

LA VALORACIÓN ENFERMERA.

GUÍA PARA LA VALORACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNOS NEFROLÓGICOS

" La lección práctica más importante que pueda darse a las enfermeras, es enseñarles a observar - cómo observar, qué síntomas indican una mejoría del enfermo, y cuáles lo contrario, cuáles tienen importancia y cuáles no, cuáles son señal evidente de negligencia y qué clase de negligencia -. Todo ello es lo que debe formar parte, y esencial, del entrenamiento de toda enfermera".¹

Florence Nightingale (1820 - 1910)

- 1.- INTRODUCCIÓN.
- 2.- CONCEPTO DE VALORACIÓN ENFERMERA.
- 3.- OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN ENFERMERA.
- 4.- DOPCIÓN DE UN MODELO ENFERMERO PARA LLEVAR A CABO LA VALORACIÓN ENFERMERA.
- 5.- ACERCAMIENTO AL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.
- 6.- FASES DE LA VALORACIÓN.
- 7.- GUÍA PARA LA VALORACIÓN DEL PACIENTE CON TRASTORNOS NEFROLÓGICOS.

INTRODUCCION

La Enfermería, como cualquier disciplina profesional necesita utilizar una forma de proceder para llevar a cabo el servicio que presta a sus usuarios, y que como ya sabemos se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas.

Esta forma de proceder, encaminada a solucionar o minimizar los posibles problemas de la vida cotidiana relacionados con la salud, no es otra que una actuación ordenada y sistemática, en todas las acciones que lleva a cabo, esto es la aplicación del método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse.

El abordaje científico de los acontecimientos que se dan en las situaciones de salud de nuestros usuarios, sobre todo de los problemáticos y de los que precisen que se cumplan ciertas condiciones de dificultad y/o complejidad, es una sistemática que hoy día no admite discusión.

¹ Nightingale F. Notas de enfermería: qué es y qué no es. Barcelona: Salvat; 1990. p. 104.

Todas las enfermeras, en mayor o menor medida, hemos interiorizado, ya, que para llevar a cabo aquellas funciones que nos son propias, es necesario que ordenemos y estructuremos las actividades que hacen posible el análisis y solución de las situaciones en las que intervenimos. Esta ordenación y estructuración de nuestras actividades sólo es posible llevarla a cabo mediante la aplicación del método científico, denominado Proceso de Atención de Enfermería o Proceso Enfermero, a los cuidados enfermeros. (nosotros optaremos por esta última denominación, por lo que en adelante, en este texto nos referiremos a éste y lo haremos por sus siglas (P.E).

El P.E. constituye una herramienta para organizar el trabajo de enfermería, lo que comporta una determinada manera de proceder que nos es propia. Del P.E. comienza a hablarse en la década de los cincuenta, desde entonces muchas teóricas han tratado de definirlo de diferentes formas; ya en 1983 Marriner establecía que:

"El Proceso de Enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería".²

La estructura del P.E., como tal método de trabajo, como tal herramienta que es, está constituido, y desde sus inicios siempre lo estuvo por una serie de pasos o etapas, fijadas de antemano, de forma reflexiva y consciente³. Dichas etapas están íntimamente interrelacionadas, y aunque en los textos se expongan, analicen y estudien por separado, en la práctica se suelen solapar durante la intervención enfermera.

En la actualidad existe consenso en determinar que las etapas que constituyen dicho P.E. son:

- **Valoración.**
- **Diagnóstico.**
- **Planificación.**
- **Ejecución.**
- **Evaluación.**

La valoración enfermera es pues la primera fase del P.E., constituye la base de las siguientes, pudiendo ser considerada, desde esta perspectiva como la piedra angular de la totalidad de trabajo enfermero, ya que es el método idóneo para aportar la información que ha de permitirnos formular el

² Citado en Kershaw B, Salvage J. Modelos de Enfermería. Barcelona: Doyma; 1988. p.9.

³ Fernández Ferrín C et. al. Enfermería fundamental. Barcelona: Mason-Salvat; 1995. p. 198.

diagnóstico enfermero, y a partir de éste a proponer y llevar a cabo intervenciones enfermeras encaminadas a su logro y evaluarlas.

Dentro de los estándares de calidad de la atención enfermera definidos por la American Nurses' Association (ANA), la valoración enfermera constituye el primero de ellos, ya que en estos se especifica que *"la enfermera reúne los datos de salud del cliente"*⁴

CONCEPTO DE VALORACION ENFERMERA

A la hora de definir el término de valoración enfermera, no hemos encontrado una única definición consensuada internacionalmente, aunque hemos podido comprobar que la mayoría de las autoras suelen referirse a ella, de forma generalizada como: **un proceso planificado, sistemático, contínuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta a esta.**

Del análisis de esta definición podemos ya deducir algunas primeras conclusiones:

- Al ser considerada como un "proceso", esto es como un camino hacia un fin determinado, la valoración enfermera ha de estar constituida por pasos o fases, lo que confiere a la misma una gran complejidad.
- Además este proceso debe ser:
 - Planificado.- Es decir no improvisado, sino pensado y diseñado de antemano.
 - Sistemático.- Esto es que requiere de un orden, de un método para su realización.
 - Contínuo.- O lo que es lo mismo que comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros y continúa durante todo el tiempo que necesita de ellos.
 - Deliberado.- Es decir que precisa de una actitud reflexiva voluntariosa, consciente y con un objetivo por parte de quien la ejecuta.

Todos estos requerimientos pueden añadir multiplicidad al proceso, pero al mismo tiempo lo dotan de cientificidad y hacen que sus propósitos, concretos y especificados, puedan ser alcanzados.

- Llevar a cabo el proceso de valoración enfermera conlleva, desde el inicio de este, la toma de decisiones importantes: qué información es relevante, qué áreas son de nuestra competencia, cual debe ser el enfoque de nuestra intervención,...; decisiones que, sin duda, son influidas por los conocimientos, las habilidades, las conceptualizaciones enfermeras, las creencias y valores,... de quién lleve a cabo tal valoración.

⁴ Citado por Alfaro - Iefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4 ed. Barcelona: Springer; 1998. p.29.

- La valoración no sólo debe estar orientada a la determinación de la situación de salud, problemática o no, que estén viviendo las personas, sino a su respuesta, al modo de responder, de actuar, de comportarse,... ante ésta.

El campo de la respuesta humana, integral y globalizada, ante las diferentes situaciones de salud que viven las personas a las que cuidamos, ha sido determinado por la American Nurses' Association (ANA) como el campo de actuación de las intervenciones enfermeras.

Todos estos conceptos van a influir en la valoración enfermera y en la forma de llevarla a efecto, ya que de ellos va a depender el tipo de valoración que se haga cualitativa y cuantitativamente hablando.

OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN ENFERMERA.

Podemos establecer que el propósito de la valoración enfermera es: **"captar lo más acertadamente posible la naturaleza de la respuesta humana a la situación de salud que están viviendo las personas objeto de nuestra intervención enfermera"**.

Si nos paramos brevemente en el significado y alcance de algunos de los términos que aparecen en tal definición, podemos considerar que:

- Si por captar entendemos: capturar, aprehender, atraer, ...; la valoración enfermera se constituye es una acción completamente activa y para cuya realización precisamos disponer, no solo de conocimientos, sino de la voluntariedad y concienciación de quien realice tal proceso, ya que en caso contrario podríamos caer en el error de estar recogiendo datos sin estar realmente valorando. Rellenar instrumentos u hojas de valoración enfermera, por muy completos que estos sean, no es realmente valorar si la enfermera que los cumplimenta, además de poseer los conocimientos y las habilidades precisas para ello, no esta concienciada de la necesidad y validez de la acción que está realizando.

- Decir que esta captación de la realidad que están viviendo las personas en cada momento, ha de ser lo más acertada posible, lleva implícito el compromiso permanente de la continuidad así como de la puesta en práctica de técnicas específicas que han de posibilitárnoslo; lo que a su vez condiciona el conocimiento y la posesión de las habilidades precisas para ello.

- Asegurar que esta captación acertada debe de hacerse de la naturaleza de las respuestas humanas, establece que la persona que realice la valoración enfermera ha de conocer las características propias, esenciales y sin artificio del modo de responder de las personas a las situaciones con las que se enfrentan, tarea altamente ardua y complicada si como la mayoría de las enfermeras optamos por una concepción holística de las personas y consideramos que en ellas

conviven inexorablemente cuatro componentes: el biológico, el espiritual, el psicológico y el sociológico.

- La aceptación de la coexistencia de estos cuatro componentes en las personas, el centro de un sistema en torno al cual gire nuestro quehacer profesional, lleva implícita la aceptación de que cuando esta persona haya de responder a una determinada situación de salud lo hará íntegramente, esto es con todos sus componentes. La necesidad de contemplar este matiz de globalidad, de forma continua, en el concepto de naturaleza de la respuesta humana conlleva la necesidad de una formación minuciosa, continua y exhaustiva, no sólo en el campo propio de la enfermería sino en el de las relaciones interpersonales, de la persona que lleve a cabo la valoración, así como de un entorno y de un contexto situacional que posibilite la misma.

En base a estas reflexiones podemos concretizar el propósito general de la valoración enfermera diciendo que: **los fines de la valoración enfermera son el querer, el saber y el poder determinar, acertadamente, en cada momento la situación de salud que están viviendo las personas, así como la naturaleza de su respuesta a ésta.**

Con el breve análisis que hemos venido realizando hemos tratado de aportar argumentos para afirmar, justificadamente, que una valoración enfermera es un acto responsable y revestido de una enorme importancia y de la que va a depender el éxito de nuestro trabajo, ya que tenemos que clarificar que aunque la valoración enfermera, además de ser por si misma un producto enfermero, utilizando una terminología muy actual, con unos objetivos determinados, tiene poco valor *per se* si no se la contempla integrada dentro de todo un proceso de producción enfermera cuyo propósito es conseguir el bienestar de las personas objetos y sujetos de nuestra intervención.

ADOPCIÓN DE UN MODELO ENFERMERO PARA LLEVAR A CABO LA VALORACIÓN ENFERMERA

Si consideramos que las enfermeras valoramos para determinar las respuestas humanas a determinadas situaciones de salud, hemos de preguntarnos que ¿desde qué perspectiva, desde que marco podemos llevar a cabo esta determinación?.

La respuesta no puede ser otra que la de que desde un marco que guíe y oriente nuestros pasos en este, y no en cualquier otro, sentido, es decir desde un marco conceptual encuadrado en un modelo enfermero.

Hay diferentes modelos enfermeros, con los que quizá estemos familiarizados y aunque consideramos que no es este el lugar, ni la ocasión más adecuados para realizar una exposición analítica de ellos, si queremos reflexionar aquí, breve y sencillamente, acerca de la generalidad de estos, ya que van a influir, de manera decisoria, en la forma de realizar nuestra valoración enfermera.

Utilizando una terminología quizá simplista en exceso, podemos definir un modelo enfermero como "una visión ideal, la visión de su autora, acerca de lo que debería ser la enfermería".

Cada modelo enfermero, que ha ido construyéndose influido por las diferentes teorías existentes en esta y en otras disciplinas: teoría de las necesidades, teoría general de sistemas, teoría de la comunicación, teoría del desarrollo y de la adaptación,..., nos ha ido presentando una visión distinta de la enfermería; por ello y aunque todos tengan los mismos componentes, sucede que cada modelo puede aportar una visión diferente acerca de un mismo concepto. Ejemplo para Virginia Henderson el concepto de entorno es el conjunto de factores que actúan de forma positiva o negativa, mientras que para Hildegard Peplau este es el grupo de personas significativas con quien la persona interactúa. Así pues, y en consecuencia lógica con lo que estamos argumentando, cuando dos enfermeras adopten modelos conceptuales distintos para su actuación profesional, y por tanto para llevar a cabo sus valoraciones enfermeras, pueden estar realizando valoraciones completamente distintas de una misma situación.

Todas las enfermeras adoptamos, de forma expresa o no, un modelo conceptual; ya que la forma de entender nuestra profesión, nuestro papel profesional, en definitiva de comportarnos en nuestra cotidianidad profesional, de hacer enfermería, es un indicativo claro de esta adopción.

El convencimiento de que realmente en la vida profesional esto es así, ha sido el que nos ha movido a realizar estas brevísimas reflexiones, ya que como decíamos al inicio de ellas el que una enfermera adopte uno u otro modelo y que este sea enfermero o biomédico, va a ser un determinante en el proceso de la valoración enfermera, tanto en la forma como en el fondo, ya que es este y no otro el que va a ir guiando las decisiones que vamos tomando, el que va a ir indicando que información es relevante, que áreas son competencia de la enfermera,... para en consecuencia orientar nuestras intervenciones. Ejemplo: si un modelo no me induce, inclina, orienta,... a que valore un determinado comportamiento o una determinada forma de actuar de la persona a la que estoy valorando, yo nunca voy a orientar mi investigación en este sentido, por tanto nunca sabré si este es normal o no, ni la influencia que el mismo pueda tener en la respuesta humana total a la situación de salud que esté viviendo.

Llegados a este punto cabría plantearse el interrogante de ¿qué modelo adoptar para que guíe nuestra valoración enfermera y con ello para que oriente todo nuestro quehacer enfermero?

La adopción de un modelo conceptual enfermero es una decisión personal y de responsabilidad individual de cada una de nosotras; decisión que puede estar influenciada por numerosas cuestiones como pueden ser: nuestros conocimientos, nuestro bagaje profesional y

personal, nuestras circunstancias laborales, ... y que van a hacer que optemos por uno u otro, aunque quizá no lo manifestemos de forma expresa.

En esta ocasión, y por las razones que a continuación expongo, el modelo conceptual adoptado para guiar la valoración enfermera, de la persona que sufre trastornos nefrológicos será el modelo de Virginia Henderson, ya que es este un modelo que:

- Expone de manera clara, el rol autónomo de la enfermera y la especificidad de su servicio.
- Los conceptos de persona y salud coinciden con el pensamiento humanístico, que impregna actualmente las corrientes de enfermería.
- El lenguaje utilizado es sencillo y fácilmente comprensible.
- Es flexible y abierto, permitiendo la incorporación de nuevos conceptos.
- Se adapta muy bien a la realidad sanitaria actual de nuestro país, ya que al lado de la función propia de la enfermera (autónoma), contempla la interdependencia de esta con respecto a otras profesiones (de colaboración), considerando que el ejercicio profesional enfermero, como un servicio único y separado del resto de los profesionales de la salud no tiene ningún sentido.

Estos argumentos que son comunes con muchas de las enfermeras de nuestro país, han hecho que este sea uno de los modelos más trabajados y sobre el que más publicaciones e investigaciones se han venido haciendo, hecho que ha contribuido a un mejor y mayor conocimiento del mismo, y con ello a una extensión mayoritaria del mismo por los distintos sistemas de cuidados enfermeros en los que actualmente nos movemos.

ACERCAMIENTO AL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Todos los modelos enfermeros, aunque presenten una visión distinta sobre lo que debería ser la enfermería, tienen los mismos componentes, y estos, como podemos recordar, son los siguientes⁵:

- Los *Postulados* o las asunciones científicas, que son los que le aportan el soporte teórico al modelo. Sus aportaciones sobre los conceptos que constituyen el metaparadigma enfermero, es decir sobre los conceptos de persona, entorno, la salud y el rol profesional, pueden ser cuestionadas.
- Los *Valores* o las asunciones filosóficas, que son las creencias, desde la perspectiva personal e individual de la autora, acerca de la naturaleza del ser humano y de las metas profesionales; por tanto y en contra de las afirmaciones anteriores, estas no pueden ser cuestionadas.

⁵ Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson, S.A.; 1998. p. 28.

- Los Elementos fundamentales, son conceptualizaciones en las que se hace referencia a el que del modelo, estos son: objetivo de los cuidados, usuario del servicio, rol profesional, fuente de dificultad, intervención enfermera y consecuencias de esta.

En el modelo de Virginia Henderson los postulados son los siguientes:⁶

- 1.- La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- 2.- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
- 3.- Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona no es un todo, no es independiente.

Para Virginia Henderson los valores son los siguientes:⁷

- 1.- La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales.
- 2.- Cuando la enfermera asume el papel del médico, delega su función propia en personal no cualificado.
- 3.- La sociedad espera un servicio de la enfermera, que ningún otro profesional puede darle.

En el modelo que hemos elegido, es decir Virginia Henderson, los elementos fundamentales de este hacen referencia a:⁸

- 1.- El objetivo de los cuidados enfermeros es ayudar a la persona a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia; o a morir dignamente.
- 2.- El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de sus 14 necesidades básicas.
- 3.- El rol profesional es de suplencia de la autonomía (hacer por la persona) o de ayuda (hacer con la persona).
- 4.- La fuente de dificultad., aquí área de dependencia, es el origen donde radica esta, y está relacionada con la falta de fuerza (no poder hacer), la falta de conocimiento (no saber hacer) y/o la falta de voluntad (no querer hacer).
- 5.- La intervención de la enfermera hace referencia al centro de atención, que son las áreas de dependencia de la persona y a los modos de intervención, dirigidos a aumentar, completar, reforzar o sustituir esa, ya mencionada falta de fuerza de conocimiento o de voluntad.

⁶ Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. 1998. op. c. p. 33.

⁷ Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. 1998. op. c. p. 34.

⁸ Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. 1998. op. c. p. 34

- 6.- Las consecuencias de la intervención enfermera será la satisfacción de las necesidades básicas de las personas, supliéndola o ayudándola a ello, o la muerte pacífica.

Hemos querido hacer una breve referencia a los componentes del modelo que utilizaremos, antes de entrar en la etapa formal de la realización de la valoración para exponer razonadamente que cuando realicemos una valoración siguiendo un determinado modelo enfermero, el de la Dra. Henderson en este caso, no podemos limitarnos sólo y exclusivamente a la obtención de información acerca de una determinada parcela (ejemplo la insatisfacción de una o varias necesidades), sino que hemos de entrar más en profundidad y valorar las áreas de dependencia, el modo de intervención enfermera,... Ejemplo: no es una buena valoración enfermera la que determina que el paciente posee una movilidad reducida; si junto con esta determinación no somos capaces, también de identificar el porque el paciente se mueve poco, (por que no puede, porque no quiere o porque no sabe), no podremos llevar nunca a cabo una correcta y adecuada intervención enfermera, y podemos correr el riesgo de enseñar al que no puede, de ayudar al que no quiere y de motivar al que no sabe.

FASES DE LA VALORACIÓN ENFERMERA

Como hemos mencionado anteriormente, el haber aceptado la valoración enfermera como un proceso, trae implícito el admitir que ésta está constituida, a su vez, por una serie de pasos o etapas sucesivas e íntimamente interrelacionadas y que son⁹: **recogida de información, validación/verificación de los datos, organización de los mismos, comprobación de las primeras impresiones y registro/comunicación de los datos.**

A continuación expondremos esquemáticamente estos paso relacionándolos ya con el marco conceptual del modelo elegido para llevarla a cabo.

Recogida de información

Es una etapa en la que adquiere un especial protagonismo los factores influyentes a los que hemos hecho reiteradas referencias, es decir la filosofía que nos guíe, los conocimientos, las habilidades que poseamos, así como nuestra capacidad de interacción para llevarla a cabo, ya que de cómo orientemos y realicemos la toma de la información va a depender el éxito de la valoración enfermera.

Como su nombre indica, consiste en reunir información útil, necesaria y completa sobre la persona a valorar.

En esta etapa de recogida de información hemos de tener en cuenta:

⁹ Alfaro - lefevre R. 1998. op c. p.30.

- Las fuentes de recogida a las que podemos acudir que como sabemos son directas (la persona valorada el enfermo nefrológico en este caso) e indirectas (la pareja, la familia, los amigos, la historia del paciente, los informes de otros profesionales, la bibliografía publicada al respecto,...), y la validez y utilidad que estas puedan tener en un momento determinado.

- El tipo de datos que podemos obtener y que sabemos que son de dos tipo objetivos y subjetivos. Los primeros son evidencias que podemos cuantificar: una temperatura, un olor, un color, un frecuencia,... Los segundos son hechos o ideas expresadas por la persona: me duele la cabeza, no entiendo porqué, me fastidia tener que privarme siempre de lo que más me gusta,...

- Las técnicas de las que disponemos las enfermeras para llevar a cabo esta recogida de información, esto es: la observación, la entrevista y el examen físico mediante: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación.

Haciendo una conjugación de estos elementos diremos que los datos objetivos se determinan mediante la observación y el examen físico del paciente y que los datos subjetivos se obtienen mediante entrevista y tanto sobre el paciente como sobre las otras fuentes indirectas.

Esta etapa utilizando el modelo de V.H. debe estar orientada a la recogida de todos los datos necesarios para determinar si los comportamientos llevados a cabo por la persona son adecuados y suficientes para satisfacer todas y cada una de las 14 necesidades fundamentales que contempla el modelo y que como recordaremos son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones.
11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.
12. Ocuparse en algo para realizarse.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Como también hemos dicho anteriormente la toma de decisión de si un comportamiento es adecuado y suficiente, esto es si es normal para satisfacer cada una de estas necesidades, esto es para ser *independiente*, supone un gran conocimiento de la *normalidad* y de las *manifestaciones* de independencia esperadas en cada necesidad teniendo en cuenta las características individuales de cada persona: edad, sexo, etapa de desarrollo,... Ejemplo si un paciente nos dice que toma medio litro de agua al día, no podemos saber si este es un comportamiento adecuado y suficiente, si no sabemos: edad, patrón de ingesta anterior y cambios en este patrón, presencia de patología asociada,....

La recogida de información, al ir juzgando, reflexionando y focalizándola sobre la marcha, si encontramos datos indicativos de presencia de problemas, habremos de hacerla extensiva a la/s posible/s fuente/s de dificultad: falta de fuerza, falta de conocimiento, falta de voluntad.

Ejemplo si obtenemos la información de que una persona sale a visitar a los amigos 1 vez cada 15 días, lo primero que haremos es determinar si este comportamiento es normal en él y si es el esperado para las personas de su edad, situación, ... ; llegados a la conclusión de que la persona ha reducido su hábito de comunicación y visita a los amigos menos de lo habitual en él y menos de lo que cabría esperar, hemos de focalizar la recogida de la información al porqué de ese cambio de patrón: ¿ha sufrido algún incidente que haya motivado una reducción de su movilidad? ¿el amigo al que visitaba ha cambiado de domicilio? , ¿un problema de uno de sus hijos le ha sumido en una enorme tristeza y no tiene ganas ni de salir a la calle?,... De la determinación de la causa va a depender que en posteriores etapas de nuestro trabajo, la acción enfermera que se lleve a cabo sea idónea y por tanto eficaz, y esa determinación hay que hacerla en esta fase, focalizando mediante la técnica adecuada la obtención de datos.

La recogida de información dentro del proceso de valoración, estructuralmente debe realizarse en tres fases: antes, durante y después de ésta.

- **Antes**

Se recogen datos antecedentes y sobre los que se tiene cierta certeza de que no ha podido haber cambios imprevisibles: nombre, sexo, edad, ... ; esto puede evitar repeticiones y puede ayudar a inspirar confianza de nuestro bien hacer: Ejemplo en lugar de preguntarle el nombre decir ¿se llama Ud. María Rodríguez ,.... qué la trae por aquí?.

No obstante hay datos de los que tendremos que cerciorarnos, y eso lo haremos como veremos en el siguiente epígrafe.

- **Durante:**

Iremos anotando los datos que vamos obteniendo mediante la realización del examen físico (T.A, peso, talla,...), de la observación (vestimenta, quien le acompaña,...), las respuestas a las preguntas que le vayamos haciendo,...

A veces no es aconsejable ponerse a recoger los datos delante del paciente, o surge la oportunidad de valorar un determinado aspecto cuando estamos ejecutando otra actividad ,... en estas ocasiones el registro debe hacerse inmediatamente para evitar errores y olvidos.

- **Después:**

Cuando tras el proceso queremos aclarar o completar, ya sin la persona delante, algunos datos o aspectos concretos sobre los que hayan podido quedarnos dudas: consultamos en un vademécum esas pastillas que nos ha mencionado, o consultamos con un compañero ese aspecto del tratamiento que no nos ha quedado claro,...

- **Validación/Verificación de los datos**

Es asegurarnos que la información obtenida en la etapa anterior es exacta y completa, a fin de evitar prejuicios y conclusiones precipitadas que nos pueden llevar a un error diagnóstico. La validación de los datos no esperados o incongruentes así como los que sean de gran importancia en la formulación del diagnóstico o la planificación de la intervención enfermera, ha de hacerse siempre

Para validar los datos disponemos de técnicas tales como:

- Dobles comprobaciones

En todas las acepciones del término doble, es decir repitiendo de nuevo la toma, repitiendo la toma de otra forma o con otro instrumento, haciendo que otra persona repita la toma por Vd.,....

Ejemplo toma de signos vitales.

- Haciendo clarificaciones mediante técnicas adecuadas de pregunta.

Ejemplo:

Pregunta => ¿ Se toma Vd. la medicación que le mando el médico ?.

Respuesta => Yo para eso de tomar medicinas soy muy malo.

Clarificación => ¿Con eso qué quiere decirme, que la toma, que no la toma o con que frecuencia la toma?.

- Verificando hipótesis mediante la comprobación de los hechos observados con los argumentos del paciente.

Ejemplo: Observo papeles de caramelos en la papelera de un paciente diabético, antes de dar por hecho que se los ha comido debo verificar que esto ha sido así.

- **Organización de los datos**

Es la agrupación sistemática de los datos en categorías o conjuntos de información relacionada, lo que ayuda a empezar a tener una imagen nítida de los diversos aspectos de la situación que se está viviendo.

Organizar los datos de una u otra forma influirá en el tipo de información que se obtiene. Organizar los datos por órganos, aparatos y sistemas biológicos, ayudará a identificar problemas corporales; organizar los datos por patrones de respuestas humanas ayudará a la identificación de problemas y diagnósticos enfermeros.

Hoy ya es muy frecuente hacer una recogida de datos en soportes de registros, denominadas generalmente historias u hojas de valoración enfermera, donde al mismo tiempo que se van recogiendo los datos se van organizando y registrando éstos. Estas hojas suelen ser instrumentos muy útiles para principiantes porque van guiando a esta en su quehacer, no obstante pueden tener el riesgo de que si no sabemos utilizarlas con soltura, sean tan rígidas que no permitan la individualización que toda valoración enfermera requiere y nos quedemos en el nivel de hacer tomas rutinarias de datos, sin llegar realmente a valorar situaciones de salud y sobre todo respuestas humanas a estas.

En nuestro caso y dado que el modelo de Virginia Henderson hace una parcelación de la recogida de la información en torno a esas 14 necesidades básicas que hemos mencionado, es muy importante que consideremos que dado el concepto integrador de la persona que defiende el modelo, a la hora de la identificación de los problemas no podemos interpretar estas necesidades aisladas sino interrelacionadas entre sí de manera que configuren una unidad, y esta idea de globalidad ha de estar presente cuando organicemos los datos.

Ejemplo: No podemos estar identificando un problema de incontinencia urinaria porque tenemos datos que así lo avalan en la necesidad 3, y otro de aislamiento y/o falta de comunicación en la necesidad 10, por que hemos comprobado que la persona se niega a salir de la casa, ¿ no puede ser que ambos estén relacionados o que uno sea la causa del otro?.

La idea de la globalidad obliga a hacer un estudio de la incidencia de un problema o de un área de dependencia en el resto de las necesidades y en la totalidad de la respuesta humana que esta persona, como ser unitario que es, está elaborando.

- Comprobación de las primeras impresiones

Es un acto que consiste en tomar una primera decisión acerca de lo que es relevante y no lo es, decisión que focalizará y reorientará la valoración si fuera preciso obtener más información, o información de otro tipo, con el fin de comprender mejor la situación y que esas primeras impresiones sean revalidadas o descartadas.

Las primeras impresiones nos orientan a formular inferencias, que no son más que juicios resultantes de un proceso de razonamiento y análisis.

En este apartado mencionar que uno de los objetivos más inmediatos de la valoración es la formulación del posible problema y/o diagnóstico de enfermería, segunda etapa del P.E., y que esta formulación solo será posible si tenemos datos que nos la avalen, datos que hemos de conseguir en esta etapa, es decir en la valoración.

Si recordamos la manera en que se formula un diagnóstico enfermero, esta era: etiqueta diagnóstica + factor/es relacionado/s + característica/s definitoria/s

La etiqueta diagnóstica es nuestro juicio, el factor relacionado es la causa o el origen que está dando lugar a ella y las características definitorias son los signos o manifestaciones indicativas de que tal situación se está dando.

Ejemplo: Alteración de los procesos familiares. Pensamos que esta situación se está dando, este es nuestra inferencia, nuestro juicio; pero este juicio no puede ser un juicio de valor, no podemos llegar a decir que esta situación efectivamente se está dando, aunque nuestra experiencia profesional nos estén indicando que va a ser así, si no aportamos los argumentos que lo avalen, y estos argumentos, como acabamos de decir son la presencia del factor relacionado y de las características definitorias del mencionado diagnóstico. En el ejemplo anterior esta etiqueta habría de completarla con términos análogos a: r/c situación de crisis por enfermedad grave de la madre y m/p sistema familiar incapaz para satisfacer las necesidades físicas, emocionales y espirituales de sus miembros, familia no implicada en las actividades de la comunidad y procesos de toma de decisiones poco saludables; información que lógicamente debe estar así mismo recogida y registrada.

En esta etapa de la valoración enfermera al tomar la decisión acerca de los datos que son relevantes, nuestros conocimientos enfermeros y nuestra experiencia profesional harán que focalicemos la toma de la información hacia aquellos datos que sabemos que suelen estar presentes, y que posteriormente han de ser las evidencias diagnósticas, es decir los ya mencionados factor relacionado y características definitorias, ya que hemos de comprobar que aquello que pensamos que ha de estar presente efectivamente lo está. Por buena extensa e intensa que sea nuestra formación enfermera y nuestra experiencia profesional, nunca debemos formular un juicio en base a ella exclusivamente, ya que un juicio sin argumentos que lo avalen es un juicio insostenible.

- Registro y comunicación de los datos

Son los pasos finales de la valoración.

El registro consiste en dejar constancia por escrito de toda la información obtenida. Puede realizarse, como hemos dicho anteriormente, antes, durante o inmediatamente tras la recogida de los datos con el fin de prevenir el olvido de información relevante.

Al realizar cualquier tipo de anotación enfermera se deben seguir algunas normas, como las siguientes¹⁰:

- Escribir con material indeleble: pluma, bolígrafo rotulador,....
- Hacer anotaciones concretas y concisas y con letra fácilmente legible, preferente de imprenta.
- . Usa sólo las abreviaturas que estén consensuadas y que no puedan conducir a error.
- No borrar ni usar líquido corrector; es preferible poner el error entre paréntesis, tachar y sobre ello en color llamativo escribir ERROR.
- No dejar espacios en blanco ni escribir entre renglones.

La comunicación de los datos es un acto también revestido de una gran importancia pues lleva implícito el conocimiento de qué comunicar y a quien debe ser comunicado. En cuanto al qué comunicar decir que se suele comunicar lo que no es normal, actuación para la que es preciso un conocimiento de la normalidad, normalidad de la individualidad dentro de la globalidad como hemos dicho anteriormente. En lo referente a quien comunicar decir que los datos se pueden comunicar a la persona afecta, a la familia, a otros miembros del equipo (con mucha frecuencia al facultativo), ...; y esto supone un conocimiento de las áreas de competencia de cada una de ellas. En cualquier caso siempre debemos tener en cuenta que la confidencialidad en el manejo de los datos y la intimidad del paciente han de estar preservadas.

GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA VALORACIÓN ENFERMERA EN UN PACIENTE CON TRASTORNOS NEFROLÓGICOS

Tras las reflexiones que hemos ido plasmando en los epígrafes anteriores pasamos a exponer una guía para la valoración de la persona que sufre trastornos nefrológicos.

Esta guía ha de ser considerada un instrumento totalmente abierto y como su nombre indica no pretende ser más que eso, es decir una serie de posibles líneas a seguir para adaptar el proceso de la valoración enfermera a la específica situación de salud que están viviendo las personas que padecen trastornos nefrológicos.

Como premisas introductorias a la aplicación de la guía decir que hemos de considerar que las situaciones por las que atraviesan estas personas van a ser múltiples y cambiantes de ahí que la adaptación de esta guía haya de ser muy frecuente. Como todos sabemos no va a ser lo mismo una valoración inicial de un paciente en el que el trastorno nefrológico acaba de hacer su debut, que valorar a un paciente en evolución dentro de un proceso de estas características, o que llevar a cabo la valoración de un paciente en situación avanzada.

¹⁰ Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. 1998. op. c. p. 5.

Los trastornos nefrológicos, como todos los trastornos crónicos de evolución larga, son situaciones de salud en las que se ven afectadas muchas áreas de la vida cotidiana tanto del enfermo como de la familia, además de ser trastornos de una enorme repercusión sociosanitaria. Estas áreas: física, emocional, laboral, económica,.... no van a tener igual afectación, ni cualitativa ni cuantitativamente hablando, en todas las fases por las que va pasando la enfermedad; de ahí que la necesidad de la individualidad del proceso de la valoración enfermera haya de ser, siempre, una auténtica realidad. Aunque el proceso de la valoración, es decir su filosofía y sistemática para llevarla a cabo, siempre serán análogas, en nuestro caso las anteriormente expuestas adoptando como modelo conceptual enfermero el de Virginia Henderson, habremos de considerar que la valoración de las necesidades humanas básicas ha de sufrir las modificaciones oportunas en relación con la fase de la enfermedad que se esté viviendo en cada momento.

Ejemplo: La valoración enfermera realizada al inicio de un proceso patológico de estas características, en el que conocemos el impacto individual y familiar del diagnóstico, quizá irá encaminada a la determinación de los recursos, individuales y familiares, con los que podemos contar para ayudar al soporte de tal impacto, con el objetivo de suplirlos o reforzarlos, si fuera preciso. La valoración enfermera en el periodo siguiente, en el que el aprendizaje para convivir con tal patología se ha convertido en una actividad continua y cotidiana, quizá deba ir encaminada a la evaluación de dicho aprendizaje y a sus resultados. La valoración enfermera en una tercera fase en la que ya ha debido producirse un acostumbramiento, tanto individual como familiar, a la convivencia con el trastorno nefrológico quizá deba ir encaminada a determinar las áreas en las que se está produciendo una dejadez por aburrimiento y/o cansancio. Y quizá la valoración enfermera en una fase terminal deba ir encaminada a determinar las ayudas físicas, emocionales, espirituales,... que tanto el enfermo como la familia precisan para procurar una muerte tranquila.

Tras estas indicaciones exponemos el esquema de valoración para llevar a cabo con estos pacientes. Es este un esquema en el que se hace un recorrido por todas y cada una de las 14 necesidades básicas, y en el que como ya hemos dicho se han de hacer las modificaciones oportunas en función de la individualidad de caso.

En el instrumento utilizado ha de ir un encabezado donde figuren algunos datos tales como:

- Datos personales: nombre y apellidos.
- Datos médicos: diagnóstico y prescripciones específicas.
- Nombre de los miembros del equipo que le atiende: médico, enfermera, cuidadora,...
- Datos de la persona de referencia y/o contacto.

En cada necesidad se ha de recoger información referente a:

1.- Necesidad de respirar normalmente:

- Frecuencia respiratoria y cardiaca: cifras y características.
(La sobrecarga de líquido puede alterar el patrón respiratorio).
- Tensión arterial: cifras, regulación y control.
(La hipotensión puede disminuir la perfusión renal.
En caso de hipertensión buscar síntomas asociados: cefaleas, mareos, epístaxis,...).
- Coloración de piel, mucosas y lechos ungueales.
(Presencia de palidez que puede ser significativa de anemia, tono amarillento de presencia de pigmento urocromo,...).
- Presencia y capacidad para toser y expulsar secrecciones, así como las características de ambas.
- Circunstancias que influyen en su respiración: tabaquismo, disnea, fatiga,...
- Recursos que utiliza para mejorar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente:

- Talla y peso, así como oscilaciones de este.
(un incremento puede indicar retención de líquido).
- Costumbres alimentarias: desayuno, comida, merienda y cena..
- Dieta y grado de cumplimiento esta
(Control estricto de sodio y proteínas).
- Ingesta de líquido/día.
(control estricto, necesario para el balance hídrico).
- Circunstancias que influyen en su alimentación/hidratación: estado de dientes y mucosa bucal, náuseas, vómitos, anorexia,...
- Recursos que utiliza para realizar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

3.- Necesidad de eliminar por todas las vías corporales:

- Patrón de eliminación miccional y fecal: cantidad, frecuencia, descripción del producto: color, olor, consistencia,... (control exhaustivo de diuresis).
- Dificultades para el acto de la eliminación.
- Menstruación
- Circunstancias que influyen en su eliminación: dolor, estreñimiento, diarrea,...
- Recursos que utiliza para mejorar esta.

- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

4.- Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas:

- Actividad física que realiza: tipo, frecuencia, duración,...
- Equilibrio.
- Dificultad para realizar algunos movimientos.
- Circunstancias que influyen en su actividad habitual: hormigueo, dolor, fatiga, problemas podológicos, restricciones a la movilidad...
- Recursos que utiliza para mejorar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

5.- Necesidad de dormir y descansar:

- Hábitos de sueño: horas, horario, número de despertares / levantamientos nocturnos.
- Sensación subjetiva de descanso al levantarse.
- Circunstancias que influyen en su descanso: problemas, insomnio, somnolencia diurna, ..
- Recursos que utiliza para mejorar este
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

6.- Necesidad de Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse:

- Aspecto que presenta en cuanto adecuación, comodidad, limpieza,... de ropas, calzado y complementos.
- Facilidad/dificultad para el vestido y arreglo.
- Circunstancias que influyen en su forma de vestirse.
- Recursos que utiliza para mantener un aspecto cuidado.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

- Temperatura:
(La fiebre puede producir pérdida de líquido y deshidratación).
- Experimenta sensación de calor/frío de acuerdo con los cambios de la temperatura ambiente.
- Tiene sensación de uniformidad de la temperatura corporal.
- Condiciones ambientales de su hogar.
- Circunstancias que influyen en su temperatura corporal.
- Recursos que utiliza para adaptarse a los cambios de temperatura

- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

8.- Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:

- Hábitos higiénicos: frecuencia, modalidad, útiles de preferencia,...
- Estado de la piel, uñas, cabello y boca.
(uñas y cabellos quebradizos, uñas de Terry: con una franja oscura detrás del borde anterior de esta y el resto Blando).
- Interés por el mantenimiento de una piel y una higiene adecuada.
(integridad, turgencia, presencia de edemas,...).
- Si ha habido cambios en su piel: manchas, heridas, prurito, ...
(en caso de reposo prolongado en cama control de úlceras por presión).
- Circunstancias que influyen en el estado de su piel y en su higiene habitual.
- Recursos que utiliza para realizar la higiene y mantener su piel en buen estado.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

9.- Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas:

- Medidas de salud que lleva a cabo: vacunaciones, chequeos, autoexploraciones, controles,...
- Signos de: disminución de la alerta, disminución de la consciencia, desorientación, disminución de la memoria, errores de percepción, depresión, ansiedad, delirios o coma,...
- Si ha habido cambios recientes en su vida: pérdidas, cambios de residencia, enfermedades asociadas, complicaciones,...
- Circunstancias que influyen en su protección: botiquín, riesgos ambientales, déficits de movilidad y/o sensoriales, dolor, uso de cierta medicación,...
- Recursos que utiliza para autocontrolarse y manejar situaciones de riesgo.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

10.- Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones:

- Si expresa sus deseos y opiniones.
- Déficits sensoriales.
- Núcleo de convivencia.
- Capacidad para expresar y vivir su sexualidad.
- Circunstancias que influyen en su comunicación: estatus cultural, pertenencia a grupo social, presencia / ausencia de grupo de apoyo, soledad, dificultades para pedir ayuda,...

- Recursos que utiliza para mantener esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

11.- Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores:

- Percepción actual de su situación de salud y bienestar.
- Facilidad /dificultad para vivir según sus creencias y valores.
- Importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida.
- Actitud ante la muerte.
- Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función de su sexo, prácticas religiosas o alternativas comunitarias,...
- Recursos que utiliza para mantener esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

12.- Necesidad de ocupación para autorealizarse:

- Actividad/trabajo.
- Repercusión de su actual situación de salud en las diferentes áreas de su vida y en las de su núcleo familiar.
- Participación en decisiones que le afectan.
- Circunstancias que influyen en su realización personal: autoconcepto / autoimagen, actitud familiar, el cansancio del cuidador habitual si es que lo hubiera,...
- Recursos que utiliza para mantener esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

13.- Necesidad de participar en actividades recreativas:

- Hábitos culturales y de ocio
- Dedicación
- Circunstancias que influyen en su entretenimiento: recursos comunitarios a su alcance y el uso que hace de ellos,...
- Recursos que utiliza para mantener esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

14.- Necesidad de Aprendizaje:

- Interés por su entorno sociosanitario.
- Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas: Preguntas, participación, resolución de problemas, proposición de alternativas,..

- Recursos educativos de su entorno sociosanitario.
(sobre todo si se ha instaurado un tratamiento nuevo o complicado).
- Circunstancias que influyen en su aprendizaje: nivel de instrucción, limitaciones,...
- Recursos que utiliza para conseguir este: grado de conocimiento de su actual estado de salud, fuente usual para su aprendizaje sanitario (médico, enfermera, amigos, libros,...),
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

Para finalizar y a modo de conclusión decir que la valoración enfermera en esta como en el resto de las situaciones de salud en las que intervengamos es la piedra angular de nuestro trabajo, ya que nos proporciona una base sólida de información para formular diagnósticos enfermeros, proponer objetivos, llevar a cabo intervenciones enfermeras encaminadas a su logro y evaluarlas; así mismo nos permite delimitar nuestra autonomía profesional, a la vez que cohabitar con otras disciplinas y estos hechos son los que van a contribuir al avance profesional de nuestra disciplina enfermera.

Pero nunca debemos olvidar que la valoración por sí misma tiene un escasísimo valor, si no va encuadrada dentro de un modelo enfermero, modelo que se hace realidad mediante una metodología de trabajo, y cuyo propósito sea proporcionar cuidados enfermeros eficaces y eficientes a la población que atendemos, porque aunque Virginia Henderson, la autora que venimos citando reiteradamente nos dijo que: ***“La enfermera debe saber adentrarse en el interior de cada paciente para saber no sólo lo que este desea sino además lo que necesita para mantenerse en vida o para recobrar la salud”***, pero también nos dijo que la función primordial de la enfermera consistía en ayudar a nuestros pacientes a conseguir sus objetivos de salud, siendo para ello temporalmente: ***"la conciencia para el inconsciente; el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado; los ojos para quien acaba de perder la vista; un medio de locomoción para el recién nacido; el conocimiento y la confianza para la joven madre; la voz de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo"***.

BIBLIOGRAFIA

- Alfaro-lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica. 3ª ed. Barcelona: Doyma; 1996.
- Alfaro-lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª ed. Barcelona: Springer; 1998.
- Beare Gauntlett P, Myers JL. Enfermería Medicoquirúrgica. Vol. 1. 3ª ed. Madrid: Harcourt-Brace; 1999.
- Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madrid: Interamericana; 1994.
- Carpenito JL. Manual de diagnósticos de enfermería 5ª ed. Madrid: Interamericana; 1995.
- Fernández Ferrín et. al. Enfermería fundamental. Barcelona: Massón-Salvat; 1995.
- Guillamet Lloveras A, Jerez Hernández JM. Enfermería quirúrgica. Planes de cuidados. Barcelona: Springer; 1999.
- Gordon M. Diagnóstico enfermero. Enfermería Mosby 2000. Volumen V. 3ª ed. Madrid: Mosby; 1996.
- Hendersón V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: C.I.E.; 1971.
- Iyer PW, Tapich BJ, Bernocchilosey D. Proceso y diagnóstico de enfermería. 2ª ed. Madrid: Interamericana; 1994.
- Luis Rodrigo MT. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 3ª ed. Barcelona: Harcourt-Brace. 1997.
- Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Hendersón en el siglo XXI. Barcelona: Massón; 1998.
- Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993.
- Potter PA. Guía profesional de enfermería. Valoración física. Madrid: Interamericana; 1991.
- Potter PA. Fundamentos de enfermería. 3ª ed. Madrid: Mosby-Doyma; 1996.
- Riopelle L et. al. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993.
- Rodríguez Ponce C. Proyecto para la obtención de plaza de profesor titular del Departamento de Enfermería. Documento sin publicar. Málaga: Universidad de Málaga; 1998.
- Thomas Egglund E, Skelly Heinemann D. Nursing documentation. Charting, recording and reporting. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1994.
- Weber J. Nurses' Handbook of Health Assessment. 2ª ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1993.