



VALORACIÓN DEL PACIENTE

Resumen

EDWIN DILBERT LOPEZ HERNANDEZ
LICENCIATURA EN ENFERMERIA

VALORACIÓN DEL PACIENTE

¿Qué es la valoración enfermera?

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes. Esto quiere decir que la valoración enfermera es:

- Un "proceso". Constituye la primera fase del proceso enfermero.
- Planificada: Está pensada, no es improvisada.
- Sistemática: Requiere un método para su realización.
- Continua. Comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros y continúa durante todo el tiempo que necesita de ellos.
- Deliberada. Precisa de una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de la persona que la realiza.

Objetivo de la valoración enfermera

El objetivo principal de la valoración enfermera es —captar en cada momento la situación de salud que están viviendo las personas, así como su respuesta a la misma. La valoración enfermera es un acto de gran importancia. De ésta va a depender el éxito de nuestro trabajo ya que es la primera fase de un proceso cuyo objetivo es conseguir el bienestar de la persona sujeta a la intervención enfermera. Debido a esto, la valoración no sólo requiere conocimientos y habilidades, además es importante que la persona que la realiza sea consciente de la finalidad que se quiere alcanzar y no caiga en el error de recoger datos sin llegar a valorar.

Tipos de valoración

Desde el punto de vista funcional, existen 2 tipos de valoración:

- *Valoración inicial*: es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona). Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos. Facilita la ejecución de las intervenciones.

- *Valoración continua, posterior o focalizada.* Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. Tiene como objetivo:
 - Recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas.
 - Realizar revisiones y actuaciones del plan.
 - Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud

Según el objetivo al que vaya dirigido, la valoración se puede clasificar en:

- *Valoración general,* encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados.
- *Valoración focalizada,* en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona.

Obtención de datos

La obtención de datos es el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente. Debe ser sistemática y continua para evitar la omisión de datos significativos y reflejar el estado de salud cambiante del paciente. Una base de datos es toda la información sobre un paciente: comprende la anamnesis de enfermería la valoración física, la anamnesis y la exploración física realizadas por el médico, los resultados de las pruebas de laboratorio y diagnósticas y el material aportado por otros profesionales de la salud.

Tipos de datos

- *Los datos subjetivos,* denominados también síntomas o datos ocultos, solo resultan aparentes para la persona afectada y solo dicha persona puede describirlos o comprobarlos. Los datos subjetivos incluyen la sensación, sentimientos, valores, creencias, actitud y percepción que el paciente tiene de su salud y situación vital.
- *Los datos objetivos,* se llaman también signos o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado. Se pueden ver, escuchar, palpar u oler y se pueden identificar mediante

la observación o exploración física. Durante la exploración física el profesional de enfermería obtiene datos objetivos para validar los datos subjetivos y completar la fase de valoración del proceso de enfermería.

Fuentes de los datos

Los datos pueden proceder de fuentes primarias o secundarias. El paciente es la base primaria de datos, mientras que los familiares, otras personas de apoyo, los profesionales de la salud, las historias o registros previos, los estudios de laboratorio u otros análisis y la bibliografía importante son fuentes secundarias de datos. De hecho, todas las fuentes distintas del propio paciente se consideran secundarias. Todas las fuentes secundarias deben validarse, si es posible.

- *Paciente:* La mejor fuente de datos suele ser el paciente, a no ser que esté demasiado enfermo, sea demasiado joven o esté confundido como para comunicarse claramente. El paciente puede proporcionar datos subjetivos que nadie más puede ofrecer. Los datos primarios suelen ser las declaraciones hechas por el paciente, pero también incluyen aquellos datos objetivos que puede obtener directamente el profesional de enfermería del paciente, como el sexo.
- *Personas de apoyo:* Los familiares, los amigos y los cuidadores que conocen al paciente pueden a menudo complementar o verificar la información dada por este. Podrían transmitir información sobre la respuesta del paciente a la enfermedad, el estrés que experimentó antes de la enfermedad, las actitudes de la familia sobre la enfermedad y la salud y el ambiente domiciliario del paciente. Las personas de apoyo son una fuente especialmente importante de datos en el caso de un paciente muy joven o un paciente que está inconsciente o confundido.
- *Historia del paciente:* La historia del paciente incluye información registrada por varios profesionales de la salud. La historia del paciente también contiene datos respecto a la ocupación, la religión y el estado civil del paciente. Al revisar esta historia antes de entrevistar al paciente, el profesional de enfermería puede evitar plantear preguntas para las que ya tiene respuesta. La repetición de preguntas puede ser estresante y molesta para los pacientes y hacer que se molesten por la falta de comunicación que hay entre los profesionales de la salud. Los tipos de

historia de los pacientes son la historia médica, la historia terapéutica y la historia de laboratorio.

- *Profesionales de la salud:* Como la valoración es un proceso continuo, los informes verbales de otros profesionales de la salud sirven de posibles fuentes de información sobre la salud del paciente. Los profesionales de enfermería, los trabajadores sociales, los médicos y los fisioterapeutas, por ejemplo, pueden tener información de un contacto previo o actual con el paciente. Compartir la información entre profesionales es especialmente importante para asegurar la continuidad de la asistencia cuando los pacientes son transferidos a su hogar o de su hogar a las instituciones de salud.
- *Bibliografía:* La revisión de la bibliografía de enfermería y relacionada, como las revistas profesionales y los textos de referencia, puede proporcionar información adicional para la base de datos. Una revisión de la bibliografía comprende la siguiente información, aunque no se limita a ella:
 - Modelos o normas con las que comparar las observaciones (p. ej., tablas de altura y peso, tareas normales para el nivel de desarrollo de un grupo de edad)
 - Prácticas de salud culturales y sociales
 - Creencias espirituales
 - Datos de valoración necesarios para trastornos específicos del paciente
 - Intervenciones de enfermería y criterios de evaluación relevantes para los problemas de salud de un paciente
 - Información sobre los diagnósticos médicos, tratamientos y pronósticos
 - Métodos actuales y observaciones de la investigación

Métodos de obtención de los datos

Los principales métodos usados para recoger los datos son la observación, la entrevista y la exploración.

- *Observación:* Observar es obtener datos usando los sentidos. La observación es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. Aunque los profesionales de enfermería observan sobre todo a través de la vista, la mayoría de los sentidos participan durante las

observaciones atentas. La observación tiene dos aspectos: a) fijarse en los datos, y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos. Las observaciones de enfermería deben organizarse de manera que no se pase por alto nada importante. La mayoría de los profesionales de enfermería desarrolla una secuencia particular de acontecimientos observadores, habitualmente centrados primero en el paciente. Por ejemplo, un profesional de enfermería camina por la habitación de un paciente y observa en el siguiente orden:

- Signos clínicos de sufrimiento (p. ej., palidez o enrojecimiento, respiración laboriosa y conducta que indica dolor o sufrimiento emocional).
 - Amenazas a la seguridad del paciente, reales o anticipadas (p. ej., una barandilla bajada).
 - La presencia y funcionamiento de equipo asociado (p. ej., equipo intravenoso y oxígeno).
 - El ambiente inmediato, como las personas que están en la habitación.
- *Entrevista:* Una entrevista es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo, por ejemplo, para obtener o dar información, identificar problemas mutuos, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo o dar consejo o tratamiento. Existen dos métodos para entrevistar: dirigido y no dirigido.
 - La entrevista dirigida está muy estructurada y obtiene información específica. El profesional de enfermería establece el objetivo de la entrevista y la controla, al menos al comienzo. El paciente responde a preguntas, pero puede tener una oportunidad limitada para plantear cuestiones o comentar preocupaciones. Los profesionales de enfermería usan con frecuencia las entrevistas dirigidas para obtener y dar información cuando el tiempo es limitado (p. ej., en una situación urgente).
 - Entrevista no dirigida, o entrevista construida sobre la buena relación, el profesional de enfermería permite al paciente controlar el objetivo, el tema y el ritmo. La buena relación es la comprensión entre dos o más personas.
 - *Exploración:* La exploración física o la valoración física es un método sistemático de recogida de datos que usa la observación (es decir, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto) para detectar problemas de salud. Para realizar la exploración, el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión. La exploración física se realiza de forma sistemática. Puede organizarse en función de la preferencia del examinador, en una disposición desde

la cabeza a los dedos de los pies o por sistemas orgánicos. El profesional de enfermería suele registrar primero una impresión general sobre el aspecto general del paciente, por ejemplo, la edad, el tamaño corporal, el estado mental y nutricional, el habla y la conducta. Después el profesional toma medidas como las constantes vitales, la altura y el peso. El método cefalocaudal o de la cabeza a los dedos de los pies comienza con la exploración de la cabeza; progresa hacia el cuello, el tórax, el abdomen y las extremidades, y termina en los dedos de los pies.

Organización de datos

Los profesionales de enfermería usan un formato escrito (o electrónico) para organizar los datos de la valoración de una forma sistemática. A esto se le denomina a menudo anamnesis de enfermería, valoración de enfermería o formulario de bases de datos de enfermería. El formato puede modificarse en función del estado físico del paciente, como aquel que se centra en los datos osteomusculares de los pacientes ortopédicos.

- *Modelos/estructuras conceptuales*, La mayoría de las escuelas de enfermería e instituciones de salud ha desarrollado su propio formato de valoración estructurado. Muchos se basan en modelos o estructuras de enfermería seleccionados.
 - Gordon proporciona una estructura de 11 patrones de salud funcionales. Gordon usa la palabra patrón para referirse a una secuencia de conductas recurrentes. El profesional de enfermería recoge datos sobre la conducta disfuncional y la funcional. De este modo, usando la estructura de Gordon para organizar los datos, los profesionales de enfermería son capaces de discernir los patrones emergentes.
 - Orem (2001) perfila ocho requisitos de autoasistencia universales de los seres humanos.
 - Roy (2008) señala los datos que tienen que recogerse en función del modelo de adaptación de Roy y clasifica la conducta observable en cuatro categorías: fisiológica, autoconcepto, función de rol e interdependencia.
- *Modelos de bienestar*, Los profesionales de enfermería usan modelos de bienestar para ayudar a los pacientes a identificar riesgos para la salud y explorar estilos de vida y conductas de salud, creencias, valores y actitudes que engendren niveles de bienestar. Estos modelos suelen incluir lo siguiente:

- Anamnesis
- Evaluación de la forma física
- Valoración nutricional
- Análisis del estrés vital
- Estilo de vida y hábitos de salud
- Creencias sobre la salud
- Salud sexual
- Salud espiritual
- Relaciones
- Estimación del riesgo para la salud
- *Modelos ajenos a la enfermería*, Las estructuras y modelos procedentes de otras disciplinas también pueden ser útiles para organizar los datos. Estas estructuras son más estrechas que el modelo exigido en la enfermería; por tanto, el profesional de enfermería suele necesitar combinarlos con otros métodos para obtener una anamnesis completa.
 - Modelo de los sistemas o aparatos corporales El modelo de los sistemas o aparatos corporales se centra en las anomalías de los siguientes sistemas o aparatos anatómicos:
 - Sistema tegumentario
 - Aparato respiratorio
 - Aparato cardiovascular
 - Sistema nervioso
 - Sistema osteomuscular
 - Aparato digestivo
 - Aparato genitourinario
 - Aparato reproductor
 - Sistema inmunitario
 - Jerarquía de Maslow de las necesidades La jerarquía de Maslow de las necesidades agrupa datos relativos a:
 - Necesidades fisiológicas (necesidades para la supervivencia)
 - Necesidades respecto a la inocuidad y la seguridad
 - Necesidades de amor y pertenencia
 - Necesidades de autoestima
 - Necesidad de autorrealización

- Teorías del desarrollo El profesional de enfermería puede utilizar varias teorías del desarrollo físico, psicosocial, cognitivo y moral en situaciones específicas. Ejemplos de ellas son:
 - Períodos de edad y tareas del desarrollo de Havighurst
 - Cinco estadios del desarrollo de Freud
 - Ocho fases del desarrollo de Erikson
 - Fases de Piaget del desarrollo cognitivo
 - Estadios de Kohlberg del desarrollo moral

Validación de datos

La información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa porque los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en esta información. La validación es el acto de «comprobar dos veces» o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos. La validación de los datos ayuda al profesional de enfermería a completar estas tareas:

- Garantizar que la información de la valoración es completa.
- Garantizar que los datos objetivos y subjetivos relacionados están de acuerdo entre sí.
- Obtener información adicional que puede haberse pasado por alto.
- Diferenciar entre pistas e inferencias. Las pistas son datos objetivos o subjetivos que puede observar directamente el profesional de enfermería; es decir, lo que el paciente dice o lo que el profesional de enfermería puede ver, oír, percibir, oler o medir. Las inferencias son la interpretación o conclusiones del profesional de enfermería basadas en las pistas.

Como regla, el profesional de enfermería valida los datos cuando hay discrepancias entre los datos obtenidos en la entrevista de enfermería (datos subjetivos) y los de la exploración física (datos objetivos), o cuando las declaraciones del paciente difieren en diferentes momentos en la valoración. Para recoger los datos de forma precisa, los profesionales de enfermería deben ser conscientes de sus propios sesgos, valores y creencias y separar los hechos de las inferencias, interpretaciones y suposiciones.

Registro de datos

Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos del paciente. El registro preciso es fundamental, y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente. Los datos se recogen de forma objetiva y no los interpreta el profesional de enfermería. Para aumentar la precisión, el profesional de enfermería registra los datos subjetivos con las propias palabras del paciente entre comillas. Decir en otras palabras lo que alguien manifiesta aumenta la probabilidad de cambiar el significado original.

Valoración primaria

- Respuesta del paciente, Determine si el paciente se encuentra consciente o inconsciente. Para ello, verifique el nivel de consciencia mediante la escala AVDN:
 - Alerta.
 - (V) Respuesta a estímulos verbales.
 - (D) Respuesta a estímulos dolorosos.
 - (N) Respuesta negativa, no hay respuesta.

Paciente inconsciente:

- Si el paciente está inconsciente, solicite USVA, consiga un DESA y valore signos de respiración:
 - Si el paciente tiene signos de respiración:
 - Solicitar USVA si no lo hizo con antelación.
 - Garantice la permeabilidad de la vía aérea.
 - Proporcionar O₂ a alto flujo (mascarilla con reservorio a 10-12 l/min), excepto en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en los que se limitará la administración de O₂ hasta conseguir una SatO₂ entre 88-92%.
 - Reevalúe al paciente constantemente, por posibles cambios en el estado del paciente.
 - Si el paciente no tiene signos de respiración, es decir no respira o no lo hace con normalidad (solo jadea o boquea).
 - Determine la existencia de pulso carotídeo (Técnica: Signos vitales)

- Si encuentra pulso carotideo:
 - Garantice la permeabilidad de la vía aérea.
 - Realice ventilaciones efectivas con bolsa de resucitación conectada a reservorio y O₂ a 10-12 l/min.
 - Coloque la mascarilla de la bolsa de resucitación con el canto estrecho hacia la nariz y el lado ancho hacia la boca.
 - Sujete la mascarilla poniendo el pulgar sobre el lado estrecho de la mascarilla y el índice sobre el ancho y presione la mascarilla sobre la boca y nariz. Con los 3 dedos restantes enganche el mentón y tracciones.
 - Realice las compresiones de la bolsa con la otra mano de forma amplia y suave de un segundo de duración, con un volumen suficiente como para hacer que el tórax se mueva visiblemente.
 - Evite la hiperventilación. Una ventilación excesiva en frecuencia, volumen o presión, además del peligro de hiperinsuflación gástrica y aspiración, produce también un descenso en el retorno venoso y, por tanto, también del gasto cardíaco.
 - Compruebe que las ventilaciones son efectivas, viendo si el tórax se eleva como en una respiración normal. Si encuentra dificultad para ventilar al paciente: vuelva a comprobar la permeabilidad de la vía aérea, reevaluando la maniobra de apertura de la vía aérea y buscando una posible obstrucción. Continúe con las ventilaciones a un ritmo de 10-12 rpm (1 ventilación cada 5-6 sg). Reevalúe el pulso cada 2 minutos utilizando no más de 10 seg.
- Si no encuentra pulso carotideo: Informe a la central de la existencia de PCR, filie la hora y comience con maniobras de reanimación.

Paciente consciente

- Si el paciente se encuentra consciente, continúe con la valoración del paciente.
 - Estado respiratorio Valore los siguientes puntos:
 - Frecuencia:
 - Rápida: más de 30 rpm (taquipnea)
 - Normal: 16-24 rpm
 - Lenta: menos de 10 rpm (bradipnea)

- Características:
 - Profundidad (superficial, normal, profunda)
 - Regularidad (regular, irregular)
- Movimientos respiratorios:
 - Simetría de los movimientos torácicos.
 - Esfuerzo respiratorio: utilización de músculos no habituales en la respiración durante la inspiración (los del cuello, clavículas y abdominales).
 - Ruidos durante la inspiración y la espiración. Evalúe integridad del tórax. Observe presencia de palidez o cianosis.

En los casos en que el paciente presente las siguientes alteraciones del estado respiratorio:

- Taquipnea o bradipnea y/o irregularidad, superficialidad o excesiva profundidad.
- Asimetría de los movimientos torácicos:
 - Un hemitórax no se eleva y desciende con el mismo ritmo y profundidad que el otro durante el ciclo respiratorio.
 - Existencia de una zona en un hemitórax que presenta movimientos contrarios con respecto al resto del mismo.
- Esfuerzo respiratorio utilizando músculos accesorios.
- Ruidos respiratorios anormales.
- Traumatismos que comprometan la integridad del tórax.

Proceda a: solicitar USVA y Proporcionar O₂ a alto flujo (mascarilla con reservorio a 10-12 l/min), excepto en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, en los que se limitará la administración de O₂ hasta conseguir una SatO₂ entre 88-92%. Si el paciente no respira o presenta una bradipnea extrema, ventile con bolsa de resucitación conectada a reservorio, O₂ a 10-12 l/min y cánula orofaríngea de Guedel (10-12 respiraciones por minuto, una cada 5 ó 6 segundos).

- Estado circulatorio Valore los siguientes puntos:
 - Frecuencia y características del mismo. FC en el adulto:
 - Taquicardia: > 120 lpm
 - Normal: 60-80 lpm

- Bradicardia: < 60 lpm
 - Ritmo: regular, irregular
 - Fuerza: lleno, débil (filiforme).
- Estado de perfusión tisular del paciente mediante:
 - Tiempo de relleno capilar, que debe ser menor de 2 sg.
 - Temperatura y coloración de la piel (sonrosada, pálida, azulada - cianosis-) y la presencia de sudoración.
 - TAS aproximada con la toma de pulsos. La presencia de pulso radial generalmente indica una TAS mayor de 80 mmHg; de pulso femoral, una TAS mayor de 70 mmHg y de pulso carotideo, una TAS mayor de 60 mmHg.
 - Valore la existencia de hemorragias externas severas (ver procedimiento técnico 'Control de hemorragias')

En los casos en que el paciente presente alteraciones del estado circulatorio tales como:

- Taquicardia o bradicardia.
- Pulso filiforme.
- Pulso irregular.
- Relleno capilar retardado: mayor de 2 sg.
- Temperatura y coloración anormales (frialdez, palidez, sudoración o cianosis).
- Ausencia de pulsos distales (radiales o femorales).
- Presencia de hemorragias severas que puedan suponer riesgo de shock hipovolémico.

En este caso, priorice el control de éstas para evitar la pérdida de un mayor volumen sanguíneo durante la reanimación. Proceda a:

- Solicitar USVA. o Si no se realizó con anterioridad, proporcione oxígeno a alto flujo (mascarilla con reservorio a 10-12 l/min), salvo indicación distinta en función de patología específica.
- Eleve los miembros inferiores del paciente ligeramente (15° - 30°), y realice vendaje compresivo de los puntos sangrantes.
- Evite pérdidas de calor corporal cubriendo a la víctima con una manta.

- Estado neurológico

- Valore el nivel de consciencia y los posibles déficits neurológicos:
- Compruebe la orientación témporo-espacial y personal, mediante preguntas breves y obvias.
- Realice la escala de coma de Glasgow.
- Valore el tamaño y reactividad pupilar:
 - midriasis (dilatadas en exceso)
 - normales o medias
 - miosis (empequeñecidas)
 - puntiformes (miosis extrema).
- Vigile las diferencias de tamaño entre las dos pupilas:
 - Isocoria (pupilas de igual forma y tamaño)
 - Anisocoria (pupilas de diferente tamaño)
- Reactividad: normal, lenta, pupilas arreactivas.

En los casos en que el paciente presente:

- Alteraciones de la consciencia
- Niveles de respuesta distintos al de alerta
- Se tenga constancia de que haya sufrido una pérdida de conocimiento o pérdidas de memoria y/o Presente déficits neurológicos. Proceda a:
 - Solicitar USVA.
 - Si no se realizó con anterioridad, proporcione O₂ a alto flujo mediante mascarilla con reservorio (salvo indicación distinta en función de patología específica).
 - En el caso en que las alteraciones puedan comprometer las funciones vitales del paciente proceda en consecuencia (ver procedimiento SVB 'Instrumental en adultos')
 - Exposición Ponga al descubierto, de forma rápida, el cuerpo o la parte del cuerpo que desee valorar para localizar signos de lesiones o enfermedades que pudieran comprometer las funciones vitales del paciente.
 - Mantenga la privacidad del paciente en la medida de lo posible. Abríguele después.

Valoración secundaria

- Inicie la valoración secundaria, sólo en aquellos casos en que las funciones vitales del paciente lo permitan.
- Reevalúe de forma continua
- Si detecta compromiso de las funciones vitales, suspenda la valoración secundaria, solicite USVA, informando de la situación, e intente su estabilización.
- Si su estado lo permite, interróguele con el objetivo de identificar el motivo de demanda de asistencia, así como los signos y síntomas acompañantes. Si el paciente está inconsciente, pregunte a alguna persona que pueda proporcionar la información requerida.
- Explore al paciente desde la cabeza a los pies incluida la espalda. Obtenga los siguientes datos:
 - Localización de zonas dolorosas.
 - Alteraciones motoras o de sensibilidad.
 - Tiempo de inicio de los signos, síntomas y su duración.
 - Factores que los agravan o alivian. o Busque lesiones que no sean evidentes.
- Monitorice las constantes del paciente, al menos en 2 ocasiones (la primera en el lugar del incidente y la segunda antes de realizar la transferencia hospitalaria), registrándolas en el informe. o FR (rpm) o FC (lpm) o TAS y TAD
- Temperatura corporal, si está disponible
- Saturación de oxígeno, SatO₂ (pulsioximetría): Saturación de oxígeno de la Hemoglobina expresada en porcentaje (%)
- Realice breve historia del paciente con la información recibida y con los datos de la exploración.

Valoración mediante Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras para llegar al diagnóstico enfermero. Para llevar a efecto esta valoración se puede optar por una herramienta que puede ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Esta herramienta es la valoración por patrones funcionales de M. Gordon (1982). Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos, más

o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de éstos permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales, y del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles de una valoración correcta. La valoración por patrones funcionales enfoca su atención sobre 11 patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Estos patrones surgen de la evolución entre el paciente y su entorno y están influenciados por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales. La valoración por patrones funcionales tiene como objetivo determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de alguno de ellos para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad.

El juicio sobre si un patrón es funcional o disfuncional se hace comparando los datos obtenidos en la valoración con datos de referencia del individuo, normas establecidas según la edad del individuo, normas sociales o culturales, etc. Un patrón disfuncional puede aparecer con una enfermedad, o puede conducir a ella. Toda esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos patrones funcionales que están alterados, o en riesgo de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación. La valoración de cada uno de los patrones debe evaluarse en el contexto de los demás, ya que ningún patrón podrá comprenderse sin el conocimiento de los restantes. Los 11 Patrones Funcionales son:

- Patrón 1: Percepción de la salud
- Patrón 2: Nutricional/metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividad/ejercicio.
- Patrón 5: Sueño/descanso.
- Patrón 6: Cognitivo/perceptivo.
- Patrón 7: Autopercepción/autoconcepto.

- Patrón 8: Rol/relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad/reproducción.
- Patrón 10: Adaptación/tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores/creencias.