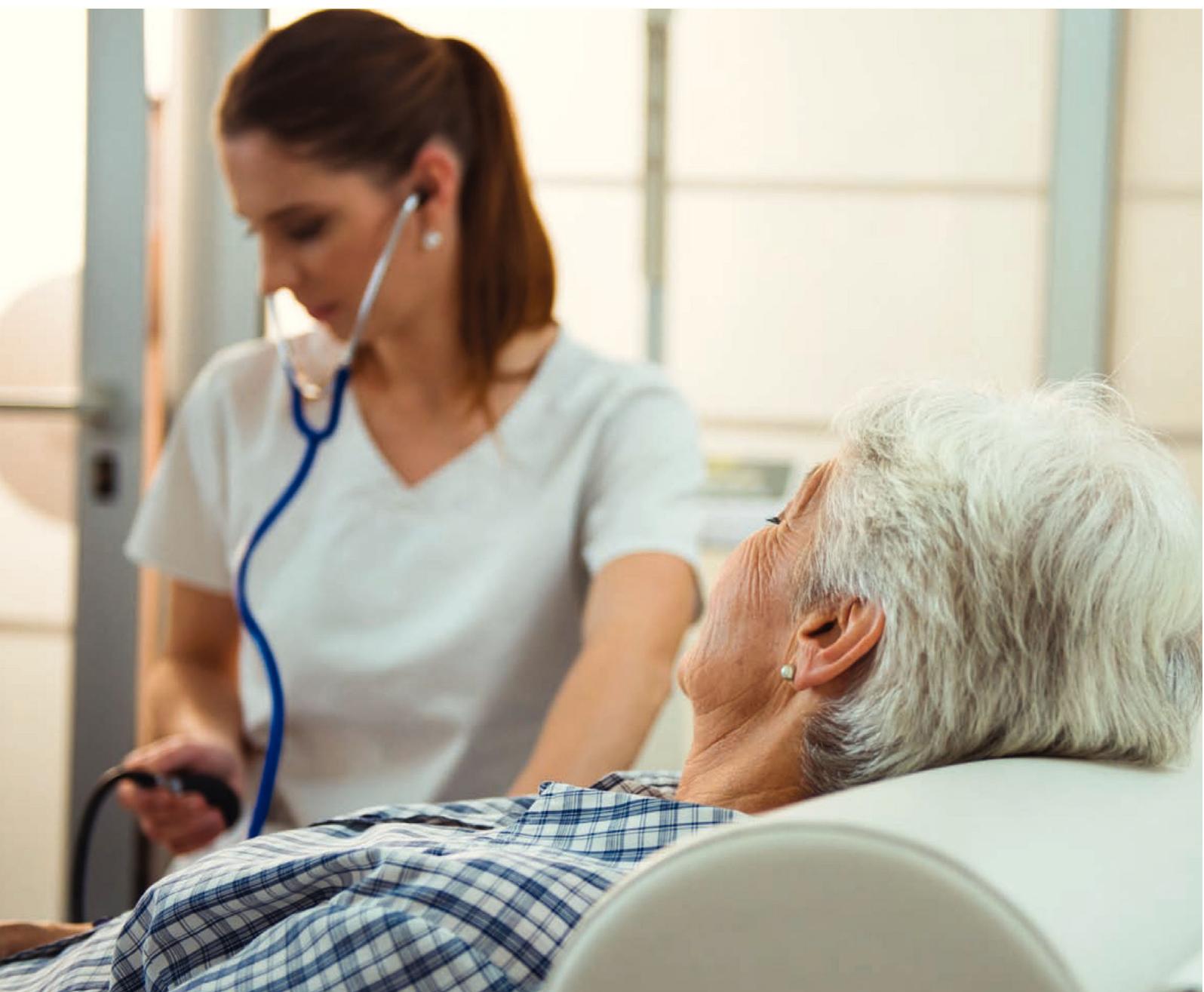


De la cabeza a los pies: organizar la evaluación física



inicial del paciente

Kathy Henley Haugh, PhD, RN, CNE

CADA DÍA, las enfermeras especialistas de las unidades de cuidados intensivos realizan, al menos una vez por turno, evaluaciones físicas de los pacientes que tienen asignados. Las enfermeras que trabajan en un hospital realizan la evaluación, por término medio, de cinco pacientes al principio de cada turno. En un informe sobre los resultados de las enfermeras de Magnet® frente a otros hospitales no pertenecientes al programa Magnet, Kelly, McHugh y Aiken informan de una media de 4,84 pacientes ($\pm 0,73$) por enfermera en 46 hospitales de Magnet y de 5,02 pacientes ($\pm 1,08$) por enfermera en 521 hospitales no pertenecientes al programa Magnet¹.

Las enfermeras especialistas deben ser organizadas, estar concentradas y ser competentes para realizar evaluaciones físicas importantes en todos sus pacientes cada vez que comienzan su turno. Cumplimentar cinco evaluaciones iniciales y con confianza puede ser una tarea abrumadora, sobre todo para una enfermera novel. Este artículo presenta un marco genérico que pueden utilizar las enfermeras para cumplimentar estas evaluaciones físicas integrales con eficacia y eficiencia en un entorno de cuidados intensivos.

Estudio general

Las enfermeras a menudo registran los datos de la evaluación física inicial mediante un planteamiento sistémico. Las enfermeras especializadas pronto desarrollan sus propios medios estructurados para la recogida de datos coherentes. El método de la cabeza a los pies es un enfoque sistemático y centrado que minimiza la posibilidad de olvidar o perder datos importantes (véase el

cuadro *Enfoque de la cabeza a los pies para evaluaciones físicas genéricas*).

Cada evaluación se inicia con un estudio general. Cuando entre en la habitación, rápidamente inspeccione el entorno para asegurarse de que no hay riesgos innecesarios (p. ej., el suelo mojado) y que todo el equipo necesario de emergencias o de cuidados del paciente está presente y funciona (esto incluye oxígeno complementario y bombas de infusión intravenosa).

Generalmente, las auxiliares de enfermería toman las constantes vitales del paciente. Después de revisarlas, apuntan si está indicada una reevaluación porque han observado un cambio en los valores iniciales del paciente.

Comience la evaluación física presentándose, con su nombre y apellido, cargo y función. Pida al paciente que le indique su nombre y fecha de nacimiento, y verifique esta información con la banda de identificación del paciente. A continuación, explíquelo que el propósito de esta evaluación de cabeza a los pies de 5 a 10 minutos de duración es establecer una referencia para los cuidados del paciente durante su turno.

Dolor y presencia

Comience con la evaluación del dolor. Si el paciente se queja de dolor, pídale más información y que clasifique la intensidad del dolor, el momento de su aparición y su duración (intermitente o continuo). También pídale que señale la ubicación primaria del dolor y pregúntele si el dolor se irradia. Explore las características del dolor (agudo, sordo o punzante) y otros síntomas asociados (como náuseas), y lo que ayuda a mejorarlo o lo que lo empeora.

Decida, según el aporte del paciente, si debe intervenir inmediatamente o puede completar la evaluación de la cabeza a los pies con más datos antes de la intervención de dolor.

A continuación, evalúe el estado mental y las necesidades psicosociales del paciente porque estas respuestas pueden modificar su enfoque para el resto de la evaluación. Pregunte al paciente dónde está y la fecha actual. Si la fecha es difícil para el paciente, puede sustituir esta pregunta por otra más específica, como el día de la semana, el mes o la estación.

Si encuentra indicadores de confusión, utilice un instrumento basado en la evidencia, como el *Confusion Assessment Method* (CAM), para profundizar en la evaluación². Las guías para la administración de este instrumento están disponibles en el Hartford Institute for Geriatric Nursing³. El CAM mide la falta de atención, la incapacidad de concentrarse, el pensamiento desorganizado y el nivel de conciencia. Si el paciente presenta un profundo cambio respecto al estado mental inicial o un estado mental fluctuante, continúe evaluando la falta de atención. Evalúe la incapacidad de concentrarse solicitando al paciente que complete una tarea simple, como decir los días de la semana a la inversa. El pensamiento desorganizado puede manifestarse en una conversación que es incoherente con la situación o un cambio brusco en el tema. Un nivel alterado de conciencia incluye cualquier determinación que no sea de “alerta”. Utilizar el instrumento CAM de manera competente y eficaz requiere práctica⁴.

Si el paciente está confuso, utilice el tiempo de la evaluación física para ayudar al paciente a que entienda dónde está y lo que está sucediendo. Continúe con la evaluación, realice adaptaciones en la conversación si es necesario en función del estado mental del paciente y formule preguntas generales para evaluar la afectación y los mecanismos de afrontamiento del paciente. Tranquilice al paciente diciéndole que realizará el seguimiento de cualquier tema que le preocupe después de la evaluación física.

De la cabeza a los pies

Una vez completados estos pasos iniciales, continúe con la evaluación. Para evitar cambios innecesarios en la posición del

paciente, comience con la posición en que este se encuentre en ese momento. Por ejemplo, si el paciente yace en decúbito dorsal (posición supina), se pueden evaluar la cabeza, el cuello, el tórax anterior, el abdomen y las extremidades. Para terminar, siente al paciente en la cama o ayúdele a girarse hacia un lado para evaluar el tórax posterior. Durante la evaluación, observe el color de la piel, si existen lesiones en ella, su temperatura y si está seca o húmeda.

La regla mnemotécnica en inglés SCATTERS («distribuciones») ofrece un medio sistemático de obtener algunos datos cuando inspeccione y palpe las extremidades. Incluye las siguientes evaluaciones:

- *Skin* (piel).
- Color.
- Arterias.
- Temperatura.
- *Tenderness* (dolor a la palpación).
- Edema.
- *Refill, capillary* (llenado capilar).
- *Strength and sensation* (fuerza y sensibilidad).

Para que resulte eficaz, combine la inspección con otras técnicas de evaluación. Por ejemplo, inspeccione el tórax posterior mientras ausculta en busca de ruidos respiratorios y examine el tórax anterior mientras ausculta en busca de sonidos del corazón y ruidos respiratorios.

Recoja datos de manera eficiente mientras se traslada de la cabeza a los pies y vaya haciendo preguntas relacionadas con la

Enfoque de la cabeza a los pies para evaluaciones físicas genéricas

Área de evaluación	Datos
Evaluación general de la seguridad	Evaluar: posición de la cama, colocación del timbre de llamada a la enfermera, equipo de emergencia, dispositivos ambulatorios, riesgos de caídas
Constantes vitales	Evaluar: temperatura, pulso, respiraciones, presión arterial, saturación de oxígeno, evaluación del dolor Datos subjetivos: ¿le ha dolido algo durante las últimas 12 horas? ¿Le duele algo ahora?
Estado mental	Evaluar: nivel de conciencia, orientación en cuanto a persona, lugar y tiempo; evaluación de la confusión, si es necesaria Datos subjetivos: ¿Qué día es hoy? ¿Dónde está usted?
Psicosocial	Evaluar: afecto y comportamiento del paciente Datos subjetivos: ¿Cómo se siente hoy? ¿Ya ha asumido que se encuentra en un hospital?
Cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta y cuello	Evaluar: ojos, pupilas, boca, discurso, arterias carótidas, deglución; color, humedad y lesiones faciales Datos subjetivos: ¿Lleva gafas? ¿Puedo traerle sus gafas? ¿Utiliza audífono? ¿Puedo traerle su audífono?
Tórax anterior/posterior	Evaluar: color, humedad y lesiones del tórax, calidad de las respiraciones (profundidad, esfuerzo y simetría), ruidos del corazón Datos subjetivos: ¿Tiene tos? En caso afirmativo: ¿es una tos seca o puede expectorar?
Abdomen	Evaluar: color, humedad y lesiones del abdomen, borborigmos. Inspeccione y palpe ligeramente en busca de distensión y dolor o molestias Datos subjetivos: ¿Cuándo comió por última vez? ¿Cuándo fue la última vez que defecó y orinó? ¿Qué aspecto tenían las heces/la orina?
Extremidades superiores e inferiores	Evaluar: SCATTERS: piel, color, arterias, temperatura, dolor a la palpación, edema, llenado capilar, fuerza y sensibilidad
Actividad	Evaluar: movimiento y deambulación del paciente Datos subjetivos: ¿Ha salido de la cama? ¿Qué actividad ha realizado? ¿Puede ir hasta el lavabo y volver? ¿Necesita ayuda con el control de esfínteres en este momento?
Dispositivos terapéuticos	Evaluar: dispositivos de acceso venoso periférico y central. Configuración del oxígeno complementario, marcapasos, monitor cardíaco, sondas urinarias, tubos gástricos, tubos torácicos, apósitos, abrazaderas y eslingas Datos subjetivos: ¿alguno de estos dispositivos le produce dolor o le incomoda?

exploración. Realizar una evaluación física confiere importancia a sus consultas. Por ejemplo, algún paciente puede sentirse más cómodo al responder preguntas sobre evacuación del intestino y de la vejiga mientras usted escucha borborignos y palpa el abdomen.

Antes de que su atención se dirija del paciente a un examen más detallado del equipo, pregúntele si necesita ayuda para ir al baño, utilizar el orinal o el bacín. A menos que el paciente señale la necesidad de ir al servicio al principio de la evaluación, puede esperar hasta el final de la evaluación para preguntarle si quiere ir al baño.

Equipo: una preocupación secundaria

La evaluación física se centra en el paciente, por lo que espere, si es posible, hasta el final de la comprobación de la cabeza a los pies para examinar detalladamente todos los tubos, monitores y drenajes asociados con los cuidados del paciente. Esto incluye oxígeno complementario y bombas y catéteres de infusión intravenosa, así como otros dispositivos terapéuticos. Examine cuidadosamente cada uno de estos elementos para asegurarse de que están colocados y funcionan correctamente; apunte cualquier hallazgo relacionado (p. ej., las características y el volumen del drenaje torácico).

Por la creciente evidencia que apoya la redacción de un informe de cambio de turno, usted probablemente habrá evaluado de forma preliminar todos los tubos, drenajes, vendajes y monitores terapéuticos con la enfermera saliente⁵, así que espere a volver a evaluar estos dispositivos más a fondo cuando la evaluación de cabeza a los pies no represente ninguna preocupación. Mediante la evaluación de estos dispositivos al final de la evaluación física, usted transmite al paciente que él/ella es más importante.

Hay excepciones a esta pauta. Por ejemplo, si usted nota una distensión de la vejiga y el paciente lleva una sonda urinaria permanente, deje de evaluar los acodamientos de la sonda y la salida de la orina. Sin embargo, trate de conservar la evaluación del equipo completo hasta el final.

Adaptación de la evaluación

Seguir el enfoque de la cabeza a los pies ofrece una eficaz descripción genérica de la mayor parte de los pacientes, pero los pacientes no son genéricos; son individuos únicos. Utilice su juicio clínico para adaptar la evaluación a cada paciente. Una enfermera inteligente aborda este asunto desde dos perspectivas: modifica la evaluación genérica en función de la población especial de pacientes y supervisa de forma proactiva los cambios específicos que pueden requerir una actuación ulterior.

La mayoría de escuelas de enfermería enseña inspección, palpación, percusión, auscultación y destrezas adicionales, como el uso de un otoscopio. Aunque muchas de estas evaluaciones no formarán parte de su evaluación de 5 minutos, debe aprender cuándo y cómo utilizar eficazmente estas herramientas de evaluación adicional. Si trabaja en una unidad de accidentes cerebrovasculares, incluya más evaluaciones neurológicas, como la evaluación de la desviación del pronador. Si trabaja en una unidad cardíaca, ausculte constantemente en busca de ruidos cardíacos adicionales usando el diafragma y la campana. Adapte su evaluación y añada evaluaciones específicas en función de la población de pacientes a la cual atiende.

Mirar más allá del punto de partida

La evaluación inicial de la cabeza a los pies es solo eso, un punto de partida. Una de las funciones más importantes que ofrece esta evaluación es permitirle identificar rápidamente los cambios en el estado clínico del paciente. Familiarícese con las complicaciones más frecuentes en la población de pacientes a la cual atiende. Si se produce un cambio, recoja todos los datos relevantes para informar al médico. Por ejemplo, si observa un aumento de la frecuencia respiratoria, mida la presión arterial actual, la frecuencia cardíaca y la SpO₂; ausculte en busca de cambios en los ruidos respiratorios respecto a los observados durante la evaluación inicial del paciente; vuelva a evaluar en busca de edemas y distensión abdominal; determine el balance hídrico actual del paciente y compárelo con el de las 24 horas anteriores, y compare el peso actual del paciente con los pesos diarios anteriores.

Informe de todos los resultados en una comunicación específica, como si se tratara de un informe SBAR (situación, antecedentes, evaluación y recomendación). Disponer de un protocolo para la comunicación eficaz de los resultados de la evaluación mejora la comunicación interprofesional y facilita la toma de decisiones respecto al cuidado del paciente⁶.

Reflexiones finales

Realizar una evaluación física genérica con eficacia y eficiencia cada vez es una tarea importante. Esfuércese en llevar a cabo su evaluación de manera coherente cada vez y sin interrupciones. De la misma manera que se producen errores cuando las enfermeras se distraen mientras administran medicamentos⁷, también pueden producirse errores cuando las enfermeras se distraen durante las evaluaciones físicas. Además, debe anotar los resultados de la evaluación de cada paciente antes de continuar con el siguiente paciente y así evitar más interrupciones.

La evaluación genérica, aun cuando esté adaptada al paciente, se completa en unos 5 a 10 minutos. Depende de usted la manera de individualizar esa evaluación en función del diagnóstico y las posibles complicaciones del paciente. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly LA, McHugh MD, Aiken LH. Nurse outcomes in Magnet® and non-Magnet hospitals. *J Nurs Adm.* 2011;41(10):428-433.
2. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990;113(12):941-948.
3. Hartford Institute for Geriatric Nursing. Assessment tools: Try this. 2015. http://hartfordign.org/practice/try_this/
4. Waszynski CM. The Confusion Assessment Method. The Hartford Institute for Geriatric Nursing. *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults.* 2001;13.
5. Wakefield DS, Ragan R, Brandt J, Tregnago M. Making the transition to nursing bedside shift reports. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2012;38(6):243-253.
6. Vardaman JM, Cornell P, Gondo MB, Amis JM, Townsend-Gervis M, Thetford C. Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Manage Rev.* 2012;37(1):88-97.
7. Flanders S, Clark AP. Interruptions and medication errors: part I. *Clin Nurse Spec.* 2010;24(6):281-285.

Kathy Henley Haugh es profesora titular en la University of Virginia School of Nursing en Charlottesville, Virginia.

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionados con este artículo.