

PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA

VALORACION DEL PACIENTE

Secundina GarcíaVidal Enfermera 3ªA

DEFINICIÓN

- Un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la solución de salud que están viviendo las personas y su respuesta a ésta.

Al ser considerado como un “proceso”

- Es el primer paso del proceso de enfermería.
- Es la base de los siguientes.
- Es la forma más adecuada de recoger **información**



que nos permite formular el **diagnóstico de enfermería**



llevar a cabo **intervenciones** enfermeras que



nos ayudarán a solucionar el **problema o a mitigarlo.**

OBJETIVOS



- Obtener información sobre los **problemas de salud** del paciente.
- Formular **diagnósticos** de enfermería.
- Establecer un **plan de cuidado individualizado**.
- Conocer los **patrones de adaptación** presentes y pasados. (Incapacidad, limitaciones.....)
- **Evaluar la respuesta** a las alteraciones actuales.
- Ver **la respuesta** al tratamiento tanto médico como enfermero.
- Identificar **el riesgo** de desarrollar alteraciones potenciales.

TIPOS DE VALORACIÓN

- **V. Inicial:** Se realiza en el primer contacto con el paciente. Da información sobre el estado de salud actual y otras alteraciones que haya sufrido el paciente a lo largo de su vida .Ej. Al ingreso.
- **V. Específica:** Se obtienen datos seleccionados o específicos para la determinación de un problema concreto. Ej. En el momento de una intervención.
- **V. Urgente:** Aquella que se lleva a cabo ante la descompensación súbita de un paciente. Ej. Dolor torácico.
- **V. Continua:** La valoración que se realiza a lo largo de las 24 horas del día.
- **V. Final:** Se trata del último contacto con el paciente, ya sea porque se va de alta o por fallecimiento.

DESARROLLO DEL PROCESO

DESARROLLO DEL PROCESO

FASES DE LA VALORACIÓN:

- Recogida de datos.
- Validación de datos.
- Organización de datos
- Registro de datos



FASES DE LA VALORACIÓN:

1.- RECOGIDA DE DATOS:

- La enfermera sigue unas pautas establecidas y sistematicas, sabiendo de antemano que objetivos quiere conseguir y partiendo de la base que el paciente es un " **TODO** " con distintos procesos vitales.
- Implica la recogida de datos desde todos los puntos de vista:
 - nivel fisiologico
 - psicologico
 - socio-cultural
 - de desarrollo
 - espirituales.

1.- Recogida de datos.

2.- Validación de datos

3.- Organización.

4.- Registro.



FASES DE LA VALORACIÓN:

Tipo de datos:

- **Subjetivos:** Los que no pueden medirse. Son propios del paciente. Solo él puede describirlos .Ej. Los sentimientos, el dolor etc.
- **Objetivos:** Se pueden medir por cualquier escala o instrumento. Ej. Resultados de laboratorio, T.A etc.

1.- Recogida de datos.

2.- Validación de datos

3.- Organización.

4.- Registro.



- **Antecedentes:** Datos ocurridos antes del suceso actual. Ej. Enfermedad crónica.
- **Actuales:** Relacionados con el problema actual.
- **Permanentes:** Aquellos que no cambian. El paciente vive con ellos. Son principalmente socioculturales.
- **Variables:** Datos que sufren modificaciones durante el proceso: fisiológicos, psicológicos, espirituales.



FUENTES DE DATOS:

1.- Recogida de datos.

2.- Validación de datos

3.- Organización.

4.- Registro.

Primarias o directas: el paciente es la primera fuente de información. Facilita datos subjetivos que solo él puede dar.

Secundarias o indirectas: la familia, miembros del equipo de salud, H^a clínica del paciente, informes clínicos, resultados de pruebas diagnósticas, Inter consultas, comentarios evolutivos etc.

- La familia
- El equipo de salud
- Visita domiciliaria
- Registros sociales:
- H^a clínica del paciente:
- Comentarios evolutivos de enfermería
- Resultados de pruebas diagnósticas



Las fuentes han de ser contrastadas para asegurarse que los hechos coinciden con la realidad y que no dan lugar a interpretaciones erróneas

FASES DE LA VALORACIÓN:

1.- Recogida de datos.

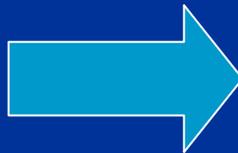
2.- Validación de datos

3.- Organización.

4.- Registro.

Fuentes de datos:

- Modelo de **Virginia Henderson**.
- Recoger 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 básicas fundamentales**.



- Comer y beber adecuadamente.
- Respiración normal.
- Eliminar por todas las vías corporales.
- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- Dormir y descansar.
- Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
- Mantener la T^a corporal dentro de los límites normales.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar los peligros ambientales y lesiones a otras personas.
- Comunicar con los demás expresando emociones.
- Vivir de acuerdo de acuerdo con sus creencias y valores.
- Ocuparse en algo para ocuparse.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Factores que influyen en la obtención de datos

La enfermera y el paciente puede estar influenciados por:

- Experiencias pasadas asociadas con la situación actual.
- Significado del acontecimiento.
- Intereses, preocupaciones, conceptos preconcebidos y niveles de motivación.
- Conocimiento y familiaridad con la situación.
- Condiciones ambientales y distracciones.
- Presencia, actitudes y reacciones de otros.
- Sus estados y necesidades físicas, mentales y emotivas.
- Número y capacidad funcional de sus sentidos.
- Su bagaje cultural, social y filosófico.



FASES DE LA VALORACIÓN:

2.- Validación de datos:

La información ha de ser:

EXACTA

COMPLETA

OBJETIVA



Diagnósticos y las intervenciones de enfermería se basan en esta información.

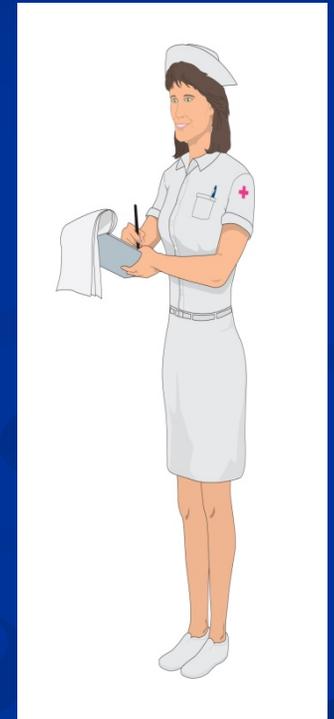
- 1.- Recogida de datos.
- 2.- **Validación de datos**
- 3.- Organización.
- 4.- Registro.

FASES DE LA VALORACIÓN:

- 1.- Recogida de datos.
- 2.- Validación de datos
- 3.- Organización.
- 4.- Registro.

Validar los datos:

- Significa que la información que se ha obtenido es verdadera.
- Que los datos **objetivos** coinciden con los **subjetivos** y que las deducciones realizadas coinciden con la **realidad**.



FASES DE LA VALORACIÓN:

- 1.- Recogida de datos.
- 2.- **Validación de datos**
- 3.- Organización.
- 4.- Registro.

Normas de validación:

- **Datos verdaderos:** son los que pueden ser medidos por medio de una escala de medida precisa .Ej .talla, peso. Exámenes de laboratorio etc.
- **Doble comprobación:** Tomar dos veces un parámetro., Ej. TA. Haciéndolo en brazos diferentes .En el mismo, con un intervalo de tiempo o pidiendo a un compañero que haga la misma valoración.
- **Factores transitorios:** son capaces de alterar la precisión de un resultado. EJ. Tomar la T^a con un termómetro lavado con agua caliente.
- **Revisar:** siempre los datos que son extremadamente anormales. Ej. Resultados de una glucemia.

FASES DE LA VALORACIÓN:

3- Organización de los datos:

Influirá en el tipo de información que se obtenga.

- Organizarlos por **órganos**, aparatos y sistemas biológicos, ayudará a identificar problemas corporales.
- Por **patrones** de respuestas humanas, ayudará a la identificación de problemas y diagnósticos enfermeros.
- Es frecuente hacerlo en **soporte de registros** (hojas de valoración) donde se recogen , organizan y se registran al mismo tiempo.

- 1.- Recogida de datos.
- 2.- Validación de datos
- 3.- **Organización.**
- 4.- Registro.



FASES DE LA VALORACIÓN:

- 1.- Recogida de datos.
- 2.- Validación de datos
- 3.- Organización.**
- 4.- Registro.

3- Organización de los datos:

- No ser muy rígidos en su utilización y centrarnos en la individualización que toda valoración enfermera requiere.
- No hacerlo de forma rutinaria, sin llegar realmente a valorar situaciones de salud y, sobre todo, respuestas humanas a éstas.
- Cada centro adapta su modelo de valoración.
- En este hospital, se utiliza el modelo de “VIRGINA HENDERSON”: 14 necesidades básicas, basado en la totalidad del paciente.
- No interpretar las necesidades de forma aislada, sino interrelacionarlas entre si de forma que al organizar los datos estén todas presentes y redunden en el mejor cuidado del paciente.

FASES DE LA VALORACIÓN:

4- Registro de los datos:

Es el paso final de la valoración:

- Se deja constancia por escrito, de toda la información obtenida.
- Se registra de forma exacta y objetiva, sin juicios ni interpretaciones.
- Destacar lo que el paciente dice textualmente y lo que la enfermera observa y mide.

El registro es de gran utilidad.

Constituye una base de datos sobre el estado de salud y enfermedad del paciente, que nos va a servir para hacer posteriores comparaciones y verificar cambios en el estado del paciente.

- 1.- Recogida de datos.
- 2.- Validación de datos
- 3.- Organización.
- 4.- **Registro.**



FASES DE LA VALORACIÓN:

- 1.- Recogida de datos.
- 2.- Validación de datos
- 3.- Organización.
- 4.- Registro.**

4- Registro de los datos:

Se debe de tener en cuenta:

- Escribir con material indeleble (bolígrafo, pluma, rotulador) .
- Hacer anotaciones concretas y concisas, fácilmente legible.
- Utilizar, solo, las abreviaturas que estén consolidadas y no den lugar a error.
- No borrar ni utilizar líquidos correctores.
- Mejor cruzar con una línea y poner error entre paréntesis con color llamativo.
- No dejar espacios en blanco o escribir entre líneas.

TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

La valoración se realiza a través de la:

- Observación
- Entrevista.
- Exploración física.



TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

1.- OBSERVACIÓN:

- Obtenemos Datos
- Identificamos problemas.
- Evaluamos cambios.
- Enseñamos al paciente.
- Ofrecemos ayuda y asesoramiento en el tratamiento.
- Establecemos una relación terapéutica con el paciente, que nos va a ayudar mucho a lo largo de la hospitalización.

1.- Observación

2.- Entrevista

3.- Exploración Física



TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

1.- OBSERVACIÓN:

Depende de:

- La experiencia profesional: los **conocimientos básicos** del entrevistador.
- La observación tiene que ser **continua**, y no solo dirigida al paciente, sino también **a su entorno**.
- Comenzamos a recoger información **observando**.
- Es importante **la relación** enfermera/paciente.
- Indispensable mantener **la objetividad** al observar a los pacientes.
- Registrar lo que la enfermera ve, siente, escucha, huele o prueba, es más exacto que registrar lo que se interpreta.

1.- Observación

2.- Entrevista

3.- Exploración Física

TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

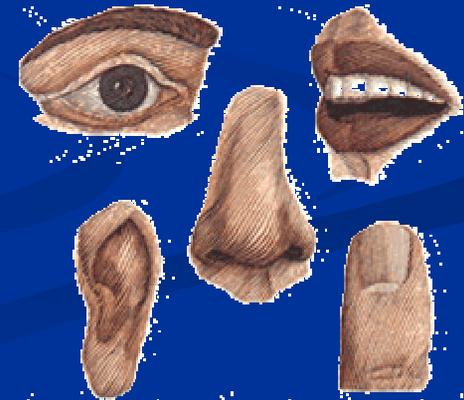
1.- OBSERVACIÓN:

1.- Observación

2.- Entrevista

3.- Exploración Física

- **Vista:** apariencia y actividad física como el color, forma, cantidad, marcha, equilibrio.
- **Tacto:** tamaño, forma, textura de una protuberancia o de un órgano aumentado de tamaño.
Humedad, características del pulso.
- **Oído:** sonidos respiratorios, intestinales, cardiacos, llanto, Mensajes verbales del paciente, escuchar la información durante la entrevista.
- **Olfato:** olores corporales, en el ambiente, aliento etc.
- **Gusto:** Menos utilizado que otros sentidos. Por medio del gusto podemos probar los alimentos.



TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

2.- ENTREVISTA:



- 1.- Observación
- 2.- Entrevista
- 3.- Exploración Física

- Obtenemos mayor número de datos.
- El paciente tiene ocasión de expresar sus preocupaciones, sentimientos, temores.
- Permite identificar las necesidades inmediatas y a largo plazo y es el momento de dar soluciones a esas necesidades.
- Antes de realizarla, debemos explicar al paciente en que consiste, los datos que necesitamos y para qué.
- Dónde van a quedar reflejados quién va a hacer uso de ellos.

TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

1.- Observación

2.- Entrevista

3.- Exploración Física

2.- ENTREVISTA:

- La entrevista ha de ser planificada antes de empezar.
- Se debe de revisar la información de que se disponga para no repetirse sobre ella.
- Hay que prever el tiempo y el lugar.
- El paciente ha de estar cómodo y tranquilo.
- Evitar interrupciones, para no darle la sensación de que estamos muy ocupados y no tenemos tiempo para él.

TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

1.- Observación

2.- Entrevista

3.- Exploración Física

La entrevista consta de tres partes:

A-Iniciación

B-Cuerpo.

C-Cierre.

A. La iniciación: comienza con una fase de acercamiento, saludo y se centra en la creación de un ambiente favorable en donde se desarrolle una relación interpersonal positiva.

TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

1.- Observación

2.- **Entrevista**

3.- Exploración Física

B. Cuerpo:

- Comienza a partir del motivo de ingreso o queja principal del paciente
- Se amplía a otras áreas como historial médico, familia, cuestiones culturales, religiosas, etc.
- Hacia la mitad de la entrevista, el paciente manifiesta sus pensamientos, sentimientos, conocimientos, percepciones.
- Es el momento de escucharle atentamente y clarificar las cosas que no hayan quedado claras .
- En todo momento, es necesario tener una relación de respeto, sinceridad e interés sobre lo que nos está contando.
- De vez en cuando puede ser necesario atraer su atención si se aleja del tema que se esté tratando.

TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

1.- Observación

2.- **Entrevista**

3.- Exploración Física

B. Cuerpo:

Es necesario hacer retroalimentación que ayude a la enfermera a:

- Organizar los datos
- Colaborar en la jerarquización de los mismos.
- Permitir al paciente convalidar o corregir lo expuesto.
- Clarificar los contenidos.
- Las preguntas han de ser cortas y concisas.
- El lenguaje comprensible.
- Adaptado, siempre, al paciente.
- Preguntar primero aquello que tenga menos probabilidad de provocar actitud negativa o resistencia a contestar.
- Tratar adecuadamente los temas que puedan herir la susceptibilidad del paciente.

TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

1.- Observación

2.- Entrevista

3.- Exploración Física

C. Cierre:

- La entrevista finaliza por iniciativa de la enfermera, cuando ha logrado sus objetivos o por motivos que dificulten la colaboración del paciente.
- La enfermera debe agradecerle los momentos que le ha dedicado y planificar, si fuera necesario, la próxima entrevista.



TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

1.- Observación

2.- Entrevista

3.- Exploración Física

Clases de entrevista:

- **Informal:** la enfermera orienta las preguntas a una situación inmediata.
- La conversación que mantiene con el paciente cuando le realiza algún cuidado o en caso de urgencia.
- Este tipo de entrevista determina los sentimientos y las necesidades.
- **Formal:** es la orientada de forma estructurada según un objetivo y los datos que hay que obtener.
- Consiste en una intervención donde la enfermera realiza la H^a del paciente.

TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

Clases de entrevista:

1.- Observación

2.- Entrevista

3.- Exploración Física

Puede ser:

- **Formal Dirigida** : es una entrevista muy estructurada y produce información específica.
- El entrevistador controla la situación dirigiendo las preguntas hacia la respuesta que se quiere obtener.
- **Formal, no dirigida o permisiva**: es el entrevistador quien enfoca la entrevista. La otra persona, solo, clarifica y favorece la comunicación. Es más eficaz que la dirigida.
- **Abierta**: Se asocia a la no dirigida .Produce respuestas descriptivas o comparativas y permite conocer aquello que el paciente está dispuesto a revelar sobre sus actividades, creencias etc.
- **Cerrada**: se emplea en entrevistas dirigidas, solo, requiere una o dos palabras como respuesta. La información es limitada.

TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

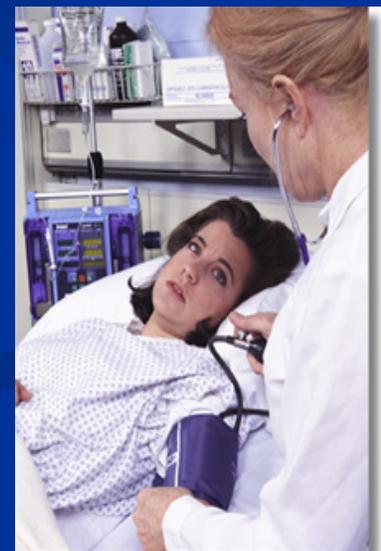
3: EXPLORACIÓN FÍSICA:

1.- Observación

2.- Entrevista

3.- Exploración Física

- Antes de comenzar, la enfermera debe de explicar en que consiste y pedir permiso para hacerlo.
- La exploración se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de enfermedad.
- Obtener una base de datos para poder establecer comparaciones
- Valorar la eficacia de sus actuaciones.
- Confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.



TÉCNICAS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

1.- Observación

2.- Entrevista

3.- Exploración Física

3 : EXPLORACIÓN FÍSICA:

Inspección:

mediante la visualización directa o por medio de instrumentos..



Palpación:

Técnica que permite detectar la presencia o ausencia de masas, dolor, movimientos, así como la dureza, tamaño, T^a etc. De una zona cuerpo.



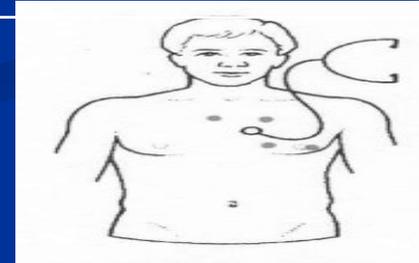
Percusión:

Se realiza golpeando suavemente con los dedos sobre la superficie del cuerpo afectado, para provocar sonidos y así obtener información sobre localización, tamaño y dureza de un órgano.



Auscultación:

Se efectúa mediante la aplicación del oído en la zona a examinar o por medio del estetoscopio.





Valoración de enfermería por necesidades



Respiración

VALORACIÓN

- Si hay **disnea**, y tipo: Esfuerzo Reposo.
- Si hay tiraje indicar: Costal Subcostal.
- Ruidos respiratorios Tos Secreciones Tipo
Expectoración: Características
- Tabaquismo n° cig/día Traqueotomía

- Si **oxigenoterapia**, indicar la concentración y el tipo:
gafas, mascarilla.
- Si el paciente usa **aerosoles o nebulizadores** anotar en los
problemas interdependientes.

Alimentación

VALORACIÓN

Si es **autónomo**:

Si precisa ayuda: Total Parcial Prótesis dental **Dificultad al masticar o deglutir**

- Nauseas Vómitos Dispepsia.
- Dieta habitual: diabética, baja en colesterol, ac. úrico, dieta de adelgazamiento, etc.
- Dieta prescrita: N. Parenteral N. Enteral Suplementos
D. Desequilibrada SNG
- Intolerancia y/o alergias alimentarias
- Es muy importante **peso y talla**, (IMC, intervención, tratamiento quimioterápico...)

Hidratación:

- Indicar los litros que toma al día, valorando agua, infusiones y otras.
- Estado de piel y mucosas.

Eliminación

VALORACIÓN

- Se valora si es **autónomo** tanto de orina como de heces:

Autónomo	Incontinencia :	Total	Ocasional
Necesita ayuda:	Total	Parcial	

Orina:

- Normal, Anuria , Retención,Disuria,
- Aspecto: colúrica, hematúrica, etc.
- En dispositivo indicar el tipo: sonda foley, peneflex, talla vesical, ureterostomía.

Heces:

- Anotar en caso de que haya algún aspecto destacable. Incontinencia fecal Estreñimiento: Laxantes Diarrea
- Otras pérdidas: dispositivo ó drenaje se debe indicar tipo y fecha y motivo de colocación.

Movilidad

VALORACIÓN

Limitación a la movilización:

- Problemas para movilizar algún miembro o zona del cuerpo (MSD, MSI, MID, MII, Cadera, hombro, etc.) por una intervención, traumatismo u otra causa.
- Si lo vemos conveniente reflejar la actividad física que realiza al día: deportes, bicicleta, paseos, etc.

Autónomo Dependiente Necesita ayuda: Total Parcial

Requiere uso de dispositivo: bastón , andador, muletas..

Requiere ayuda de otra persona, supervisión o enseñanza

- Limitación:

Deambulación

Sedestación

Movilidad cama

- Intolerancia a la actividad física

Sueño y Descanso

VALORACIÓN

Si existe **alteración**:

No Si Especificar:

- Si toma medicación para dormir:

Anotar en problemas, Interdependientes o en observaciones.

- En horas de sueño se refiere:

Al total del día. (Incluida siesta si la hubiera)

- Dificultad para dormir:

Conciliar sueño Calidad del sueño Cansancio al levantarse

- Anotar conductas que le favorecen el descanso

Vestido

VALORACIÓN

Autónomo Necesita ayuda Total Parcial

- Se considera completamente válido “si es capaz de abrocharse todos los botones”.
- Utiliza ropa cómoda y adecuada (si usa ropa que pueda perjudicar algún problema de salud como problemas circulatorios: varices, insuf. arterial), heridas, insuficiencia cardiaca ó respiratoria. etc.

Temperatura VALORACIÓN

- Autónomo Necesita ayuda Total Parcial
- Se debe indicar siempre la **temperatura al ingreso**.
- Si tenía en urgencias/domicilio y medios para bajarla.
- Conducta tiene en caso de fiebre y que medidas han tomado en casa.
- Si **se adapta** bien a los cambios de temperatura
- Afectación del aumento de la T^a

Higiene

VALORACIÓN

- Autónomo Necesita ayuda Total Parcial
- **Higiene:**
 - Adecuada Inadecuada
- **Aspecto físico:**
 - Arreglado o Descuidado
- **Hábitos de higiene:**

(son delicados de valorar, pero tienen gran importancia a la hora de detectar problemas de autoestima, deterioros cognitivos, etc. por lo que deben ser evaluados con cuidado y seriedad.)
- Frecuencia de la higiene corporal.

Integridad de la piel **VALORACIÓN**

Se valora la normalidad o no de la piel y **la presencia** de trastornos o deterioros de la piel y tejidos:

- Piel integra ó no
- Estado de la piel: Fría Sudorosa Signo de pliegue positivo
- Color de la piel: Normal Pálida Ictérica Cianotica
- Edemas Linfedema

Es importante reflejar si aparecen:

- Heridas: Localización Estadio Tipo
- Flebitis: Localización Estadio
- Varices
- Úlceras: Localización Estadio Tamaño
- Otras alteraciones de la piel
- Catéteres: Localización Tipo Fecha

Comunicar

VALORACIÓN

- **Nivel de conciencia:**

Consciente, Desorientado, Confuso, Semiinconsciente o Inconsciente.

- **Dificultad para hablar:**

Traqueotomía cirugía traumatismo maxilo-facial, etc.

- **Barreras idiomáticas:** Idioma

- Alteración de la percepción **visual** o **auditiva** (T. sensoriales)

Gafas / lentillas Prótesis

- **Desorientación témporo-espacial:**

Pérdida de memoria Alteración del proceso de pensamiento

- **Sexualidad** Métodos anticonceptivos

No se debe preguntar sistemáticamente, solamente anotar si el paciente nos refiere alguna observación, si procede según el proceso asistencial, si el paciente demuestra interés o si tiene relación con su proceso.

Valores y Creencias

VALORACIÓN

- Como percibe su estado de salud: Bueno, Regular, Malo o Muy malo.
- Solicita ayuda espiritual Si No Religión

Los siguientes apartados no permiten preguntas directas, sino que a través del desarrollo de la entrevista

- Determinar que es **lo más importante en la vida** de esa persona: familia, esposa, trabajo, etc. y como se enfrenta a la enfermedad.
- Dificultad en la toma de decisiones
- Conflictos entre creencias y cuidados de salud
- Preocupación por el sentido de la vida, muerte y valores
- Valores importantes en su vida
- Creencias y valores

Realización y Trabajo VALORACIÓN

- Nivel de Estudios Ocupación
- Unidad familiar
- Personas significativas Cuidador principal (Limitaciones)
- Insatisfacción con rol laboral Auto percepción negativa
- Pasividad, apatía Disminución en las relaciones sociales
- Influencia de la salud en ocupaciones laborales, familiares y sociales.
- Depende de otras personas para satisfacer necesidades en domicilio
- Lactancia Si No
- Trabajar y realizarse.

Ocio

VALORACIÓN

- | | Si | No |
|---|----|----|
| ■ Actividades de ocio | | |
| ■ Situación de salud afecta a las actividades de ocio | | |
| ■ Participar en actividades recreativas | | |
-
- Se deben reflejar las actividades que realiza en sus momentos de ocio: deportes, paseos, TV, cine, etc.

Aprender

VALORACIÓN

Desconoce su proceso y cuidados asociados al mismo: Si No
Maneja los recursos socio-sanitarios disponibles: Si No

- Se valora el grado de conocimiento de su enfermedad y sus cuidados.
- La respuesta a este apartado debe buscarse en el transcurso de la entrevista, y no tanto de preguntas directas.
- También se valora el grado de conocimiento sobre los mecanismos a su alcance para conseguir ayuda socio-sanitaria.

CONCLUSIONES

- La valoración enfermera en cada situación de salud, es como la **piedra angular** de nuestro trabajo diario.
- Nos aporta una base **sólida de información**, para formular diagnósticos de enfermería, proponer objetivos, y llevar a cabo intervenciones enfermeras.
- Nos permite delimitar nuestra **autonomía profesional**, a la vez que, relacionándola con otras disciplinas, nos permite avanzar en la nuestra.
- Por si sola, tiene un valor limitado, sino va encuadrado en un modelo enfermero que se hace realidad mediante una metodología de trabajo, cuyo propósito sea proporcionar **cuidados enfermeros eficaces y eficientes a los pacientes** que atendamos.

BIBLIOGRAFIA

1. Del Olmo Moreno.A. M^a : **SONDAJE VESICAL**. Manual de TÉCNICAS y Procedimientos. Metas de Enfermería Edit.DAE .2009.
2. Hospital Universitario Reina Sofia.: **CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL, SONDAJE VESICAL EN LA MUJER, SONDAJE VESICAL EN EL HOMBRE**. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
3. Complejo Asistencial de León: **PROTOCOLO SONDAJE VESICAL**. Manual de Cuidados de Enfermería. Procedimiento .Comisión de Infecciones Año 2004.
4. Ariño Galve, R.: **CATETERISMO VESICAL**. Hospital Provincial Zaragoza Febrero 2003
5. Real Romaguera, A; Real Maestre, T.: **PROPUESTA DE CUIDADOS DEL PACIENTE PORTADOR DE SONDA VESICAL**. Enfermeria Integral. N° especial 2008. Colegio Oficial de Enfermeria de Valencia.
6. Enferurg. com: **SONDAJE VESICAL**. www.enferurg.com/tecnicas/sondavesical1.JPG.
7. Albert Mallafré, C; Molina Pacheco, F; Rumí Belmonte, L .: **SONDAJE VESICAL**. **Capítulo 141**: Unidad de Neonatología y UCIP del Hospital de Sabadell. CPT. Sabadell.
8. Botella Dorta,C.: **CATETERISMO O SONDAJE VESICAL**. *Guias* fisterra. com.
9. **SONDA PERMANENTE O INTERMITENTE, ¿CUÁL ES LA MEJOR OPCIÓN?** Región de Murcia Digital. *Diputacion, Municipios*.
10. JBI.y Traducido por Lucia Garcia Grande.: **RETIRADA DE SONDA VESICAL PERMANENTE DE CORTA DURACIÓN**. Best Practice 10(3)2006.

EN LA ANTERIOR SESIÓN ME DIJO
QUE SUS PADRES ERAN AVA GARDNER
Y ALBERT EINSTEIN Y HOY DICE QUE
FUERON ZSA ZSA GABOR Y EL FARY
¿ EN QUE QUEDAMOS ?

EN QUE UD. ME COBRA A 7.000
LA HORA, PERO SE LAS VA
A CURRAR

