

Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería

Protocol of patient's initial valuation at the admitted to nursing care unit

Autor: Eduardo Mesa Fernández (1), M^a África Conde Anguita (2) y Josefa Moral Jiménez (1).

Cómo citar este artículo: Mesa Fernández E, Conde Anguita, MA, Moral Jiménez J. Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 Ene-Feb. [fecha acceso]; 7 (44): [aprox 6 pant]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/unidcuidenf44.pdf

Fecha recepción: 05/09/2008

Aceptado para su publicación: 02/02/2009

Resumen: La valoración inicial de un paciente, a su ingreso en la Unidad de Cuidados de Enfermería, constituye una herramienta esencial para identificar las necesidades del paciente y así poder elaborar los diagnósticos de enfermería, siendo esta el punto de partida para realizar un adecuado Plan de Cuidados. En esta unidad la valoración del paciente no resultaría completa sin la realización de una entrevista al cuidador principal.

De ahí surge la necesidad de establecer un protocolo que permita una uniformidad de criterios en los profesionales de enfermería a la hora de que datos hay que valorar y recoger para asegurar una perfecta coordinación de intervenciones y una buena continuidad de cuidados.

El documento de valoración inicial, es un registro de enfermería, que forma parte de la historia clínica del paciente. Estos registros permiten que la labor de la enfermería quede por escrito y así dar continuidad asistencial de calidad.

Palabras clave: Valoración inicial, patologías crónicas, plan de cuidados, unidad de cuidados enfermeros, entrevista.

Abstract: The initial valuation of a patient, when he is admitted to Nursing Care Unit, is an essential tool to identify the necessities of the patient and to make the nursing diagnostics so it is the starting point to do a good medical care's plan. In this unit the patient's valuation is only complete after interviewing the main health caretaker.

For this reason we need to have a protocol which allows the professional to have uniformity of criterion in order to assure a perfect coordination of interventions and a good continuity of cares.

The initial valuation document, as a nursing registration, is part of the clinical history of the patient. These registrations allow the nursing work to be valued.

Key words: Initial valuation, chronic diseases, cares' plan, nursing care unit , interview.

Centro de Trabajo: (1) Enfermero. Hospital Dr. Sagaz- Complejo Hospitalario Jaén; (2) Enfermera. Hospital Materno-Infantil- Complejo Hospitalario Jaén (Jaén, España).

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados de enfermería (UCE) ofrece una prestación asistencial diurna por un equipo multidisciplinar, destinado a proporcionar cuidados a pacientes con patologías crónicas descompensadas para la recuperación física, psíquica y social. Entre las patologías crónicas que padecen este tipo de pacientes destacan principalmente accidentes cerebro-vasculares, esclerosis múltiple asociados con bastante asiduidad con la hipertensión, la diabetes y con depresiones, que tiene déficit de autocuidados y deterioro de la movilidad física, de la eliminación urinaria e intestinal o de la comunicación verbal, por lo que precisa ayuda para desarrollar una actividad diaria normal.

Este modelo conjuga las ventajas del hospital y las de la permanencia en el hogar. Dadas las características especiales de esta unidad es esencial una buena valoración inicial al paciente, y dentro de la misma, una entrevista con el cuidador principal, ya que es imprescindible su colaboración para el seguimiento de los planes de cuidados en su domicilio. Este cuidador principal será pieza clave para la buena evolución del paciente, además una adecuada coordinación entre el equipo de la unidad y el cuidador principal permitirá una mayor autonomía al paciente y más periodos de respiro para este cuidador.

La valoración inicial al paciente debe ser un proceso organizado y sistematizado que nos permita llegar a un buen diagnóstico de enfermería y posterior puesta en marcha del plan de cuidados. Junto a esta valoración, la entrevista al cuidador nos permite conocer el entorno familiar, la situación sociocultural, el nivel de conocimientos acerca de la enfermedad del paciente, la necesidad de dar respiro al cuidador principal y además facilita la detección de las posibles necesidades sociosanitarias que puedan precisar a nivel de atención primaria como especializada por parte del paciente y/o del cuidador.

Para realizar una adecuada valoración del paciente nos basamos en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Para complementar esta valoración usamos los siguientes cuestionarios o escalas: Autonomía para las actividades de la vida diaria-Índice de Barthel, escala de Braden, escala de riesgo de caídas múltiples, escala de Glasgow.

En cuanto a la valoración del cuidador principal definimos el perfil del cuidador (entorno de cuidados) y utilizamos el índice de esfuerzo del cuidador.

METODOLOGÍA

Para un buen desarrollo de la valoración inicial debemos de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Preservar la intimidad.
- Crear un clima de calidez y aceptación:
 - o Saludar de forma cálida y adecuada, antes de que el usuario lo haga.
 - o Utilizar el nombre del usuario.
 - o Llamar al paciente de usted.
 - o Mirar a los ojos del paciente sin agobiar.
 - o Usar el tono de voz cálido amistoso y tranquilo.

- Indicar al paciente nuestro nombre y el papel que desempeñamos en el equipo.
- Explicar el objetivo del procedimiento.
- Usar una actitud de escucha activa y comunicación no verbal apropiada.
- Utilizar terminología que el paciente comprenda.
- Evitar interrumpir al paciente o al cuidador cuando estén hablando.
- Mantener una actitud de tranquilidad, sin prisas.
- Evitar contradecirle.
- Asentir con la cabeza.
- Repetir de vez en cuando lo que la otra persona ha dicho.
- No prejuzgar.
- Prestar atención a los sentimientos y emociones

Todas estas observaciones irían encaminadas a conseguir una buena empatía con el paciente y el cuidador.

VALORACION DE ENFERMERIA AL INGRESO

La valoración de enfermería al ingreso del paciente la realizamos en base a las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, complementándola con los siguientes cuestionarios o escalas: Autonomía para las actividades de la vida diaria-Índice de Barthel, escala de Braden, escala de riesgo de caídas múltiples, escala de Glasgow.

1. Datos Generales

- Nombre
- Fecha y hora del ingreso

2. Datos Relativos al Ingreso

- Procedencia
- Causa de ingreso
- Información proporcionada por...

3. Antecedentes

- Alergias
- Antecedentes: Diabetes, Hipertensión arterial. Etc.
- Dieta habitual.
- Prótesis.
- Hábitos nocivos.
- Medicación habitual.

4. Gestión de la admisión, traslado y alta.

- Ansiedad.
- Temor.
- Síndrome de estrés del traslado.
- Mantenimiento inefectivo de la salud.

5. Necesidad de higiene/cuidados piel/vestido.

- Déficit autocuidados: Baño/higiene, vestido/arreglo, uso del WC. Índice de Barthel (anexo 1).
- Deterioro de la integridad cutánea: Úlceras por presión, con nº de lesiones. Escala de Braden (anexo 2).

6. Necesidad de nutrición/hidratación.

- Déficit de autocuidados: alimentación.
- Deterioro de la deglución: sonda nasogástrica, ostomías, etc.
- Desequilibrio de la nutrición.
- Desequilibrio del volumen de líquidos.

7. Necesidad de oxigenación.

- Deterioro del intercambio gaseoso.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

- Alteración de la perfusión tisular: cardiopulmonar, cerebral, periférica, gastrointestinal o renal.

8. Necesidad de eliminación.

- Deterioro de eliminación: urinaria o intestinal.

9. Necesidad de mantenimiento de la temperatura.

- Hipertermia.
- Hipotermia.

10. Necesidad de actividad/ movilidad.

- Deambula solo.
- Intolerancia a la movilidad.
- Deterioro de la movilidad física.
- Riesgo de síndrome de desuso.

11. Necesidad de seguridad y confort.

- Riesgo de lesión.
- Riesgo de caídas. Escala de riesgo de caídas múltiples (anexo 3).
- Riesgo de traumatismo.
- Riesgo de infección.
- Riesgo de aspiración.
- Riesgo de suicidio.
- Riesgo de intoxicación.
- Dolor agudo.

12. Necesidad de reposo/sueño.

- Deterioro del patrón del sueño: insomnio, somnolencia diurna.

13. Necesidad de relación/comunicación.

- Nivel de conciencia: Escala de Glasgow (anexo 4).
- Trastorno de la percepción sensorial.
- Deterioro de comunicación verbal.
- Trastorno de los procesos del pensamiento.
- Deterioro de la interacción social.

14. Preparación/administración de medicamentos y requerimientos diagnósticos.

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Incumplimiento terapéutico.
- Dificultad para realizarlo.

ENTREVISTA AL CUIDADOR PRINCIPAL

El cuidador principal es una figura clave en el cuidado del paciente en el domicilio. Éste se convierte en soporte del enfermo. Por tanto la colaboración del cuidador principal en el seguimiento del plan de cuidados en el domicilio es imprescindible. Al tratarse de enfermos de larga evolución y, generalmente, con dificultades para realizar por si solos las actividades básicas de la vida diaria suponen una fuerte carga tanto física como psíquica para el cuidador principal, por lo cual es imprescindible para nosotros valorar la situación del mismo. Para ello definimos el perfil del cuidador y utilizamos el Índice de Esfuerzo al Cuidador, donde valoramos el nivel de esfuerzo por parte del cuidador principal a la hora de prestar cuidados al paciente.

1. Entorno de cuidados: perfil del cuidador.

EDAD		SEXO	Hombre Mujer
ESTADO CIVIL	Soltera/o Casada/o Viuda/o Separada/o	NIVEL DE ESTUDIOS	- Estudios incompletos. -Primarios. -F. Profesional / Bachiller. -E. universitarios medios. -E. universitarios superiores
ACTIVIDAD	Estudiante / ama de casa Busca empleo / trabaja Jubilada/o / Otros		

¿Convive con el paciente?	Si	No	A temporadas
¿Es usted el cuidador principal?	Si	No	A temporadas
La persona afectada es	Marido Mujer Abuelo/a	Padre Madre Hermano/a	Suegro Suegra Otro ¿Cuál?
Edad actual de la persona enferma			
¿Cuánto tiempo hace que se le diagnosticó la enfermedad?			
¿Cuántos años lleva usted cuidando de su familia?			
¿Cuántas personas conviven en el hogar?			
¿Cuántos colaboran normalmente en las tareas de cuidados?			
¿Cuenta con apoyo domiciliario o acude el enfermo a algún centro de día?	Si	No	Si es si, ¿tipo? Público Privado

2. Índice de esfuerzo del cuidador

Se trata de una entrevista semiestructurada que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica Verdadero – Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

1. Tiene trastornos de sueño

(Ejemplo: porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche).

Verdadero – Falso

2. Es un inconveniente

(Ejemplo: porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).

Verdadero – Falso

3. Representa un esfuerzo físico

(Ejemplo: hay que sentarlo, levantarlo de una silla).

Verdadero – Falso

4. Supone una restricción

(Ejemplo: porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).

Verdadero – Falso

5. Ha habido modificaciones en la familia

(Ejemplo: porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad).

Verdadero – Falso

6. Ha habido cambios en los planes personales

(Ejemplo: se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones).

Verdadero – Falso

7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo

(Ejemplo: por parte de otros miembros de la familia).

Verdadero – Falso

8. Ha habido cambios emocionales

(Ejemplo: causa de fuertes discusiones).

Verdadero – Falso

9. Algunos comportamientos son molestos

(Ejemplo: la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarles las cosas).

Verdadero – Falso

10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes

(Ejemplo: es una persona diferente de antes).

Verdadero – Falso

11. Ha habido modificaciones en el trabajo

(Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda).

Verdadero – Falso

12. Es una carga económica.

Verdadero – Falso

13. Nos ha desbordado totalmente

(Ejemplo: por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).

Verdadero – Falso

BIBLIOGRAFÍA

1. Gastón Gularte A. Entrevista clínica de enfermería. Sappiens.com [Revista en Internet] 2002 [acceso 22 Julio 2008] Disponible en: http://www.sappiens.com/castellano/articulos.nsf/Enfermer%C3%ADa/Entrevista_cl%C3%ADnica_de_enfermer%C3%ADa/8E10B56197C701A2C1256C1D0055BB0E!opendocument
2. Rodríguez Bayón A, Ballesta Rodríguez MI. Entrevista clínica: situaciones esenciales y/o complicadas. Revista El Médico 2008 abril-mayo nº 1066; 21-32.
3. Manual de protocolos y procedimientos generales de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba 1998.
4. Manual de protocolos y procedimientos U.C.E. Hospital Dr. Sagaz- Complejo Hospitalario Jaén 2003.

5. Protocolo de cumplimentación del Registro de Valoración Inicial. Complejo Hospitalario Jaén 2005.
6. Orta González MA, Rodríguez Muñoz RM, Prieto Tinoco J. Atención al cuidador/a principal desde atención primaria de salud. *Metas Enfermería* 2007 jul-ago; 10(6):18-22.
7. González Gromé E. Síndrome del Cuidador: Un cuidador enfermo. Caso clínico. *Enfermería docente –Esp-* 2005 may-ago; 82:12-17.
8. Grupo de trabajo de atención domiciliaria. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. *Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria*. Marzo 2006 [acceso: 10 Feb 2008]
Disponibile en: <http://www.svmfyc.org/Grupos/Publicaciones/UlcerasPresion.PPS#1>
9. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. *Enfermer@s del Servicio Andaluz de Salud*. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2002.
10. Díaz Castro M, Garrido Palomino MM, Camacho Carballo B, Fernández Izquierdo G, Lara Molina F, Chica Palomo MD. Unidad de Cuidados de Enfermería: UCE. *Inquietudes*. 2005 may-ago. XI(32):18-23.

Anexo 1. Autonomía para las actividades de la vida diaria –Índice de Barthel-

- Comer:
 - 10 Independiente.
 - 5 Necesita ayuda.
 - 0 Dependiente.
- Vestirse:
 - 10 Independiente.
 - 5 Necesita ayuda.
 - 0 Dependiente.
- Deposición:
 - 10 Continente.
 - 5 Accidente ocasional.
 - 0 Incontinente.
- Micción- valorar la situación en la semana previa-:
 - 10 Continente.
 - 5 Accidente ocasional.
 - 0 Incontinente.
- Ir al retrete:
 - 10 Independiente.
 - 5 Necesita ayuda.
 - 0 Dependiente.
- Trasladarse sillón-cama:
 - 15 Independiente.
 - 10 Mínima ayuda.
 - 5 Gran ayuda.
 - 0 Dependiente.
- Arreglarse:
 - 5 Independiente.
 - 0 Dependiente.
- Lavarse-bañarse:
 - 5 Independiente.
 - 0 Dependiente.
- Deambulación:
 - 15 Independiente.
 - 10 Necesita ayuda.
 - 5 Independiente en silla de ruedas.
 - 0 Dependiente.
- Subir y bajar escaleras:
 - 10 Independiente.
 - 5 Necesita ayuda.
 - 0 Dependiente.

El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100. Cuanto más cerca de 0 está la puntuación más dependencia tiene el paciente y cuanto más cerca de 100 más independencia.

La interpretación sugerida sobre la puntuación del índice es:
0-20 dependencia total.
21-60 dependencia severa.
61-90 dependencia moderada.
91-99 dependencia escasa.
100 independencia.

Anexo 2. Escala de Braden (Riesgo de úlceras por presión).

PERCEPCIÓN SENSORIAL	EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	NUTRICIÓN	RIESGO DE LESIONES CUTÁNEAS	PUNTOS
Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema	1
Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial	2
Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente	3
Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente		4

Braden-Bergstrom à < 13 = Alto riesgo.

Braden-Bergstrom à 13-14 = Riesgo moderado.

Braden-Bergstrom à > 14 = Bajo riesgo

Anexo 3. Escala de riesgo de caídas múltiples

Factores predictivos	Valor	Puntos
Caídas previas	5	
Incontinencia urinaria	3	
Problemas visuales	4	
Limitación funcional	3	
Total		

El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 15 puntos. El punto de corte se sitúa en 7, donde 7 o más puntos indican un riesgo mayor de caídas múltiples.

Anexo 4. Escala de Glasgow.

ACTIVIDAD	MEJOR RESPUESTA
Apertura de ojos: <ul style="list-style-type: none">- Espontánea:- Al hablarle:- Al dolor:- Ausencia:	<p style="text-align: center;">4 3 2 1</p>
Verbal: <ul style="list-style-type: none">- Orientado:- Confuso:- Palabras inadecuadas:- Sonidos inespecíficos:- Ausencia:	<p style="text-align: center;">5 4 3 2 1</p>
Motora: <ul style="list-style-type: none">- Obedece a órdenes:- Localiza dolor:- Retirada al dolor:- Flexión al dolor:- Extensión anormal:- Ausencia:	<p style="text-align: center;">6 5 4 3 2 1</p>

Va desde la puntuación máxima de 15, que es una persona despierta y alerta, a un mínimo de 3 puntos. Normalmente por debajo de 8 puntos el paciente suele ser intubado.