

Valoración

Las normas en enfermería sirven para garantizar una atención segura, ética y de calidad al paciente, promoviendo prácticas consistentes y responsables que protejan tanto al personal de salud como a los pacientes.

Fases de valoración

- **Recopilación de datos**
- **Organización de la información**
- **Análisis e interpretaciones**
- **Documentación**

Recopilación de datos

Se obtiene información sobre el estado de salud del paciente a través de diferentes fuentes como: Entrevista con el paciente y su familia, exploración física evaluando signos vitales, estado de conciencia, movilidad, piel, entre otros, revisión de la historia clínica y pruebas diagnósticas y de laboratorio

Organización de la información

Para facilitar la interpretación, los datos recopilados se estructuran según modelos teóricos de enfermería

Análisis e interpretación

Se identifican problemas de salud actuales y potenciales. Se analizan factores de riesgo que puedan predisponer al paciente a enfermedades o complicaciones.
• Se establecen diagnósticos de enfermería según la NANDA

Tipos de valoración

- **Valoración inicial**
- **Valoración focalizada**
- **Valoración continua**
- **Valoración Urgente**

Valoración inicial

Se realiza en el primer contacto con el paciente (ingreso a un hospital, consulta médica, etc.) Se recopila información general sobre el estado de salud, antecedentes médicos y necesidades básicas. Sirve como base para planificar los cuidados.

Valoración Focalizada

Se centra en un problema de salud específico (dolor, dificultad respiratoria, heridas, fiebre, etc). Se realiza cuando un paciente ya ha sido valorado previamente, pero presenta una nueva alteración

Técnicas de valoración

- **Inspección**
- **Palpación**
- **Percusión**
- **Auscultación**

Inspección

Es la observación directa del paciente para identificar alteraciones en su apariencia, movimientos y conducta. Se realiza con luz adecuada y, en algunos casos, con instrumentos como lámparas, otoscopios o lupas.

Permite detectar:

- Coloración de la piel (palidez, ictericia, cianosis).
- Lesiones, heridas, edemas o deformidades.
- Movimientos anormales o posturas inusuales.
- Expresiones faciales y signos

Palpación

Consiste en tocar con las manos diferentes partes del cuerpo para evaluar textura, temperatura, sensibilidad, forma y consistencia de órganos o estructuras. Se divide en 2

Escalas de valoración

- **Escalas para evaluar nivel de conciencia**
- **Escalas para dolor**
- **Escalas de riesgo de upp**
- **Escalas de riesgo de caídas**
- **Escala riesgo de desnutrición**
- **Escala para evaluar la dependencia funcional**
- **Escala para deterioro cognitivo**

Escalas para evaluar nivel de conciencia

Glasgow: Determina el grado de conciencia tras un traumatismo o daño neurológico.
RASS: Mide el nivel de sedación o agitación en pacientes críticos.

Escalas para dolor

EVA / END: Cuantifican la intensidad del dolor.
Wong-Baker: Evalúa el dolor en niños o personas con dificultades para comunicarse

Escalas riesgo de upp

Norton / Braden: Determinan el riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes encamados.

Documentación:

Se registran los hallazgos en la historia clínica de manera clara, precisa y objetiva. La documentación debe incluir:

Datos subjetivos (lo que dice el paciente).

Datos objetivos (lo que observa el enfermero/a).

Diagnóstico de enfermería.

Plan de cuidados y evolución del paciente

Valoración continua

Se lleva a cabo durante toda la estancia del paciente en el centro de salud. Permite monitorear cambios en su estado y modificar el plan de cuidados si es necesario.

Valoración Urgente

Se realiza en situaciones de emergencia o urgencia médica (accidentes, paros cardiorrespiratorios, crisis hipertensivas, etc.). Su objetivo es identificar rápidamente problemas críticos y priorizar intervenciones inmediatas.

Palpación superficial:

Se aplica con la yema de los dedos para identificar temperatura, sensibilidad y textura de la piel.

Palpación profunda:

Se realiza con mayor presión para evaluar órganos interno riñones o el hígado, asas anormales.

Permite detectar:

- Aumento de temperatura en áreas inflamadas.
- Dolor o sensibilidad anormal.
- Presencia de masas, nódulo o tumores

Percusión

Consiste en golpear suavemente el cuerpo con los dedos o instrumentos para evaluar la densidad y características de órganos internos.

Se realiza de dos maneras:

Percusión directa: Se golpea directamente con la punta de los dedos sobre la piel.

Percusión indirecta: Se coloca una mano sobre la piel y se golpea con los dedos de la otra mano.

Permite identificar:

- Presencia de líquido o aire en pulmones y abdomen.
- Tamaño y forma de órganos internos (hígado, bazo).
- Posibles fracturas o inflamaciones.

Auscultación

Se utiliza un estetoscopio para escuchar sonidos internos del cuerpo, como ruidos cardíacos, respiratorios, digestivos o vasculares. Auscultación directa: Se realiza sin instrumentos, ejemplo: escuchar la respiración con el estetoscopio. Auscultación indirecta: Se usa un estetoscopio para amplificar los sonidos internos.

Permite evaluar: el ritmo y frecuencia cardíaca, sonidos respiratorios anormales (sibilancias, crepitaciones), ruidos intestinales (hypoactividad o hiperactividad) y circulación sanguínea en arterias.

Escalas de riesgo de caídas

Morse / Downton: Identifican el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados o adultos mayores.

Escala riesgo de desnutrición

MNA / MUST: Detectan desnutrición o riesgo de malnutrición.

Escala para evaluar la dependencia funcional

Barthel: Valora la capacidad para realizar actividades básicas diarias.

Lawton y Brody: Evalúa la independencia en actividades instrumentales (manejo de dinero, compras, etc.).

Escala para deterioro cognitivo

MMSE (Folstein) / Pfeiffer detectan deterioro cognitivo o demencia.