "Dificultades para el aprendizaje", si existiesen, se especificará lo más concretamente posible en qué consisten (retraso mental, entiende conceptos sencillos, le impide asumir su autocuidado...)

Dominio 6: Autopercepción. Se valora el concepto que tiene la persona de sí misma (cómo se ve) explorando su estado de ánimo, su autoestima y los problemas que pueden presentarse en relación a cambios en la imagen corporal.

El "*Estado de ánimo/emocional*" se refiere al que la persona manifiesta ahora, en el momento del ingreso, por lo que va enmarcado [ ]. Se hará constar el que dice que tiene y no el que observa el enfermero. Si no coinciden se anotará en Observaciones.

Para recoger este dato pueden ofrecerse al paciente los valores que constan en el registro para que él mismo determine cuales son los que mejor definen su estado de ánimo en ese momento. Hay que tener en cuenta que puede señalar más de uno.

Ejemplo: "Respecto a su estado de ánimo en este momento usted diría que esta tranquilo, triste, preocupado, ansioso...". El paciente puede decir que está triste y preocupado

En el apartado *"Ha habido o se prevén cambios en su cuerpo"* se deben señalar aquellos que constituyen problema para el paciente o los que puedan surgir por intervenciones quirúrgicas, tratamientos (mastectomía, colostomía, pérdida de cabello por quimioterapia,...) de los que el paciente puede estar informado o no, por lo que este punto puede ser valorado al ingreso o al cuarto día.

Dominio 7: Rol-relaciones. Se valora el papel que tiene la persona dentro de su estructura familiar y los problemas que pueden surgir con relación a la enfermedad.

Si el paciente está institucionalizado se hará constar en el punto "con quién vive"

En el punto "Cuidador principal" se anotará el nombre de éste y el parentesco con el paciente.

En *"Valoración cuidador principal"* se reseñarán las dificultades de éste para el cuidado del paciente y la necesidad de ayuda de la trabajadora social.

Así mismo se pedirá la colaboración de ésta cuando el paciente no tenga quién le cuide al alta, o si las personas que dependen de él necesitan ayuda durante el ingreso.

En los Diagnósticos Enfermeros asociados a este dominio se hace referencia a la Complicación Potencial *Riesgo Social* para identificar estas situaciones o cualquier otra en la que se precise la intervención del trabajador social.

Dominio 8. Sexualidad. Se valora cómo afecta a la persona en este campo la enfermedad crónica, la cirugía o ciertos tratamientos.

Si el paciente manifiesta que quiere recibir ayuda en este campo, se anotará la respuesta en el apartado "Observaciones" de este Dominio, así como las preocupaciones o inquietudes que manifieste respecto a este tema y se generará la intervención oportuna en el plan de cuidados.

Dominio 9: Afrontamiento-tolerancia al estrés. Se valora la forma en que la persona hace frente a su situación de salud.

"Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación", se valorará en el momento del ingreso aunque como cualquier otra situación, pueden variar durante el mismo.

Este dominio está íntimamente relacionado con el 6, puesto que la forma en que cada persona afronta los acontecimientos tiene que ver con el concepto que tiene de sí misma, de este modo los problemas aquí detectados pueden ser causa de los recogidos en el dominio 6 y viceversa.

Dominio 10: Principios vitales. Se valoran aquellas creencias que tienen un valor intrínseco para la persona.

Dominio 11. Seguridad. Se valoran aquellas situaciones o circunstancias que pueden ser causa de la pérdida de la seguridad física, lesión o trastorno de la protección del sistema inmunitario.

En los puntos que se valora el "Riesgo" (riesgo de caídas, riesgo de lesionar a otros...) cuando se responde NO, se entiende que en el momento de la valoración no se recogen datos en este sentido, no que el riesgo no exista.

Los puntos que se han considerado para determinar el riesgo de caídas, son los contenidos en la escala de St. Thomas modificada, que se exploran en distintas partes de la valoración como a continuación se detalla.

ESCALA PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

1 ¿Tiene historia de caídas previas o ha ingresado por una caída?

(Antecedentes de salud).

2 ¿Está agitado, confuso, desorientado?

(Dominio 5: Percepción-cognición).

3 ¿Oye o ve mal?

(Dominio 5. Percepción-cognición).

4 ¿Necesita acudir con frecuencia al aseo, o es incontinente?

(Dominio 3: Eliminación)

5 ¿Tiene dificultades para caminar y/o incorporarse?

(Dominio 4: Actividad, reposo).

En "Riesgo de lesionarse o lesionar a otros", si existen intentos previos o verbalización de intenciones y/o en el Dominio 6 se observan problemas de autoestima, se pueden hacer preguntas como *¿Cuál cree usted que es la solución a sus problemas*?

Dominio 12: Confort. Se valoran las causas que impiden con más frecuencia la sensación de bienestar físico.

Se dispondrá de la escala EVA para la valoración del dolor.

Dominio 13: Crecimiento-desarrollo. No se están utilizando Diagnósticos relacionados con este dominio; se valorarían los aspectos y circunstancias que puedan influir en el aumento de las dimensiones físicas, maduración de los sistemas orgánicos y logro de las tareas de desarrollo acorde con la edad.

Como resumen final de la Valoración Enfermera se termina con las preguntas *"¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?"* y *"De todo lo dicho ¿qué es para usted lo más importante?".* A continuación, el enfermero se despedirá del paciente quedando a su disposición.

CAMPOS OBLIGATORIOS DE LA VALORACIÓN ENFERMERA AL INGRESO

La elaboración del "Registro de Valoración del Paciente al Ingreso" se decidió hacer de forma que incluyese únicamente los **criterios de valoración mínimos para garantizar un cuidado de calidad**. Es evidente por tanto que para cumplir con éste estándar de calidad ha de **cumplimentarse el registro completo**.

En la práctica, sin embargo, puede resultar imposible conocer los valores de ciertos campos dentro del periodo a tal efecto establecido (primeras 24 horas de ingreso o cuarto día del mismo). Surge por tanto la necesidad de determinar unos "campos obligatorios". La cumplimentación de estos campos, aunque insuficiente para dar el cuidado de calidad del que antes hablábamos, permite al enfermero hacer una primera valoración operativa de las necesidades del paciente y desarrollar su trabajo con eficacia. Lógicamente se entiende que el resto de los campos se cumplimentará tan pronto como sea posible.

En un principio, se habían propuesto como criterios para determinar que campos serían "campos obligatorios" los siguientes:

1. La visión general, si no integral, de las necesidades de cuidado del paciente. Pretendiendo incluir al menos un campo de cada Dominio contemplado en el registro que se esté manejando.
2. La seguridad del paciente. Incluyendo como "campos obligatorios" todos aquellos que determinan las necesidades relativas a este ámbito.
3. La estandarización de la calidad. Satisfaciendo los requisitos para la acreditación de la *Joint Comission International*.
4. Cobertura de otra información indispensable para prestar cuidado.

Así pues los puntos que se han determinado como obligatorios son los siguientes:

VALORACIÓN EN LAS PRIMERAS 24 HORAS

Dominio 1:

- Cumplimiento del régimen terapéutico (Criterio 1)

Dominio 2:

- Intolerancias alimentarias (Criterio 2)
- Dificultad para masticar (Criterio 2, 3)
- Dificultad para deglutir (Criterio 2,3)
- Vómitos y nauseas (Criterio 4)
- Piel y mucosas – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2)

Se ha discutido el incluir el punto "Alteración del apetito e IMC" como criterios para valorar el riesgo nutricional, pero en la práctica hay muchos pacientes a los que no se puede pesar ni tallar.

Dominio 3:

- Incontinencia urinaria – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2)
- Incontinencia fecal – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2)

Dominio 4:

- Escala de Barthel. En el formato papel corresponde al cuadro "Autonomía para la vida diaria" (Criterio 4)
- Paresias/plejias – factor de riesgo para el Riesgo de caídas- (Criterio 2,3)
- Amputaciones – factor de riesgo para el Riesgo de caídas- (Criterio 2,3)
- Prótesis – factor de riesgo para el Riesgo de caídas- (Criterio 2,3)
- Dificultad respiratoria (Criterio 4)

Dominio 5:

- Nivel de conciencia (Criterio 4)
- Orientado (Criterio 4)
- Dificultad para comunicarse (Criterio 4)

Dominio 10:

- Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviésemos en cuenta durante su hospitalización (Criterio 4)

Dominio 11:

- Sonda vesical – factor de riesgo para el Riesgo de infección - (Criterio 2,3)
- Vía venosa – factor de riesgo para el Riesgo de infección - (Criterio 2,3)
- Escala de Braden – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2,3)
- Piel íntegra – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2,3)
- Riesgo de caídas (Criterio 2, 3)
- Riesgo de aspiración (Criterio 2,3)
- Incapacidad para eliminar las secreciones (Criterio 3)

Dominio 12:

- Tiene dolor y/o malestar (Criterio 3)

VALORACIÓN AL CUARTO DÍA

Entendemos que todos los puntos han de ser obligatorios.

En la versión electrónica existirá la opción *"no es posible valorarlo"* de modo que se pueda recoger también aquellas situaciones en las que ésta es la única respuesta posible, anotando el motivo en las observaciones del Dominio.

En el formato en papel se anotará, cuando proceda, el comentario *"no es posible valorarlo"* en las observaciones del Dominio correspondiente, así como la causa de esta imposibilidad.

Dominio 5

- Dificultad para el aprendizaje (Criterio 4)

Dominio 6

- Normalmente logra lo que se propone (Criterio 3)
- Ha habido o se prevén cambios en el cuerpo (Criterio 3)

Dominio 7

- Apoyo familiar (Criterio 3)
- Valoración del cuidador principal (Criterio 3)

Dominio 8

- ¿Su enfermedad ha influido de alguna manera en su sexualidad? (Criterio 3)
- ¿Quiere recibir asesoramiento o información? (Criterio 3)

Dominio 9

- Se observan signos de preocupación en relación a perdidas de salud (Criterio 3)
- Duelo (Criterio 3)
- Expresa y/o se observa falta de conductas adecuadas o recursos para afrontar su situación o sus consecuencias (Criterio 4)

COMENTARIOS

Como se puede deducir de los campos que se han establecido como "campos obligatorios", la exploración de las necesidades de cuidados del paciente respecto a seguridad, se garantiza en las primeras 24 horas.

"Para nosotras que cuidamos, nuestros cuidados suponen que si no progresamos cada año, cada mes, cada semana, estamos retrocediendo.

Ningún sistema que no avance puede perdurar"

Florence Nightingale

Anexo:

Escalas para la valoración

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (Escala de Braden)
- Dolor (Escala Visual Analógica del dolor)
- Riesgo de caídas (St. Thomas modificada)
- Actividades básicas de la vida diaria (Barthel)

ESCALA BRADEN-BERGSTROM

Valoración del riesgo de UPP

Indicación: Valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea por la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP).

Administración: Consta de 6 ítems. Heteroadministrado. Cada ítem se puntúa de 1(menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem "fricción y rozamiento" que se puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23.

Interpretación:

Riesgo Alto:	puntuación <13
Riesgo Moderado:	puntuación entre 13 y 14
Riesgo Bajo:	si <75 años, puntuación 15 -16
	si >75 años, puntuación 15 -18

Propiedades psicométricas: Fiabilidad test-retest: 0,88 (Bernal, 2001). Esta escala ha sido validada en numerosos estudios con una sensibilidad que oscila entre el 27% y el 100%; una especificidad con valores entre 26% y 92%; un Valor Predictivo Positivo con valores entre 8,1% y 77% y Valor Predictivo Negativo con valores entre el 71% y el 100%. (Moreno Pina, 2006).

Reevaluación (según el Protocolo para la detección y prevención de las úlceras por presión de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias):

Puntuación de la escala Braden	Riesgo	Periodicidad
<16	Alto/medio	Diaria
16-18	Bajo	Cada 4 días
>18	Sin Riesgo	Semanal
Se procederá a una reevaluación del riesgo, siempre que se detecten cambios relevantes en la situación basal del paciente o lo aconseje el juicio de los profesionales encargados de su cuidado		

ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM

Puntuación	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar adecuadamente ante una molestia relacionada con la presión	**Completamente limitada** Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose), o capacidad limitada para sentir dolor en la mayor parte del cuerpo	**Muy limitada** Reacciona sólo a estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto por quejidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad para percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo	**Ligeramente limitada** Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o que le cambien de posición, o presenta alguna dificultad sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades	**Sin limitaciones** Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o malestar
HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	**Constantemente húmeda** La piel se encuentra expuesta a la humedad por sudoración, orina etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	**A menudo húmeda** La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de la cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno	**Ocasionalmente húmeda** La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día	**Raramente húmeda** La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para cambios de rutina
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	**Encamado** Paciente constantemente encamado	**En silla** Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas	**Deambula ocasionalmente** Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla de ruedas	**Deambula frecuentemente** Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo
NUTRICIÓN Patrón habitual de ingesta de alimentos	**Muy pobre** Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios con aporte protéico (carne, pescado o productos lácteos). Toma poco líquido. No toma Suplementos dietéticos líquidos, o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días	**Probablemente inadecuada** Rara vez come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica	**Adecuada** Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne, pescado o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida o tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales	**Excelente** Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios al día de proteínas (carne, pescado o productos lácteos). Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos

ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM				
Puntuación	1	2	3	4
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	**Problema** Requiere de moderada a máxima asistencia en los movimientos. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen roce casi constante	**Problema potencial** Movilidad autónoma con dificultad o requiere una asistencia mínima. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo	**No existe problema aparente** Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o la silla	
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	**Completamente inmóvil** No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia	**Muy limitada** Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar de forma independiente, cambios frecuentes y significativos	**Ligeramente limitada** Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente	**Sin limitaciones** Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia

Bibliografía: *Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, (2006)
Protocolo para la detección y prevención de las úlceras por presión. Oviedo. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias, (2008)

ESCALA VISUAL ANALÓGICA GRADUADA NUMÉRICAMENTE PARA LA VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

Indicación: Valoración de la intensidad del dolor. El dolor es siempre subjetivo. La escala analógica visual permite una determinación consistente en esa subjetividad, pero no comparar las subjetividades de distintas personas. Fue desarrollada por Hiskisson en 1974.

Administración: Autoadministrada – heteroadministrada. La escala visual analógica es una línea de 100 mm. que mide la intensidad del dolor. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor mientras que su extremo derecho representa el peor dolor imaginable. La escala de graduación numérica de intensidad de dolor (NRS) añade una graduación numérica donde 1 es el valor no dolor y 10 es el peor dolor imaginable.

Interpretación: Permite comparar las puntuaciones del dolor en el mismo sujeto en diferentes secuencias temporales.

Propiedades psicométricas Fiabilidad test-restest r= 0,947, CCI = 0,97. Ha mostrado buena sensibilidad al cambio en dolor postoperatorio (Lázaro, 2003) y en pacientes tratados con TENS (Paice, 1997)

ESCALA VISUAL ANALÓGICA GRADUADA NUMÉRICAMENTE PARA LA VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR (EVA)

Este cuestionario es muy simple. Se refiere a la intensidad del dolor que está usted padeciendo hoy. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor, es decir, aquella situación en la que no le duele absolutamente nada. El extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. Debe indicar la intensidad del dolor que está padeciendo hoy realizando una marca en la línea.

No dolor — Insoportable

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006

ESCALA PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

Según revisión sistemática del Instituto Joanna Briggs sobre escalas para la evaluación del riesgo de caídas, no existe ninguna que identifique a los pacientes que **no** tienen riesgo de caerse. (Joanna Briggs Best practice 1998;2(2):1-6).

Se ha hecho una búsqueda bibliográfica sobre escalas que midan el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados y no se ha encontrado una que ayude a identificar claramente a los pacientes con alto riesgo de caídas, por lo que no se ha llegado a una conclusión que permita recomendar una determinada escala.

Se presenta la escala St. Thomas o Stratify, por ser la utilizada en alguno de los hospitales del SESPA.

Propiedades psicométricas: Según los creadores de dicha escala, un resultado final de dos o más puntos tiene una sensibilidad del 93% y una especificidad del 88% en su aplicación en el hospital de estudio.

ESCALA ST. THOMAS MODIFICADA (STRATIFY)

ESCALA PARA LA VALORACIÓN RIESGO DE CAÍDAS	SI	NO
1 ¿Tiene historia de caídas previas o ha ingresado por una caída?		
2 ¿Está agitado, confuso, desorientado?		
3 ¿Oye o ve mal?		
4 ¿Necesita acudir con frecuencia al aseo, o es incontinente?		
5 ¿Tiene dificultades para caminar y/o incorporarse?		

Bibliografía: *Protocolo para la prevención de caídas en el medio hospitalario.* 2003; III (12)
Hospital Virgen de la Concha. Zamora

ÍNDICE DE BARTHEL

Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria

Indicación: Valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Administración: Las preguntas se realizan agrupando las actividades en tres grupos. Primero las actividades de movilidad: ¿es capaz de subir escaleras, caminar de forma independiente y trasladarse de la silla a la cama sin ayuda?, ¿se le escapa la orina o las heces?, ¿se baña, viste, asea, va al retrete o come sin ayuda? Si en alguna actividad contesta que es incapaz entonces se profundiza sobre ella. Posteriormente se calcula los puntos que no realiza y se resta de 100.

Interpretación:

Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas)

Dependencia Total: <20 Dependiente Grave: 20 – 35

Dependiente Moderado: 40 - 55 Dependiente Leve: >60

Reevaluación: Valoración con carácter anual o cuando las condiciones del paciente cambien.

Propiedades psicométricas: Validado en español. Fiabilidad interobservador: 0,84 – 0.97;
Consistencia interna: 0.86 – 0.92.

ESCALA DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		Ptos
Lavarse Baño	• Independiente. Entra y sale solo al baño	5
	• Dependiente	0
Arreglarse Aseo	• Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	5
	• Dependiente	0
Vestirse	• Independiente. Se pone y quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona.	10
	• Necesita ayuda	5
	• Dependiente	0
Comer	• Totalmente independiente	10
	• Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	5
	• Dependiente	0
Usar el retrete	• Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	• Necesita yuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	• Dependiente	0
Trasladarse	• Independiente para ir del sillón a la cama	15
	• Mínima ayuda física o supervisión	10
	• Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	• Dependiente	0
Deambular	• Independiente, camina solo 50 m.	15
	• Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
	• Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	• Dependiente	0
Escalones	• Independiente para subir y bajar escaleras	10
	• Necesita ayuda física o supervisión	5
	• Dependiente	0
Micción	• Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	• Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máx., o precisa ayuda para la sonda	5
	• Incontinente	0
Deposiciones	• Continente	10
	• Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavativas	5
	• Incontinente	0
	TOTAL	

Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006

VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE AL INGRESO

Registro y Guía de cumplimentación para la valoración del paciente adulto que ingresa con una estancia prevista de más de un día y menos de tres

Abril 2009

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Nº Historia _____	Cama _____
Primer Apellido _____	
Segundo Apellido _____	
Nombre _____	
Servicio _____	
Edad _____	Fecha de ingreso _____

DATOS ADMINISTRATIVOS

Teléfono 1: _____ Centro de Salud: _____

Teléfono 2: _____ Comprobada Pulsera Identificativa ☐ Documentación al Ingreso ☐

Información sobre Funcionamiento de la Unidad ☐ Efectos personales entregados a _____

INGRESO ACTUAL

Motivo: _____ Procedencia: _____

Diagnóstico Médico: _____ Prótesis: _____

Constantes Vitales: F.C.: _____ F.R.: _____ T.A.: _____ Tª.: _____

ANTECEDENTES DE SALUD

Enfermedades Previas: _____

Intervenciones Quirúrgicas Previas: _____

Caídas Previas: _____ Alergias: _____

Hábitos Tóxicos: _____ Ostomías: _____

Medicación en domicilio: _____

_____

_____

_____

_____

VALORACIÓN ENFERMERA
CORTA ESTANCIA – 24 a 72 h.

DOMINIO 2: Nutrición

- Tipo de dieta habitual: _____
- Intolerancias alimentarias SI NO Especificar: _____
- Talla: _____ Peso: _____ IMG=[Peso(Kg)/Altura(m)²] Resultado: _____
  ☐ Bajopeso (↓ 20) ☐ Normopeso (20-25) ☐ Sobrepeso (25-30) ☐ Obesidad (↑ 30)
- Dificultad para masticar SI NO Causa: _____
- Dificultad para deglutir SI NO ☐ Sólidos ☐ Líquidos Desde: _____
- Vómitos/Náuseas SI NO Desde: _____

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Desequilibrio nutricional por defecto, desequilibrio nutricional por exceso y Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso. Deterioro de la deglución.

DOMINIO 3: Eliminación

- Problemas al orinar [SI | NO]
  - ☐ Sensación de urgencia ☐ Disuria ☐ Polaquiuria ☐ Nicturia
- Incontinencia urinaria [SI | NO] ☐ Total ☐ Nocturna
- Incontinencia fecal [SI | NO]
- Hábito intestinal: _____ Cada ☐ días Utiliza laxantes [SI | NO] Especificar: _____

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Retención urinaria. **Riesgo de retención urinaria. Riesgo de estreñimiento.**

DOMINIO 4: Actividad-reposo

Autonomía para la vida diaria:	AUTONOMO	AYUDA PARCIAL	AYUDA TOTAL
Baño/higiene	☐	☐	☐
Vestido	☐	☐	☐
Uso del WC	☐	☐	☐
Alimentación	☐	☐	☐
Movilidad/deambulación	☐	☐	☐

- Utiliza ayuda para dormir [SI | NO] Especificar: _____

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Déficit de autocuidado (baño, vestido, uso del WC, alimentación).

DOMINIO 5: Percepción-cognición

- Orientado/a [SI | NO] ☐ Persona ☐ Tiempo ☐ Espacio
- Dificultad para comunicarse [SI | NO]

Hablar [SI | NO] ☐ Afasia ☐ Disartria ☐ Traqueostomía ☐ Otro idioma

Ver [SI | NO]

Oír [SI | NO]

Prótesis sensoriales (especificar tipo): _____

- Dificultades para el aprendizaje [SI | NO] (Especificar): _____

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Riesgo de confusión aguda. Confusión aguda. Deterioro de la comunicación verbal. Conocimientos deficientes.

DOMINIO 7: Rol-relaciones

- Con quién vive: _____
- Personas a su cargo: _____
- Situación laboral: _____
- Cuidador principal: _____
- Apoyo familiar
  - ☐ Bueno ☐ Relativo ☐ Rechazo ☐ No hay familia

Observaciones:

CP.: Riesgo social (derivar al trabajador social).

DOMINIO 9: Afrontamiento-tolerancia al estrés

- Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación [SI | NO]
  - ☐ Ansiedad (causa inespecífica) ☐ Temor (causa específica)

  Lo atribuye a: _____

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Ansiedad. Temor.

DOMINIO 10: Principios vitales

- ¿Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviéramos en cuenta durante su hospitalización? [SI | NO]

  Especificar: _____

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Conflicto de decisiones.

DOMINIO 11: Seguridad

- Procedimientos invasivos [SI | NO]
  - ☐ Sonda Vesical Tipo: _____ Fecha de Colocación: [D | D | M | M]
  - ☐ Via Venosa ☐ Herida Quirúrgica ☐ Drenajes

ESCALA DE BRADEN-BERGSTRON

Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y peligro De lesiones
4 Sin limitación	4 Raramente	4 Deambula frec.	4 Sin limitaciones	4 Excelente	
3 Lig. Limitada	3 Ocasionalmente	3 Deambula ocas.	3 Lig. Limitada	3 Adecuada	3 No hay problema
2 Muy limitada	2 A menudo	2 En silla	2 Muy limitada	2 Inadecuada	2 Probl. Potencial
1 Compl. Limitada	1 Const. húmeda	1 En cama	1 Inmóvil	1 Muy pobre	1 Problema

TOTAL E.BRADEN: _____ **Reevaluación: >18 Sin riesgo-*Semanal* 16-18 Bajo-*C/4 días* <16 Alto/medio-*Diario***

FACTOR DE RIESGO

- > 18 No Riesgo ☐
- 16-18 Bajo ☐
- <16 Alto/medio ☐

- Piel íntegra [SI | NO] Especificar tipo/grado de lesión/úlcera: _____
- *Riesgo de Caídas [SI | NO]

*Los factores relacionados de estos diagnósticos están explorados en otros dominios.

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Riesgo de infección. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Riesgo de caídas. Deterioro de la integridad cutánea.

DOMINIO 12: Confort

- Tiene dolor y/o malestar [SI | NO] Puntúe la intensidad de su dolor de 1 a 10 (menos a más): _____
  - Localización del dolor: _____
  - Medidas que utiliza para paliarlo: _____
- *Náuseas [SI | NO]
  - Las atribuye a: _____

*Los factores relacionados de estos diagnósticos están explorados en otro dominio.

Observaciones:

Diagnósticos Enfermeros: Dolor. Náuseas.

- **¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?**

- **De todo lo dicho, ¿qué es para usted lo más importante?**

Datos recogidos de	Enfermera/o	Fecha	Firma

GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE AL INGRESO

ESTANCIA 24-72 HORAS

INTRODUCCIÓN

La Valoración es la etapa inicial del Proceso de Atención de Enfermería. Es la base de todas las siguientes y tiene como objetivo la recopilación exacta y completa de todos los datos necesarios para diagnosticar las necesidades de cuidado de la persona.

Dentro del proyecto de Implantación de Metodología Enfermera, el "Grupo Valoración" (compuesto por un enfermero experto de cada hospital) ha elaborado esta "Valoración Enfermera Corta Estancia 24-72 horas" por el método de consenso y habiendo consultado en todos los hospitales enfermeros expertos en el cuidado de este tipo de pacientes.

Este registro parte de la "Valoración general al ingreso del paciente" y para diseñarlo se ha seguido la misma metodología.

La "Valoración Enfermera al ingreso del paciente" ha sido pilotada en todos los hospitales de Asturias por 147 enfermeros en 845 pacientes. Se ha recogido, mediante encuesta, la opinión de estos profesionales en cuanto a la factibilidad de este modelo de Valoración, para lo que se ha evaluado:

- La claridad del formato
- La claridad del contenido
- El tiempo de cumplimentación

Y las ventajas que puede proporcionar el formato, para lo cual se ha valorado:

- Si facilita la visión integral del paciente
- Si facilita el Diagnóstico Enfermero
- Si recoge datos útiles para otros profesionales.

Del análisis de datos obtenidos se concluye que se ha diseñado una herramienta válida y ampliamente aceptada ya que los profesionales manifestaron que la consideran necesaria, que les facilita la visión global de paciente, que les facilita el diagnóstico de enfermería, que tienen capacidad para llevarla a cabo y que aporta valor añadido, ya que recoge datos útiles para otros profesionales.

Se ha revisado, de acuerdo con los resultados obtenidos, el documento inicial y se han introducido aquellas sugerencias de los enfermeros que no se oponen a los criterios que se determinaron para el diseño de la nueva herramienta de Valoración, que fueron los siguientes:

- Que contribuya al desarrollo profesional de la enfermería ayudando a los profesionales a tener una visión integral del paciente, contemplando todos los aspectos de salud, tanto físicos como psicológicos, socioculturales y espirituales, de manera que ponga en valor la contribución de los enfermeros a la mejora de la salud integral de las personas.
- Que facilite el Diagnóstico Enfermero, para lo cual se ha hecho un análisis de los D. E. que se están utilizando en Atención Especializada en Asturias y se han seleccionado los que con más frecuencia presentan los pacientes al ingreso así como los que suelen presentar durante el mismo, se han analizado los síntomas y signos (Características Definitorias) de cada uno de ellos y las causas más frecuentes (Factores Relacionados) y se han diseñado las preguntas que los identifican.
- Que no recoja menos información que la hoja actual de cada centro, para ello se han analizado las que se están utilizando en los distintos Hospitales* y se ha determinado los aspectos relacionados con la salud que se vienen recogiendo en ellas. Estos puntos se hacen constar en la nueva Hoja de Valoración.
- Que se ajuste a las normas exigidas por "Joint Comission International" para la acreditación de calidad de la historia clínica, proceso que se está llevando a cabo en algunos Hospitales.

Incluye las siguientes escalas validadas:

- Escala de Bradem Bergstrom (Valoración del riesgo de UPP), recomendada por el "Protocolo para la detección y prevención de úlceras por presión de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Principado de Asturias"
- Escala EVA (Visual analógica graduada numéricamente para Valoración de la intensidad del dolor), recomendada en el "PCAI Dolor Crónico Musculoesquelético"
- Se exploran también, en los distintos Dominios, todos los puntos de la escala St. Thomas Hospital modificada. (Valoración de riesgo de caídas)
- En el registro electrónico se dispone además de la escala de Barthel (Valoración de Actividades básicas de la vida diaria)

En el Anexo de esta guía se adjuntan estas escalas:

- Que identifique el riesgo social, para su posible derivación al trabajador social, intervención que habitualmente vienen haciendo los enfermeros.
- Que el registro, en formato papel, no exceda de dos folios.

De todos estos criterios, este registro de "Valoración Enfermera Corta Estancia 24-72 horas" no cumple el de integralidad porque hay determinados aspectos que, para ser valorados, requieren que se establezca una relación de confianza entre la enfermera y el paciente, que en este caso (estancias de menos de tres días) no es fácil que se produzca. Por ello la comunicación entre niveles asistenciales es imprescindible no sólo para garantizar la continuidad de los cuidados sino también para completar toda la información que se necesita para determinar las necesidades de cuidado de los estos pacientes y es responsabilidad de las enfermeras implicadas en el proceso, tanto de Atención Hospitalaria como de Atención Primaria.

(*) De todos los Hospitales que aportaron la información en su momento.

GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO

Han de cumplimentarse **todos los valores** del registro puesto que **la información que recoge es la mínima necesaria para dar un cuidado de calidad**. Si no se puede recoger alguno de los datos se justificará en las observaciones del Dominio correspondiente.

La estructura general del registro es la siguiente:

- Se trata de un de un registro semiestructurado con puntos cerrados y abiertos de forma que su cumplimentación resulte ágil y clara.
- Recoge datos administrativos, datos referentes al ingreso actual y aquellos antecedentes de salud que pueden ser de interés para los enfermeros y, aunque consten ya en otras partes de la historia, parece conveniente que figuren en este registro.
- Recoge datos de la salud del paciente, tanto objetivos como subjetivos, orientados al diagnóstico de las necesidades de cuidados.
- La organización de los datos se hace con enfoque enfermero, en base a los Dominios de la Taxonomía NANDA II, puesto que resulta más útil para llegar a Diagnóstico que la estructura de Necesidades Básicas de V. Henderson o la de Patrones Funcionales de M. Gordon (en la que se basa).
- Dentro de cada Dominio hay puntos que suelen hacer referencia a la presencia de un signo o síntoma (Característica Definitoria) de cada Diagnóstico de Enfermería explorado, seguido de los posibles factores relacionados más habituales.

  En formato papel en el primer caso el punto va seguido de las casillas [SI | NO] y se debe señalar con una X la casilla que corresponda y en caso que se detecte una alteración se señalará con una X la casilla ☐ del punto que se relacione.

  Ejemplo:

  Dificultad para la deglución: [~~SI~~ | NO] Sólidos ☒ Líquidos ☐

  En caso de que exista dificultad, se señalará si es a sólidos o a líquidos.

- En la parte inferior de cada Dominio se cuenta con un espacio para anotar observaciones.

  En formato papel, a continuación de este espacio figura otro campo en el que constan los Diagnósticos Enfermeros del Dominio y que se han identificado como comunes para todos los Hospitales. Con letra negrita figuran los que se exploran en la Hoja de Valoración y en texto normal aquellos que no se exploran, dado que no los presentan la mayoría de pacientes que ingresan en nuestros centros pero que deben ser tenidos en cuenta, como por ejemplo "Conflicto de decisiones". El enfermero elegirá aquéllos que, según su juicio clínico, presenta su paciente.

  En formato informatizado, el programa ofrecerá al terminar la Valoración una serie de diagnósticos que se derivan de ella y el enfermero tendrá que seleccionar aquéllos que, según su juicio clínico, presenta su paciente.

- La recomendación general para cumplimentar la Valoración enfermera es que debe hacerse en las primeras 24 horas del ingreso. En **pacientes quirúrgicos este registro ha de cumplimentarse el día de la intervención**, ya que la situación del paciente es mucho más compleja en este momento y de ella deriva la mayor necesidad de cuidados.

  También, en formato papel, figuran puntos enmarcados con un recuadro [ ]. Estos datos no se valoran con preguntas concretas pero deben de considerarse en el momento de hacer la Valoración inicial (Ejemplo Dominio 7)

- Finaliza recogiendo la opinión del paciente sobre lo que para él es más importante e identificando a la persona de la que se recogen los datos (paciente, esposa, hijo...), el nombre y apellidos del enfermero que la cumplimenta, la fecha y la firma.

CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE VALORACIÓN

La recogida de datos para la Valoración del paciente se hará mediante los siguientes métodos:

- Entrevista
- Exploración física
- Observación
- Escalas y cuestionarios

Este formato estandarizado no se trata de una encuesta a cubrir o un impreso a rellenar, pretende ser una guía que ayude al enfermero en la recogida de aquellos datos más significativos de los problemas de salud de la persona para detectar sus necesidades de cuidados y así facilitar el Diagnóstico Enfermero.

La técnica de entrevista es imprescindible para recoger datos sobre la salud del paciente. La fuente de éstos puede ser la propia persona, su familia o personas de su entorno.

La entrevista debe efectuarse en un ambiente lo más relajado e íntimo posible, para lo que debe pedirse a los compañeros de habitación y familiares que salgan de la estancia (si es posible) mientras la realizamos. El paciente puede estar acompañado de un familiar, preferentemente el cuidador principal, si se cree conveniente o él lo prefiere.

Hay que tener en cuenta que de cómo se desarrolle este primer contacto va a depender en gran medida la relación terapéutica que se establezca con la persona; por lo que debe procurarse una acogida cálida; se utilizará un lenguaje ni demasiado técnico ni demasiado coloquial, las preguntas deben realizarse dando tiempo a contestar, sin añadir comentarios y sin dirigir las respuestas.

Se considerará tanto las respuestas verbales como las no verbales del paciente y la coherencia entre ambas.

Al comenzar, se llamará al paciente por su nombre, se le informará del objetivo de la entrevista, nos presentaremos e informaremos que puede dejar de contestar a las preguntas que él decida.

El registro consta de los siguientes apartados:

Datos administrativos: Se consignarán, si es posible, dos teléfonos (1 el que la familia elija para ser localizada, 2 el del domicilio del paciente). Se confirmará con una X en la casilla correspondiente que tiene colocada la pulsera de identificación, que se ha entregado la documentación escrita pertinente (en aquellos centros que así lo tienen establecido) y que se le ha informado del funcionamiento de la unidad.

Se registrarán, también, los efectos personales entregados en custodia al Hospital y/o a su responsable directo (trabajador social, seguridad, enfermero...)

Ingreso actual: En *"Motivo"* se hará constar la razón por la que el paciente dice que acudió al Hospital (dolor, fiebre, accidente, para operarse...); en *"Diagnóstico médico"* se registrará el que se le hace al paciente al ingreso; en cuanto a la *"Procedencia"* se reflejará de dónde viene: domicilio, urgencias, otra unidad, otro hospital etc.; y las "*Constantes vitales"* serán las que se tomen al paciente una vez acomodado en su habitación, si no hay signos o síntomas que hagan aconsejable tomárselas en el momento del ingreso.

Antecedentes de salud: Se reseñarán las enfermedades anteriores crónicas o agudas y las intervenciones quirúrgicas más importantes. En el punto *"Caídas previas"*, se constatará el número de caídas sufridas en los últimos 12 meses. Los *"Hábitos tóxicos"* se refieren al consumo de tabaco, alcohol o drogas. Se reflejará el tipo de *"Alergia"* que manifieste el paciente o conste en cualquier documento. Si es portador de alguna ostomía se registrará el tipo. La *"Medicación en el domicilio"* se refiere al tratamiento médico que viene realizando y su pauta de administración.

Si el paciente no conoce alergias se escribirá "No conocidas al ingreso" o si no ha sufrido caídas en el último año o no tiene ninguna ostomía o bien no está tomando ningún tratamiento médico, se hará constar "NO" para asegurar que el punto ha sido valorado.

VALORACIÓN ENFERMERA

Dominio 2: Nutrición. Se valora si la ingestión de nutrientes es adecuada para la persona y los problemas que puede tener ésta para realizar esta función.

En *"Tipo de dieta habitual"* se hará constar si ésta es normal (la que es completa en cuanto a nutrientes y cocinada sin particularidades) o si existen restricciones dietéticas (sin sal, 1800 calorías, 60 gr. de proteínas,...). Se especificará también la textura (blanda, turmix, con espesantes...); si no se hace se entiende que es normal. También se reseñarán las preferencias del paciente.

Ejemplo: Turmix 1800 cal. no toma pescados, o vegetariana, o sin carne de cerdo.

Los criterios "*bajo peso, normo peso, sobre peso y obesidad*" se deducirán del IMC, cuya fórmula es: [Peso (kg)] / [altura (m)]^2. Se dispondrá en las unidades de tablas para calcularlo y clasificarlo en los conceptos mencionados.

De la presencia de *"Vómitos/náuseas"* debe valorarse su repercusión sobre la nutrición.

Dominio 3: Eliminación. Se valoran los problemas de la persona en relación a la excreción de los productos de desecho del sistema urinario y gastrointestinal, así como su patrón de eliminación.

Se determinará qué tipo de problema tiene el paciente y se señalará la causa. Si no tiene ninguno se marcará **NO** con una X en la casilla correspondiente.

"El hábito intestinal" se refiere al que mantiene la persona en su domicilio.

Dominio 4: Actividad/reposo. Se valoran las dificultades que puede tener la persona para realizar actividades que impliquen movimiento y consumo de energía (moverse, autocuidado, mecanismos cardiovasculares que apoyen la actividad/reposo, ocio) así como la percepción de la calidad y cantidad del sueño.

En *"Autonomía para la vida diaria"* se dejará constancia del grado de dependencia del paciente, **en el momento del ingreso** y se señalará con una X la causa en las casillas correspondientes.

Dominio 5: Percepción/cognición. Se valora cómo procesa la persona la información (atención, orientación, cognición, comunicación)

En *"Dificultad para comunicarse"*, se dejará constancia de si existe déficit en el habla, la vista u oído que dificulten esta función.

En "Dificultades para el aprendizaje", si existiesen, se especificará lo más concretamente posible en qué consisten (retraso mental, entiende conceptos sencillos, le impide asumir su autocuidado...)

Dominio 7: Rol-relaciones. Se valora el papel que tiene la persona dentro de su estructura familiar y los problemas que pueden surgir con relación a la enfermedad.

Si el paciente está institucionalizado se hará constar en el punto "con quién vive"

En el punto "Cuidador principal" se anotará el nombre de éste y el parentesco con el paciente.

En *"Valoración cuidador principal"* se reseñarán las dificultades de éste para el cuidado del paciente y la necesidad de ayuda del trabajador social.

Así mismo se pedirá la colaboración de ésta cuando el paciente no tenga quién le cuide al alta, o si las personas que dependen de él necesitan ayuda durante el ingreso.

En los Diagnósticos Enfermeros asociados a este dominio se hace referencia a la Complicación Potencial *Riesgo Social* para identificar estas situaciones o cualquier otra en la que se precise la intervención del trabajador social.

Dominio 8. Sexualidad. Se valora cómo afecta a la persona en este campo la enfermedad crónica, la cirugía o ciertos tratamientos.

Si el paciente manifiesta que quiere recibir ayuda en este campo, se anotará la respuesta en el apartado "Observaciones" de este Dominio, así como las preocupaciones o inquietudes que manifieste respecto a este tema y se generará la intervención oportuna en el plan de cuidados.

Dominio 9: Afrontamiento-tolerancia al estrés. Se valora la forma en que la persona hace frente a su situación de salud.

"Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación", se valorará en el momento del ingreso aunque como cualquier otra situación, pueden variar durante el mismo.

Dominio 10: Principios vitales. Se valoran aquellas creencias que tienen un valor intrínseco para la persona.

Dominio 11. Seguridad. Se valoran aquellas situaciones o circunstancias que pueden ser causa de la pérdida de la seguridad física, lesión o trastorno de la protección del sistema inmunitario.

En los puntos que se valora el "Riesgo" (riesgo de caídas, riesgo de lesionar a otros...) cuando se responde NO, se entiende que en el momento de la valoración no se recogen datos en este sentido, no que el riesgo no exista.

Los puntos que se han considerado para determinar el riesgo de caídas, son los contenidos en la escala de St. Thomas modificada, que se exploran en distintas partes de la valoración como a continuación se detalla.

ESCALA PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

1 ¿Tiene historia de caídas previas o ha ingresado por una caída?

(Antecedentes de salud).

2 ¿Está agitado, confuso, desorientado?

(Dominio 5: Percepción-cognición).

3 ¿Oye o ve mal?

(Dominio 5. Percepción-cognición).

4 ¿Necesita acudir con frecuencia al aseo, o es incontinente?

(Dominio 3: Eliminación)

5 ¿Tiene dificultades para caminar y/o incorporarse?

(Dominio 4: Actividad, reposo).

Dominio 12: Confort. Se valoran las causas que impiden con más frecuencia la sensación de bienestar físico. Se dispondrá de la escala EVA para la valoración del dolor.

Como resumen final de la Valoración Enfermera se termina con las preguntas *"¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?"* y *"De todo lo dicho ¿qué es para usted lo más importante?"*. A continuación, el enfermero se despedirá del paciente quedando a su disposición.

CAMPOS OBLIGATORIOS DE LA VALORACIÓN ENFERMERA AL INGRESO

La elaboración del "Registro de Valoración Corta Estancia 24-72 horas" se decidió hacer de forma que incluyese únicamente los **criterios de valoración mínimos para garantizar un cuidado de calidad**. Es evidente por tanto que para cumplir con éste estándar de calidad ha de **cumplimentarse el registro completo**.

En la práctica, sin embargo, puede resultar imposible conocer los valores de ciertos campos dentro del periodo a tal efecto establecido (primeras 24 horas de ingreso o si se trata de un paciente quirúrgico, el día de la intervención). Surge por tanto la necesidad de determinar unos "campos obligatorios". La cumplimentación de estos campos, aunque insuficiente para dar el cuidado de calidad del que antes hablábamos, permite al enfermero hacer una primera valoración operativa de las necesidades del paciente y desarrollar su trabajo con eficacia. Lógicamente se entiende que el resto de los campos se cumplimentará tan pronto como sea posible.

En un principio, se habían propuesto como criterios para determinar que campos serían "campos obligatorios" los siguientes:

1 La visión general, si no integral, de las necesidades de cuidado del paciente. Pretendiendo incluir al menos un campo de cada Dominio contemplado en el registro que se esté manejando.

2. La seguridad del paciente. Incluyendo como "campos obligatorios" todos aquellos que determinan las necesidades relativas a este ámbito.

3. La estandarización de la calidad. Satisfaciendo los requisitos para la acreditación de la *Joint Comission International*.

4. Cobertura de otra información indispensable para prestar cuidado.

Así pues los puntos que se han determinado como obligatorios son los siguientes:

VALORACIÓN EN LAS PRIMERAS 24 HORAS DE INGRESO O EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

Dominio 2:

- Intolerancias alimentarias (Criterio 2)
- Dificultad para masticar (Criterio 2, 3)
- Dificultad para deglutir (Criterio 2,3)
- Vómitos y nauseas (Criterio 4)

Dominio 3:

- Incontinencia urinaria – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- ((Criterio 2)
- Incontinencia fecal – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- ((Criterio 2)

Dominio 4:

- Escala de Barthel. En el formato papel corresponde al cuadro "Autonomía para la vida diaria" (Criterio 4)

Dominio 5:

- Orientado (Criterio 4)
- Dificultad para comunicarse (Criterio 4)

Dominio 10:

- Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviésemos en cuenta durante su hospitalización (Criterio 4)

Dominio 11:

- Sonda vesical – factor de riesgo para el Riesgo de infección - (Criterio 2,3)
- Vía venosa – factor de riesgo para el Riesgo de infección - (Criterio 2,3)
- Escala de Braden – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2,3)
- Piel íntegra – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2,3)
- Riesgo de caídas (Criterio 2, 3)

Dominio 12:

- Tiene dolor y/o malestar (Criterio 3)

COMENTARIOS

- Como se puede deducir de los campos que se han establecido como "campos obligatorios", la exploración de las necesidades de cuidados del paciente respecto a seguridad, se garantiza en las primeras 24 horas.
- Como se ha comentado, esta valoración no cumple la visión general del paciente.
- Tampoco las normas de la Joint Comission International, puesto que no se garantiza la valoración de ningún indicador de riesgo nutricional como el IMC o la disminución de apetito.

Para limitar las perturbaciones y daños causados por la enfermedad, es preciso poner mayor atención en los cuidados de la vida cotidiana, prodigarlos con más intensidad con el fin de aliviar, confortar y mantener las fuerzas para combatir la enfermedad.

M.F. Collière

Anexo:

Escalas para la valoración

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (Escala de Braden)
- Dolor (Escala Visual Analógica del dolor)
- Riesgo de caídas (St. Thomas modificada)
- Actividades básicas de la vida diaria (Barthel)

ESCALA BRADEN-BERGSTROM

Valoración del riesgo de UPP

Indicación: Valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea por la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP).

Administración: Consta de 6 ítems. Heteroadministrado. Cada ítem se puntúa de 1(menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem "fricción y rozamiento" que se puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23.

Interpretación:

Riesgo Alto:	puntuación <13
Riesgo Moderado:	puntuación entre 13 y 14
Riesgo Bajo:	si <75 años, puntuación 15 -16
	si >75 años, puntuación 15 -18

Propiedades psicométricas: Fiabilidad test-retest: 0,88 (Bernal, 2001). Esta escala ha sido validada en numerosos estudios con una sensibilidad que oscila entre el 27% y el 100%; una especificidad con valores entre 26% y 92%; un Valor Predictivo Positivo con valores entre 8,1% y 77% y Valor Predictivo Negativo con valores entre el 71% y el 100%. (Moreno Pina, 2006).

Reevaluación (según el Protocolo para la detección y prevención de las úlceras por presión de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias):

Puntuación de la escala Braden	Riesgo	Periodicidad
<16	Alto/medio	Diaria
16-18	Bajo	Cada 4 días
>18	Sin Riesgo	Semanal
Se procederá a una reevaluación del riesgo, siempre que se detecten cambios relevantes en la situación basal del paciente o lo aconseje el juicio de los profesionales encargados de su cuidado		

ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM

Puntuación	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar adecuadamente ante una molestia relacionada con la presión	**Completamente limitada** Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose), o capacidad limitada para sentir dolor en la mayor parte del cuerpo	**Muy limitada** Reacciona sólo a estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto por quejidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad para percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo	**Ligeramente limitada** Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o que le cambien de posición, o presenta alguna dificultad sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades	**Sin limitaciones** Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o malestar
HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	**Constantemente húmeda** La piel se encuentra expuesta a la humedad por sudoración, orina etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	**A menudo húmeda** La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de la cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno	**Ocasionalmente húmeda** La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día	**Raramente húmeda** La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para cambios de rutina
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	**Encamado** Paciente constantemente encamado	**En silla** Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas	**Deambula ocasionalmente** Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla de ruedas	**Deambula frecuentemente** Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo
NUTRICIÓN Patrón habitual de ingesta de alimentos	**Muy pobre** Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios con aporte protéico (carne, pescado o productos lácteos).Toma poco líquido. No toma Suplementos dietéticos líquidos, o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días	**Probablemente inadecuada** Rara vez come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica	**Adecuada** Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne, pescado o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida o tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales	**Excelente** Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios al día de proteínas (carne, pescado o productos lácteos). Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos

ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM				
Puntuación	1	2	3	4
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	**Problema** Requiere de moderada a máxima asistencia en los movimientos. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen roce casi constante	**Problema potencial** Movilidad autónoma con dificultad o requiere una asistencia mínima. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo	**No existe problema aparente** Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o la silla	
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	**Completamente inmóvil** No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia	**Muy limitada** Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar de forma independiente, cambios frecuentes y significativos.	**Ligeramente limitada** Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente	**Sin limitaciones** Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia

Bibliografía: *Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria.* Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006
Protocolo para la detección y prevención de las úlceras por presión. Oviedo. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias, (2008)

ESCALA VISUAL ANALÓGICA GRADUADA NUMÉRICAMENTE PARA LA VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

Indicación: Valoración de la intensidad del dolor. El dolor es siempre subjetivo. La escala analógica visual permite una determinación consistente en esa subjetividad, pero no comparar las subjetividades de distintas personas. Fue desarrollada por Hiskisson en 1974.

Administración: Autoadministrada – heteroadministrada. La escala visual analógica es una línea de 100 mm. que mide la intensidad del dolor. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor mientras que su extremo derecho representa el peor dolor imaginable. La escala de graduación numérica de intensidad de dolor (NRS) añade una graduación numérica donde 1 es el valor no dolor y 10 es el peor dolor imaginable.

Interpretación: Permite comparar las puntuaciones del dolor en el mismo sujeto en diferentes secuencias temporales.

Propiedades psicométricas Fiabilidad test-restest r= 0,947, CCI = 0,97. Ha mostrado buena sensibilidad al cambio en dolor postoperatorio (Lázaro, 2003) y en pacientes tratados con TENS (Paice, 1997)

ESCALA VISUAL ANALÓGICA GRADUADA NUMÉRICAMENTE PARA LA VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR (EVA)

Este cuestionario es muy simple. Se refiere a la intensidad del dolor que está usted padeciendo hoy. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor, es decir, aquella situación en la que no le duele absolutamente nada. El extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. Debe indicar la intensidad del dolor que está padeciendo hoy realizando una marca en la línea.

No dolor — Insoportable

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006

ESCALA PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

Según revisión sistemática del Instituto Joanna Briggs sobre escalas para la evaluación del riesgo de caídas, no existe ninguna que identifique a los pacientes que **no** tienen riesgo de caerse. (Joanna Briggs Best practice 1998;2(2):1-6).

Se ha hecho una búsqueda bibliográfica sobre escalas que midan el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados y no se ha encontrado una que ayude a identificar claramente a los pacientes con alto riesgo de caídas, por lo que no se ha llegado a una conclusión que permita recomendar una determinada escala.

Se presenta la escala St. Thomas o Stratify, por ser la utilizada en alguno de los hospitales del SESPA.

Propiedades psicométricas: Según los creadores de dicha escala, un resultado final de dos o más puntos tiene una sensibilidad del 93% y una especificidad del 88% en su aplicación en el hospital de estudio.

ESCALA ST. THOMAS MODIFICADA (STRATIFY)

ESCALA PARA LA VALORACIÓN RIESGO DE CAÍDAS	SI	NO
1 ¿Tiene historia de caídas previas o ha ingresado por una caída?		
2 ¿Está agitado, confuso, desorientado?		
3 ¿Oye o ve mal?		
4 ¿Necesita acudir con frecuencia al aseo, o es incontinente?		
5 ¿Tiene dificultades para caminar y/o incorporarse?		

Bibliografía: *Protocolo para la prevención de caídas en el medio hospitalario.* 2003; III (12)
Hospital Virgen de la Concha. Zamora

ÍNDICE DE BARTHEL

Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria

Indicación: Valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Administración: Las preguntas se realizan agrupando las actividades en tres grupos. Primero las actividades de movilidad: ¿es capaz de subir escaleras, caminar de forma independiente y trasladarse de la silla a la cama sin ayuda?, ¿se le escapa la orina o las heces?, ¿se baña, viste, asea, va al retrete o come sin ayuda? Si en alguna actividad contesta que es incapaz entonces se profundiza sobre ella. Posteriormente se calcula los puntos que no realiza y se resta de 100.

Interpretación:

Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas)

Dependencia Total: <20 Dependiente Grave: 20 – 35

Dependiente Moderado: 40 - 55 Dependiente Leve: >60

Reevaluación: Valoración con carácter anual o cuando las condiciones del paciente cambien.

Propiedades psicométricas: Validado en español. Fiabilidad interobservador: 0,84 – 0.97;
Consistencia interna: 0.86 – 0.92.

ESCALA DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		Ptos.
Lavarse Baño	• Independiente. Entra y sale solo al baño	5
	• Dependiente	0
Arreglarse Aseo	• Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	5
	• Dependiente	0
Vestirse	• Independiente. Se pone y quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona.	10
	• Necesita ayuda	5
	• Dependiente	0
Comer	• Totalmente independiente	10
	• Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	5
	• Dependiente	0
Usar el retrete	• Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	• Necesita yuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	• Dependiente	0
Trasladarse	• Independiente para ir del sillón a la cama	15
	• Mínima ayuda física o supervisión	10
	• Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	• Dependiente	0
Deambular	• Independiente, camina solo 50 m.	15
	• Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
	• Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	• Dependiente	0
Escalones	• Independiente para subir y bajar escaleras	10
	• Necesita ayuda física o supervisión	5
	• Dependiente	0
Micción	• Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	• Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máx., o precisa ayuda para la sonda	5
	• Incontinente	0
Deposiciones	• Continente	10
	• Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavativas	5
	• Incontinente	0
	TOTAL	.....

Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006

VALORACION DEL PACIENTE PREINTERVENCIÓN Y POSTINTERVENCIÓN

Autores: Grupo "Cuidados Quirúrgicos"
Se relacionan en Apéndice II

Agosto 2009

FORMULARIO "COMPROBACIÓN PREINTERVENCIÓN"

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO "COMPROBACIÓN PREINTERVENCIÓN"

En este registro se recoge información necesaria para practicar al paciente de forma segura, cualquier tipo de intervención quirúrgica o pruebas diagnósticas o de tratamiento en las que se utilicen técnicas invasivas, como por ejemplo paracentesis, biopsias...

Se utilizará en aquellas unidades en las que ingresen este tipo de pacientes, ya sean de corta estancia o unidades de hospitalización.

El formulario está dividido en tres apartados:

Datos generales

Se registran algunos datos de la situación del paciente que son de interés para su cuidado, como por ejemplo si tiene o no alergias conocidas, la medicación que toma habitualmente o la dieta que sigue.

Comprobación

Recoge la verificación de que el paciente cumple los requisitos necesarios para que pueda realizarse la intervención quirúrgica o procedimiento diagnóstico o de tratamiento, como:

- La correcta identificación
- Si ha tomado y/o suspendido la medicación preintervención según prescripción médica
- Si el estudio preoperatorio está completo. **Se entiende por "estudio preoperatorio"** toda la documentación que se necesita para realizar la intervención: historia clínica, pruebas de laboratorio, imágenes...
- Si ha firmado el consentimiento informado
- Si se ha hecho reserva de sangre, si procede

Preparación

Se documentan aquellas actividades que se realizan antes de la intervención:

- Inserción de vía venosa
- Preparación prequirúrgica del paciente: retirada de esmalte, objetos metálicos, preparación del campo...
- Medicación administrada: profilaxis antibiótica, otra medicación prescrita

Nota: En el caso de los formularios de Sondas y Catéteres será necesaria su cumplimentación en el caso de que el paciente los necesite por un periodo prolongado de tiempo. Si el tiempo de permanencia de la vía o la sonda es de unas horas, la información que recogen estos registros puede que no sea de interés en la historia clínica del paciente.

Este formulario tendrá acceso directo a los de Control glucémico, Constantes, Sondas y Catéteres.

INDICADORES DEL FORMULARIO "COMPROBACIÓN PREINTERVENCIÓN"

DATOS GENERALES

Intervención	
Alergias conocidas	Desplegable: Si No
Medicación en domicilio	Desplegable: Si No
Especificar	
Dieta habitual	
Observaciones	

COMPROBACIÓN

Protocolo de acogida	Chek
Colocada/comprobada pulsera de identificación	Chek
¿Ha tomado alguna medicación antes de la intervención?	Desplegable: Si No
Especificar	
¿Le han indicado suspender alguna medicación antes de la intervención?	Desplegable: Si No
Especificar	
Enfermedades importantes desde última visita del especialista/anestesista	Desplegable: Si No
Especificar	
Acompañado	Desplegable: Si No
Consentimiento informado firmado	Desplegable: Si No
Estudio preoperatorio completo	Desplegable: Si No
Especificar	
Comprobada reserva de sangre	Desplegable: Si No procede
Ayunas	Desplegable: Si No
¿Desde que hora?	
Observaciones	

PREPARACIÓN		
Vía venosa	Desplegable:	Si No
Retirada de esmalte	Desplegable:	Si No precisa
Retirada de prótesis	Desplegable:	Si No precisa
Retirada de objetos metálicos	Desplegable:	Si No precisa
Preparación del campo	Multiselección:	Higiene Rasurado Pintado Colocación paño estéril Ropa quirúrgica
Profilaxis antibiótica administrada	Desplegable:	Si No No procede
Administrada medicación preintervención	Desplegable:	Si No No procede

Observaciones

Accesos directo: Control glucémico, constantes, sondas, catéteres

FORMULARIO
"COMPROBACIÓN POSTINTERVENCIÓN"

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO "COMPROBACIÓN POSTINTERVENCIÓN"

Se registran los datos que han de recogerse **sobre el estado del paciente cuando se recepciona en la unidad, ya sea esta de corta estancia, reanimación o unidad de hospitalización**, para detectar necesidades de cuidados inmediatas y su posterior seguimiento.

Los indicadores recogen información sobre:

- Tipo de anestesia[1]: Local, regional, general.
- Exploración neuromuscular de los miembros: Sensibilidad, movilidad, temperatura, coloración.
- Nivel de conciencia y orientación temporo-espacial
- Nivel de dolor
- Estado de apósitos y drenajes
- Otras observaciones sobre la evolución del paciente como la tolerancia a líquidos, la realización de primera micción, etc.

[1] Las principales características de los distintos tipos de anestesia son las siguientes:

- Anestesia local. Un fármaco anestésico (que se puede administrar en forma de inyección, aerosol o pomada) insensibiliza solamente una parte reducida y específica del cuerpo (por ejemplo, un pie, una mano o un trozo de piel). Con la anestesia local, una persona puede estar despierta o sedada, dependiendo de lo que se necesite. Aquí se englobaría la anestesia local propiamente dicha y la anestesia tópica.
- Anestesia regional. Un fármaco anestésico se inyecta cerca de un grupo de nervios, insensibilizando un área más extensa del cuerpo (por ejemplo, por debajo de la cintura, como en la anestesia epidural que se administra a las mujeres durante el parto). En este grupo se incluiría además de la epidural, la raquídea, silla de montar, epidural, bloqueos, peribulbar, retrobulbar...
- Anestesia general. La meta es conseguir que la persona permanezca completamente inconsciente (o "dormida") durante la intervención, sin conciencia ni recuerdos de la intervención. La anestesia general se puede administrar por vía intravenosa (IV), que requiere insertar una aguja en una vena, generalmente del brazo, y que esta permanezca allí durante toda la intervención, o bien mediante inhalación de gases o vapores al respirar a través de una mascarilla o tubo (mascarilla laríngea).

INDICADORES DEL FORMULARIO "COMPROBACIÓN POSTINTERVENCIÓN"

Procedencia

VALORACIÓN POSTINTERVENCIÓN		
Tipo de anestesia	Multiselección:	Local Regional General Sedación
Exploración neurovascular de miembros afectados	Multiselección:	Sensibilidad completa Sensibilidad disminuida Sensibilidad ausente Movilidad completa Movilidad disminuida Movilidad ausente Temperatura: Normal Temperatura: Frialdad Temperatura: Elevada Coloración: Normal Coloración: Palidez Coloración: Cianosis
Conciencia	Desplegable:	Completamente despierto Responde a la llamada No responde
Orientado	Multiselección:	Si No, persona No, tiempo No, espacio
Escala Eva	Desplegable:	0 a 10
Vómitos/náuseas	Desplegable:	Si No
Apósito	Desplegable:	No Limpio Manchado
Observaciones		
Vendaje	Desplegable:	No Limpio Manchado
Observaciones vendaje		
Drenajes	Desplegable:	Si No
Vacío drenajes	Desplegable:	Si No
Observaciones drenajes		
Tolerancia	Desplegable:	Si No No procede
Control de micción	Desplegable:	No precisa Pendiente de primera micción Realizó micción espontánea

Sedestación	Desplegable:	Si No No procede
Deambulación	Desplegable:	Si No No procede
Observaciones		

FORMULARIO
"CRITERIOS DE ALTA"

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO "CRITERIOS DE ALTA"

Este formulario **solo ha de rellenarse en unidades como las de corta estancia, reanimación, despertar...** En unidades de hospitalización no procede, puesto que el proceso del paciente suele ser más complejo y el médico valora en cada caso cuando ha de finalizar la hospitalización.

Constan los indicadores de la "Escala de Aldrete modificada" y otros criterios que han de evaluarse para que el paciente sea dado de alta:

- Tolerancia a líquidos, realización de la primera micción, tolerancia a la sedestación y la deambulación...
- Revisión de apósitos, drenajes y vendajes.
- Otros requisitos, como que haya un adulto presente en el momento del alta, la comprensión de las instrucciones postoperatorias y la aceptación del alta por parte del paciente.

INDICADORES DEL FORMULARIO "CRITERIOS DE ALTA"

ESCALA DE ALDRETE

Actividad	Desplegable:	Mueve cuatro extremidades Mueve dos extremidades Incapaz de mover extremidades
Respiración	Desplegable:	Capaz de respirar profundamente Disnea o limitación a la respiración Apnea
Circulación	Desplegable:	Presión arterial < 20% del nivel preanestésico Presión arterial 20 -49% del nivel preanestésico Presión arterial > 50% del nivel preanestésico
Conciencia	Desplegable:	Completamente despierto Responde a la llamada No responde
Pulsioximetría	Desplegable:	Mantiene SaO2 > 92% con aire ambiente Necesita O2 para mantener SaO2 > 90%. SaO2 < 90% con O2 suplementario
Resultado		

OTROS CRITERIOS DE ALTA

Tolerancia	Desplegable:	Si No No procede
Sedestación	Desplegable:	Si No No procede
Deambulación	Desplegable:	Si No No procede
Control de micción	Desplegable:	Si No No procede
Dolor	Desplegable:	Si No
Apósitos/drenajes/vendajes revisados	Desplegable:	Si No procede
Adulto responsable presente	Desplegable:	Si No
Instrucciones postoperatorias entendidas	Desplegable:	Si No
Acepta el alta	Desplegable:	Si No
Observaciones		

INGRESO DESDE CMA		
Debe ingresar	Desplegable:	Si No
Motivo de ingreso		
Seguimiento telefónico	Desplegable:	Si No
Observaciones		

Acceso directo a escala Eva, Control glucémico, Constantes, Sondas, Catéteres

APÉNDICE I

COMPONENTES DEL GRUPO "VALORACIÓN"

Ablanedo Suárez, José Manuel
Álvarez Cuervo, Loreto
Álvarez Rodríguez, Julio Cesar
Ardura Montes, Elena
Balbín Felechosa, Margarita
Bazán Herrero, Antonio
Fernández Flórez, Rosario
Fernández Laviana, Ángeles
Fernández Rodríguez, Javier
Fernández Suárez, Aurora
García León, Begoña
Jiménez Martos M Antonia
Lago González, M Luz
López Arias, Ángela
López González, Carmen
Manterola Conlledo, Ana
Mar Turatti Ruiz
Martínez de Vega Llorente, Eugenia
Redondo Álvarez, Miriam
Riesgo Laviana, Ana
Rodríguez Rego, Roberto

APÉNDICE II

COMPONENTES DEL GRUPO "CUIDADOS QUIRÚRGICOS"

Álvarez Fernández, Paz
Campo Ugidos, Rosa María del
Fernández Flórez, Rosario
García Gómez, Concepción
García Hernández, Isidora
Núñez Fernández, Concepción
Ruiz de Tremiño de la Peña, Rosario
Suarez Pérez, Susana
Vidal Molina, Victoria

APÉNDICE III

PROFESIONALES QUE HAN PARTICIPADO EN EL PILOTAJE Y REVISIÓN DE LOS DISTINTOS MODELOS DE VALORACIÓN

Aláez Álvarez, M.ª Jesús
Alonso Diego, Sara
Álvarez González, Jorge
Álvarez Oviedo, Ruth
Arango Fernández, Esther
Barbón Fernández, Yolanda
Barrientos Fernández, Evarista
Bermúdez Fernández, Isabel
Blanco Suárez, Carmen
Calvo Rodríguez, Begoña
Cano González, Antonia
Caño Montiel, Ana M.ª
Cienfuegos Llaneza, Genma
Cimadevilla Baragaño, Begoña
Colunga Olay, Julia
Corbacho Solis, Dionisio
Coto Moreno, Rocía
Cuervo Blanco, Jessica
Díez Álvarez, Ana Belén
Elvira Macayo Sánchez, Antonia
Esteban Hernández, Patricia
Fernández Alonso, Ana Mª
Fernández Canteiro, Beatriz
Fernández Díaz, M.ª Luisa
Fernández Fernández, Magdalena
Fernández García, M.ª Josefa
Fernández González, José Luis
Fernández Moran, Andrés
Fernández Palacio, Ana M.ª
Fernández Pérez, Susana
Fernández Ramos, Susana
Fernández Rodríguez, Silvia
Fernández Sampedro, Carmen
Fernández Suárez, Aurora
Fernández Touzón, Marta Elena
Fuente Iturralde, Rosario de la
Fuentes Fernández, Amor
Fuentes Hernández, Isabel
Gafo Iglesias Mª Teresa
Gago Iban, Concepción
Galán González, Eva
García de la Sierra, Isabel
García del Valle, Carmen
García del Valle, Carmen
García Fernández, M.ª Ángeles
García Fradejas, M.ª Luisa
García González, Manuela
García López Yolanda
García Puente, Patricia
Gomez Toranzo, Begoña
González Bande, Ana Isabel
González Camín, Fermina
González Díaz, Flor M.ª
González Díaz, Margarita
González Fernández, Sonia
González Pascual, Rosa
González Prieto, Virginia
González Rancaño, Marta
González -Rodilla Noriega, M.ª
González Suárez, Gloria
Granda Villalobo, Paula
Gutiérrez Canga, Mª Joaquina
Gutiérrez Suárez, Gloria
Herrero Gutiérrez, Rosa
Herrero Moreno, Ángeles
Hevia García, Paz
Hevia Montes, Carmen
Iglesias Osorio, Soledad
Juan Suarez Ortiz, Juan
Lahera Álvarez, Francisco Jesús
López Áreas, Ángela M.ª
López Pérez, Teresa de Jesús
Lorenzo Rego, Dolores
Llera Felgueres, Carmen
Maestre García, Ángeles
Martínez Martínez, Lucía
Medina Marrón, Leontina
Menéndez Lanza, Lourdes
Morais Carballo, Ana M.ª
Morán Belén, Román
Munárriz Blanco, Mª Nuria
Muñiz García, Reyes

Muñoz Fernández, Luzdivina
Muriel Polo, Soledad
Nistal Rodríguez, Sagrario
Noriega López, Covadonga
Pajares Mate, Soraya
Pereda González, Azucena
Pérez Fernández, Gema
Pérez Mier, Ana M.ª
Pérez Pertierra, Eva
Pérez Zaa, Mercedes
Pierna Alonso, Julia
Pola Fernández, Carmen
Ponga García, Esther
Prada Roces, M.ª Teresa
Prendes Martinez, M.ª José
Prieto Bermejo, M.ª José
Ramos Fernández, Olga
Ramos Ordóñez, Susana
Reinoso Crespo, Pilar
Rodríguez Fernández, Patricia
Rodríguez Isabel, Rancaño
Rodríguez Lee, Elena
Rodríguez Muñiz, Yolanda
Rodríguez Muñiz, Yolanda
Rodríguez Orviz, Argentina
Roger Márquez Belén
Rubio Pérez, Mar
Sánchez Alonso, Paula
Santos González, M.ª Fátima
Soto Valbuena, Carmen
Suárez Fernández, M.ª Luz
Terrazo Fernández, Belén
Urruchi Campo, Aránzazu
Vega Morán, Julia
Vicente González, Ángeles
Vidal Martínez, Rita
Vidal Molina, Victoria
Viejo Martínez, M.ª Guadalupe
Villamarzo Fernández, Marta
Villazón Sánchez, Elia
Viña Fernández, Eliseo