

CAPITULO II

PREPARACIÓN DEL PACIENTE Y CUIDADOS GENERALES

TEMA 5

VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE. HISTORIA DE ENFERMERÍA

AUTORES:

Salvador Santos Vélez, Juan Antonio Muñoz Campos, Francisco Reina Romero.
Servicio de Hemodinámica. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

5.1 Introducción

La realización del cateterismo cardiaco (CC) precisa de una serie de intervenciones por parte de la enfermera responsable del paciente entre las que se incluye la valoración inicial del mismo antes de iniciarse el procedimiento.

Actualmente se viene trabajando en las nuevas titulaciones universitarias en las que es necesario especificar las competencias profesionales. En el título de Grado de Enfermería se reconoce como competencia profesional, entre otras, la capacitación para **la valoración del paciente y la detección de signos y síntomas de enfermedad**.

La bibliografía publicada más recientemente, en el ámbito de la enfermería médico-quirúrgica, sigue las recomendaciones del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y unifica el lenguaje que debe utilizar la enfermera para transmitir la información recogida del paciente y poder así construir la historia clínica de salud. Multitud de Centros Sanitarios han adoptado este mismo lenguaje con el fin de estandarizar los cuidados, registrarlos y crear una base de datos que permita avanzar en la Investigación Enfermera.

La información del paciente la recogeremos mediante la valoración de los **Patrones Funcionales de Salud** diseñados por Gordon, en el que los datos subjetivos se recogen mediante la valoración de áreas funcionales específicas. Este formato está diseñado para facilitar la recogida de datos sistemáticos a fin de determinar la presencia de problemas tratables para el cuidado y diagnóstico enfermero. “Los patrones funcionales ayudan a valorar los sistemas corporales de manera holística porque consideran, aparte de los factores fisiopatológicos, los psicológicos, los espirituales y los socioculturales, que interfieren entre sí y en la respuesta humana a la enfermedad”¹. Mas adelante se describen brevemente cada uno de los patrones diseñados por Gordon.

Diferenciaremos los problemas detectados en Diagnósticos de enfermería y Problemas Interdependientes.

Por otra parte, obtendremos los datos directos mediante la exploración física, que abordaremos en un apartado distinto.

5.2 Patrones Funcionales de Salud

A continuación pasamos a describir, a manera de breve revisión, los diferentes Patrones descritos por Gordon:

- *Patrón de percepción de salud y su cuidado*: Este patrón se centra en el estado de salud y bienestar percibido por el paciente y en las prácticas personales para mantener la salud. Éstas incluyen actividades de detección preventivas para el mantenimiento de la salud e identificación de factores de riesgo. La enfermera debe valorar en este patrón, mediante la entrevista del paciente, las circunstancias que hacen que mejore o deteriore el mantenimiento de la salud en el individuo. Se debe invitar al paciente a que describa con sus palabras su estado de salud, registrándolo con sus mismas palabras. Se averigua el conocimiento que tiene sobre su problema de salud actual, investigando sobre el cumplimiento del tratamiento así como otras prácticas de salud que el paciente realiza para evitar la progresión de la enfermedad. De igual forma se pregunta por los antecedentes familiares de relevancia y sobre el consumo de sustancias tóxicas.
- *Patrón nutricional metabólico*: En este patrón se valoran los procesos de ingestión, digestión, absorción y metabolismo. Es preciso averiguar cuáles son los hábitos dietéticos del paciente, la pérdida o ganancia de peso, el grado de energía para realizar las actividades normales de la vida diaria y las lesiones o sequedad de piel y mucosas. Se deben valorar los factores socioeconómicos que influyan en los tipos de alimentos consumidos así como las preferencias alimenticias. Es importante determinar el modo en el que el problema de salud actual ha interferido en su dieta y su apetito. Se debe preguntar sobre las alergias o intolerancias alimentarias.
- *Patrón de eliminación*: En este patrón la enfermera valora la función intestinal, vesical y cutánea. Se revisan los aspectos cuantitativos y cualitativos de la eliminación intestinal y urinaria. Se debe preguntar sobre la pérdida de control o si se siente dolor al defecar u orinar. Se valora la sudoración excesiva de la piel, los edemas y presencia de prurito.
- *Patrón de actividad - ejercicio*: Se valora en este patrón el grado de actividad física que puede llegar a desarrollar, codificándolo en cuatro niveles relacionados con el autocuidado (cuadro adjunto). Se debe investigar sobre determinados problemas que pueden provocar algún grado de déficit de auto cuidados como dolor torácico, disnea, mareos, claudicación intermitente, dolor músculo-esquelético, fatiga y debilidad.
- *Patrón descanso y sueño*: Se valora en este patrón la eficacia del descanso en el paciente y hasta que punto la enfermedad puede afectar su ritmo habitual de descanso. Se analizan los posibles factores que influyan en la alteración del sueño o aquellos otros que puedan favorecerlo.
- *Patrón cognitivo - perceptual*: En este patrón se describen todos los sentidos y las funciones cognitivas como la comunicación, memoria y toma de decisiones. Es importante averiguar la manera que el paciente tiene de compensar los trastornos sensorio-perceptuales. Se evalúa el dolor mediante el uso de diferentes tipos de escalas.
- *Patrón de autopercepción - autoestima*: Este patrón describe el autoconcepto del paciente, que es clave para determinar cómo interactúa con los demás. Incluye las percepciones de uno mismo, de su imagen corporal, la percepción de las capacidades, el sentido general de valía personal así como el patrón emocional general.

- *Patrón de rol y relaciones sociales*: Se describen aquí las relaciones sociales del paciente y el rol que desempeña, así como las responsabilidades que abarca. Se debe analizar el efecto de la enfermedad sobre sus relaciones sociales.
- *Patrón sexualidad – reproducción*: Se analiza el nivel de satisfacción sexual y el patrón reproductivo. Valorar la influencia del estado de salud, fármacos y aislamiento hospitalario sobre su patrón sexual.
- *Patrón adaptación y tolerancia al estrés*: Este patrón analiza la superación y la efectividad de los mecanismos de afrontamiento. Se deben analizar los factores de estrés, la percepción de los mismos por parte del paciente y su respuesta ante ellos. Incluye la capacidad para resistir los cambios en su propia integridad. Debemos descubrir cuales son los sistemas de apoyo que utiliza el paciente para afrontar situaciones de estrés e identificar a sus miembros.
- *Patrón creencias y valores*: En este patrón se investiga sobre los valores y creencias que puedan influir en la elección del paciente en situaciones de salud o enfermedad. Identifica los principales sistemas valores del paciente.

5.3 Valoración Física. Datos Objetivos

El examen físico es una valoración sistemática del estado físico y mental del paciente.

Existen dos tipos de examen físico: Detección y regional. El primero se realiza con el objetivo de detectar posibles problemas en los principales sistemas corporales. El segundo valora con detalle un sistema corporal concreto. Enfermería debe alertar de la necesidad de un examen regional ante la aparición de determinados signos o síntomas.

Las técnicas empleadas son las clásicas: inspección, palpación, percusión y auscultación. No es materia de este manual la descripción de cada una de ellas, aunque en el desarrollo del tema haremos referencia a las mismas.

5.4 Diagnósticos Enfermeros NANDA

Según explica M. Gordon, “los patrones funcionales de salud nos dan información de cómo el paciente vive su enfermedad y de que manera afecta el estado de bienestar del individuo”.¹

Debemos valorar los problemas funcionales de salud que tienen el paciente para identificar sus capacidades, en cuanto a la función, y determinar si existen patrones de salud disfuncionales y/o patrones disfuncionales potenciales (complicaciones potenciales/ problemas interdependientes). Los primeros se convierten en diagnósticos enfermeros, mientras los segundos identifican estados de riesgo de padecer problemas. El uso de los patrones disfuncionales de salud nos ayudará a diferenciar áreas de intervención enfermera independiente y áreas que requieren la colaboración o derivación con otros miembros del equipo de salud.

Se entiende por **Diagnóstico Enfermero (DE)**, según la definición aceptada por la NANDA en su novena conferencia, celebrada en marzo de 1990, como el *juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable*.²

Dentro de los DE se diferencian:

- **DE reales**, que describen la respuesta actual de una persona, familia o comunidad a una situación de salud/ proceso vital. Éste se evidencia por la presencia de datos objetivos y/o subjetivos, llamadas características definitorias, justo en el momento de la valoración del paciente. Su fórmula es: problema + factor relacionado (causa) + manifestado por (signos / síntomas subjetivos). (taxonomía NANDA). La misma NANDA hace una salvedad para esta fórmula en el caso de utilizar la etiqueta diagnóstica de *déficit de conocimientos*, en cuyo caso debe sustituirse el “relacionado con “ por dos puntos y especificar exactamente el conocimiento que necesita. (*déficit de conocimientos: uso correcto y posibles efectos secundarios del tratamiento antiagregante* ³). Se recomienda la lectura de este libro para revisión de cada uno de los diagnósticos NANDA.

Ejemplo 1:

Problema: Perfusión tisular inefectiva periférica.

Relacionado con (causa): Obstrucción flujo arterial radial derecho por acceso de intervencionismo coronario.

Manifestado por (signos/ síntomas): Dolor intenso y frialdad en mano derecha.

Ejemplo 2:

Problema: Disminución del gasto cardiaco.

Relacionado con (causa): Insuficiencia ventricular izquierda.

Manifestado por (signos/ síntomas): Disnea, hipotensión arterial y disminución de pulsos periféricos.

- **DE de alto riesgo**: Describe respuestas humanas a situaciones de salud que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad. vulnerables. Se identifica por la presencia de factores de riesgo que favorecen la aparición de dicho problema de salud. En este caso, la fórmula consta de dos partes: Problema + Factor de riesgo (causa), puesto que si existiesen características definitorias de los mismos, se convertiría en un DE real.

Ejemplo 1:

Problema: Alto riesgo de patrón respiratorio ineficaz.

Relacionado con (factores de riesgo): efecto de la medicación administrada que podrían provocar depresión respiratoria.

Ejemplo 2:

Problema: Alto riesgo de deterioro del patrón de sueño.

Relacionado con (factores de riesgo): Procedimiento diagnóstico cardiaco invasivo y miedo al dolor

Algunos autores hablan de un tercer tipo de diagnóstico enfermero: **DE posibles**.

Cuando por alguna razón se tiene sospecha de la existencia de un problema en un paciente, aunque no existen evidencias de la existencia de factores relacionados o no se muestran las caracte-

rísticas definitorias, el DE se entiende como *posible*. En estos casos habrá que continuar buscando datos que nos ayuden a definir con claridad el problema. El esquema a seguir en estos casos se compone de: Posible problema + posible causa .

En nuestro caso, y según las recomendaciones de varios autores que analizan esta cuestión, concluyen que la base del DE posible son manifestaciones ligeras, apoyadas en hipótesis y por lo tanto no generan intervenciones concretas hacia un problema concreto. Si existen evidencias de factores de riesgo se convertiría automáticamente en un DE potencial.⁴

Por otro lado, R. Alfaro define como **Problema Interdependiente / Problemas de Colaboración/ Complicación Potencial (PI)**, aquel problema real o potencial que aparece como resultado de la enfermedad primaria, estudios diagnósticos o tratamientos médicos o quirúrgicos y que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades interdependientes o de colaboración con la enfermera.

Maite Luis, por su parte, analiza la definición dada por L.J. Carpenito sobre los PI, en la que éstos se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control y vigilancia de la respuesta del paciente ante la administración de fármacos así como la evolución de la enfermedad y su situación clínica.

Cuesta y otros⁵, definen el PI como “ el problema real o posible de salud, cuya responsabilidad del tratamiento recae sobre otro profesional, pero que puede ser detectado por la enfermera y que ésta ayuda a resolver mediante actividades terapéuticas (propias o de colaboración) .

Se diferencian dos tipos de PI: real y potencial: Los *PI reales* identifican un problema actual, presente en ese momento y que requiere tratamiento por un profesional de la salud diferente a la enfermera y que no entra dentro de sus competencias legales. Cuesta señala que ante este tipo de problemas, las enfermeras debemos aplicar el tratamiento prescrito y vigilar la aparición de signos y síntomas que indiquen agravamiento del problema.

Ejemplo de PI real:

Durante un cateterismo diagnóstico coronario la enfermera detecta la aparición de náuseas y vómitos tras la administración de contraste, El médico prescribe una dosis de 10 mgr. de metoclopramida. La enfermera deberá administrar la dosis correcta del fármaco, observar su efecto y valorar la evolución. El enunciado de este sería: “Náuseas relacionadas con la inyección de contrastes iodados”. A su vez se podrían originar uno o varios diagnósticos enfermeros de alto riesgo, tales como “alto riesgo de aspiración relacionado con náuseas y vómitos tras la administración de contrastes iodados”

Los *PI potenciales (CP)* describen una posible complicación que se puede producir en la evolución del estado de salud, no estando capacitada la enfermera legalmente para su tratamiento. Nuestra actuación en este caso se dirige a la vigilancia y control de signos y síntomas que denoten la probable aparición del problema. El enunciado iría precedido de la palabra *riesgo o complicación potencial* seguido del problema y argumentado mediante la causa que lo provoca unido por el término *secundario a*.

Ejemplo de CP:

La recanalización de arterias coronarias por trombosis u obstrucciones totales pueden producir arritmias de reperfusión. La enfermera de hemodinámica debe vigilar la aparición de estas arrit-

mias malignas y tener preparado el equipo necesario para su resolución. El enunciado en este caso sería: “ Complicación potencial/ Riesgo de arritmias secundarias a la reperfusión miocárdica”.

Otras herramientas utilizadas en este capítulo.

- Taxonomía CIE (Clasificación de las intervenciones enfermeras)/NIC (Nursing Interventions Classification). Describe en lenguaje estandarizado los tratamientos que las enfermeras llevan a cabo. Incluye tanto intervenciones de carácter fisiológico como psicológico. Cada intervención CIE tiene un único número que facilita su informatización, y se encuentran enlazadas con los diagnósticos de la NANDA, los diagnósticos de la clasificación Omaha y con la clasificación NOC. Clasificación de las intervenciones.

Las intervenciones se clasifican en siete campos, clases e intervenciones codificadas, estableciéndose tres niveles respectivamente⁶, según la taxonomía desarrollada por la Universidad de Iowa. Cada intervención tiene asignado un código de cuatro dígitos. De cada intervención se derivan una serie de actividades concretas que en principio no han sido codificadas. Este libro permite, una vez seleccionada la etiqueta diagnóstica precisa, elegir las principales intervenciones y actividades necesarias para la consecución de los resultados que la enfermera espera obtener en cuanto a la resolución del problema detectado en el paciente. En la cuarta parte del libro se encuentran relacionadas las intervenciones enfermeras con los diagnósticos NANDA.

- Taxonomía NOC - CRE (Nursing Outcomes Classification)⁷. Es una clasificación de los objetivos de resultados estándares que consiguen los pacientes, desarrollada para evaluar los efectos de las intervenciones de enfermería. La clasificación actual se compone de una lista de 260 resultados con definiciones, indicadores y escalas de medidas.

Al igual que el sistema de CIE, los CRE se disponen en siete dominios, dentro de los cuales se incluyen las clases que a su vez engloba los resultados. Niveles 1, 2 y 3 respectivamente. Los resultados se encuentran codificados. En cada resultados podemos encontrar una serie de indicadores también codificados a los que se les aplica una escala de valoración. Esta escala se tabula, en sus diferentes grados, en función del resultado a medir.

Al final del libro se encuentra una selección de diagnósticos NANDA con las intervenciones enfermeras y resultados codificados (anexo III).

VALORACIÓN GENERAL DEL PACIENTE ANTES DEL CATETERISMO CARDÍACO.

En este apartado se pretende exponer de manera esquemática la valoración del paciente relacionando los patrones funcionales de salud y la exploración física correspondiente en cada patrón.

Patrones funcionales Datos subjetivos	Exploración física Datos objetivos
Datos demográficos: Nombre, edad, sexo, domicilio, estado social, actividad laboral	
Percepción – Mantenimiento de la salud Diagnóstico de ingreso Motivo de ingreso. Descripción del paciente (DP) Percepción de estado de salud. Comparación meses anteriores Presencia de factores de riesgo cardiovasculares Conductas de riesgo/ Hábitos no saludables Tratamiento actual y efecto de los mismos Conocimiento del paciente de la enfermedad Información sobre el procedimiento Otras enfermedades/ intervenciones Alergias. Ingesta de sustancias tóxicas. Frecuencia. Prótesis Cuidador principal Cateterismos previos. Anotar principales resultados.	Descripción del aspecto general del paciente Higiene general y zona de accesos vasculares
Eliminación Hábito de eliminación intestinal Hábito de eliminación urinaria Analizar alteraciones en patrón de eliminación intestinal Analizar alteraciones en patrón de eliminación urinaria (nicturia, disuria) DP dificultad para eliminar encamado Presencia de dispositivos. DP Sudoración / transpiración	Aspecto de la orina Aspecto de las heces Diuresis Ruidos intestinales Estado de la piel. Sudoración excesiva Valoración de dispositivos de recogida de orina.
Nutricional – metabólico Hábitos dietéticos Ingesta habitual de líquidos Preferencias alimentarias Régimen alimentario actual (ayunas desde : Hora____)	Peso. Talla. Índice de masa corporal Estado nutricional Estado de la piel. Color. Palpación del abdomen. Nivel de glucemia Valoración estado de hidratación Temperatura Valorar temperatura y coloración de la extremidad seleccionada para acceso vascular

Patrones funcionales Datos subjetivos	Exploración física Datos objetivos
<p>Actividad – ejercicio</p> <p>Descripción de la actividad normal Capacidad para AVD DP claudicación intermitente DP angor DP disnea. Tipos. DP tos. Frecuencia. Actividades de ocio Presencia de mareos. DP DP limitaciones físicas</p>	<p>Aspecto de la marcha en su caso Amplitud de movimientos articulares Deformidades esqueléticas Fuerza simétrica Coordinación motora Valorar pulsos. Central y periféricos. Registro especial del pulso en zona de acceso vascular. Test de Allen según criterios. Acceso radial/cubital Valoración pulsos distales del miembro seleccionado para acceso vascular. Relleno vascular Tensión arterial monitorizada Principales ruidos cardíacos Ingurgitación yugular Frecuencia respiratoria Valorar ruidos respiratorios Valorar presencia y características de secreciones Valorar permeabilidad vías aéreas Valorar hematosiis (pulsioxímetro)</p>
<p>Descanso – sueño</p> <p>DP descanso habitual Hábitos para conciliar el sueño DP descanso últimos días</p>	<p>Valorar estado del paciente. Nivel de atención.</p>
<p>Cognitivo – perceptual</p> <p>DP alteraciones sensitivas (gusto, visión, olfato, tacto, audición) Nivel cognitivo-cultural Patrón de habla. Capacidad de expresión. DP del dolor</p>	<p>Valoración sensorial Valoración del dolor. Escalas para su cuantificación. Nivel conciencia Valorar nivel de comunicación</p>
<p>Rol – relaciones</p> <p>DP relaciones sociales y familiares DP nivel seguridad DP nivel de dependencia DP rol familiar DP nivel de dependencia social</p>	<p>Observar relación con familia y entorno Nivel de colaboración</p>
<p>Autopercepción – autoestima</p> <p>DP rasgos más importantes de su personalidad Investigar sobre miedos y temores por el procedimiento DP preocupación por su enfermedad Valorar conducta del paciente</p>	<p>Valorar cambios conductuales Nivel de confianza</p>

Patrones funcionales Datos subjetivos	Exploración física Datos objetivos
Adaptación – tolerancia del estrés DP del estrés por su enfermedad DP del estrés por procedimiento DP del estrés por hospitalización	Afrontamiento observado Nivel de ansiedad Somatización del estrés
Sexualidad / Reproducción DP influencia de la enfermedad en su sexualidad Recoger datos de su vida reproductiva.	Valoración en su caso de área genital. Valorar el uso de protección radiológica genital
Valores / creencias DP de sus necesidades espirituales DP limitaciones terapéuticas relacionadas con sus creencias	Valorar la influencia de estas necesidades para el afrontamiento de situaciones de estrés

Bibliografía

1. Rayón, E. Manual de Enfermería Médico – Quirúrgica. Ed. Síntesis. Madrid. 2001.
2. Luis, MT. Diagnósticos enfermeros . Un instrumento para la práctica asistencial. 3ª ed. Harcourt. Barcelona. 1998.
3. Alfaro – LeFevre, R. Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica. 3ª ed. Mosby. Madrid 1992.
4. Guirao – Goris, J y otros. Diagnósticos de Enfermería. Categorías, formulación e investigación. Ediversitas . 2001.
5. Cuesta, A y otros. Diagnóstico de enfermería. Adaptación al contexto español. Diaz de los Santos. Madrid. 1994.
6. McCloskey JC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Proyecto de intervenciones Iowa. Tercera Ed. Harcourt Mosby. Barcelona. 2001.
7. Johnson M. y otros. Clasificación de Resultados de Enfermería. (CRE). Proyecto de resultados Iowa. Segunda Ed. Harcourt Mosby. Barcelona.2001.